

BABUSIK FERENC*

Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban

II. Orvosi attitűdök és esélyegyenlőség

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium megbízásából 2003 végén két empirikus kutatást végeztünk párhuzamosan; egyet házi orvosok és védőnők körében, illetve egy roma háztartási mintán. Mindkét kutatás egyik célja, egyúttal alapkérdése annak tisztázása volt, hogy az egészségügyi alapellátásban az egyes társadalmi csoportok, köztük a szociális és gazdasági szempontból halmozottan hátrányos helyzetűek, illetve romák hozzáférése a szolgáltatásokhoz teljes mértékben egyenlő-e. Amennyiben az alapellátásban felfedezhető az egyenlőtlen hozzáférés, úgy annak milyen kiváltó okai vannak, illetve az egyes társadalmi csoportok esetében a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben milyen különbségek mutathatók ki. Az egészségügyi ellátás szereplői és a hátrányos helyzetű kliensek egy csoportja körében hasonló céllal végzett munka alkalmat ad a kétféle forrásból származó információk összehasonlítására, illetve egy jól verifikált kép kialakítására az egészségügyben tetten érhető esélyegyenlőtlenséget illetően.
(A cikk az előző számban megjelent tanulmány második része)

Rövid összefoglaló

Az orvosok attitűdjeinek elemzése során az egyenlő vagy egyenlőtlen hozzáférés biztosításának kérdéseit a diszkriminációnál szélesebb és mélyebb kérdésként kezeltük az egyes eltérő társadalmi státusú betegek esetében. Kutatásunk során a diszkriminációra utaló attitűdöket az egyenlőtlenségeket előidéző mechanizmusok között alrendszernek tekintettük. Az előző számban közölt tanulmány elemzéseiből ugyanis világosan látszik, hogy az egyenlőtlenségek egyik legjelentősebb alapja strukturális természetű.

Adataink szerint a nyílt megkülönböztetésnél gyakoribb az egyes tár-

* A szerző a Delphoi Consulting társadalomtudományi kutatóműhely vezetője.

sadalmi csoportok rejtett megkülönböztetése, amely mögött nem mutat-
ható ki feltétlenül előítéletesség.

A házi orvosok egy része a szociálisan periferiális helyzetű, szegény,
munkanélküli vagy cigány betegeknek kisebb költségű vizsgálati palettát
nyújt, mint másoknak, egyúttal az e betegekkel létrejött kommunikáció-
juk átlag alatti, a konfliktusok pedig átlag feletti számban tapasztalhatók.
Mindebben *e betegek szociális deprivációja oki tényező*.

A házi orvosok a betegeket szociális-gazdasági, illetve a szociálpszi-
chológiai státusuk mentén érzékelik, egyúttal a házi orvosi gyakorlat
egy-egy lényeges dimenzióit is e státuskülönbségek határozzák meg, és
nem maga az embertől mint társadalmi lénytől független betegség a per-
döntő.

Az orvosok által választott terápia intézményi szintjének¹ elrendelése
terén szintén differenciálnak a házi orvosok és pedig a betegek szociális
státusa szerint, másrészt – és ebből következően – a terápia intézményi
szintjének kiválasztását éppen ezek a differenciált státusok szabják meg,
és nem pl. a kiválasztott protokoll.

A házi orvosok egy része a szociálisan periferiális helyzetű betegek
esetében alacsonyabb intézményi szinten nyújt terápiát. Mindebben *e be-
tegek szociális deprivációja* – a vizsgálati költségszint esetében látottak-
kal analóg módon – oki tényező. Ebben az esetben szintén jelentős sze-
repet játszik az, hogy *e betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját* ala-
csonynak értékeli.

A házi orvosoknak a gyógyszerköltségek figyelembevételében meg-
nyilvánuló szolidaritása, vagy e szolidaritás hiánya független dimenzió,
és önállóan befolyásolja azt, hogy a szociálisan hátrányos helyzetű bete-
gek milyen kifizethető vagy megfizethetetlen gyógyszerköltségek elé
néznek. A házi orvosok egy része esetében kimutatható e szolidaritás hiá-
nya.

A házi orvosok jelentős hányada nem ismeri, vagy nem ismeri eléggé
azt a tényt, hogy a romák között jelentősen magasabb bizonyos betegsé-
gek aránya, és nem tudatosította az ebből adódó veszélyeztetettséget.
Ebből következően nem gondolják úgy, hogy a roma közösség tagjai közt
fokozottabb mértékben kellene prevenció és szűrőmunkákat végezni, s
hogy itt olyan beavatkozásokra van szükség, melyek csökkenthetik a be-
tegségek előfordulási arányát körükben.

Az elmondottak lezárásaképpen álljon itt egy megjegyzés: Nem bizo-
nyítható, hogy a kimutatható egyenlőtlenség a társadalmi elit és a lesza-
kadók közötti ellátás szintjében közvetlen és nyílt diszkrimináció lenne.
Azt pedig egy, az ellátást biztosító orvosok körében végzett vizsgálattal
nem lehet kimutatni, hogy a szociálisan deprivált helyzetű betegek
gyógyulási vagy rehabilitációs esélyei valójában milyenek. Kizárólag
csak gyanítható, hogy amennyiben a vizsgálatok költségszintje és az el-
látás intézményi szintje – mint esetükben is – alacsonyabb, ha kisebb

¹ Annak a kérdése, hogy az orvos helyben, saját rendelőjében biztosítja a terápiát, vagy
a saját hatáskörben végzett terápia után magasabb intézményi és kompetencia szintre utal-
ja a beteget, avagy a diagnózis felállítása után egyből magasabb intézményi szintre utalja.
Mindezt a betegség, a kor stb. hatásáról leválasztva, kizárólag a betegek társadalmi státusa
szerint mértük.

arányban végeznek utánkövetést, és kevésbé veszik figyelembe a gyógy-szerköltéseket, akkor mindez negatív irányban befolyásolja a páciensek egészségmegtartó vagy gyógyulási, rehabilitációs esélyeit.

A kutatás azonban kimutatta, hogy sérül az az alapelv, amely szerint minden állampolgár számára azonos mértékű, a lehetőségekhez képest a legoptimálisabb ellátást kell nyújtani – függetlenül az állampolgár szociális státusától vagy etnikai hovatartozásától.

Koncepcionális kérdések

A bevezetőben említettük, hogy a diszkriminációnál, hátrányos megkülönböztetésnél sokkal szélesebb és mélyebb kérdésnek tekintjük az egyenlő vagy egyenlőtlen hozzáférés kérdését.

A strukturális okokra visszavezethető, egyenlőtlen hozzáférésnek van olyan aspektusa, amit kizárólag a kliensek oldaláról lehet vizsgálni, ez pedig a szegénység. Több eddigi, hazai és nemzetközi kutatásból tudjuk², hogy a szegénység önmagában olyan tényező, amely előidéz a kirekesztődést bizonyos szolgáltatásokból, illetve lehetetlenné teszi olyan javak megvételét, amelyek egyébként a szolgáltatások részei³ (pl. a szükséges gyógyszerek megvétele nélkül az orvosi beavatkozás sok esetben egyszerűen hatástalan).

A strukturális okokon túlmutató, ugyanakkor a strukturális hátrányokat megerősítő, hozzáférési egyenlőtlenséget előidéző tényező lehet az egészségügy szereplőinek magatartása. Kutatásunk során ezt a kérdést is tágabban kezeltük, mint pusztán a lehetséges diszkriminatív „hajlandóságok” feltárását, ugyanis koncepciónk szerint az egyenlőtlenséget előidéző magatartásoknak csak egyik szélső értéke a nyílt megkülönböztetés. A nyílt megkülönböztetésnél gyakoribb lehet az egyes társadalmi csoportok rejtett megkülönböztetése, amely mögött nincs feltétlenül szubjektív rosszindulat vagy előítéletesség. A kutatás előkészítése során készített, orvosokkal végzett interjúk tapasztalatai azt mutatták, hogy a szakmai látásmód sok esetben – és akár tudattalanul – összemosódhat a „társadalmi látásmóddal”. Itt érdemes egy példát felidézni. Egyik interjúalanyunk beszámolója szerint az elrendelhető vizsgálatok során figyelembe veszi a paciens rizikófaktor-csökkentő potenciálját; amennyiben azt alacsonynak véli, kisebb eszközigenyű vizsgálatot rendel el, ugyanis némiképp felesleges, egyúttal alacsony szinten megtérülő befektetésnek tekinti pl. a szív-ultrahangvizsgálatot egy hajléktalan esetében. Az idézett interjúban mindezt racionális érvek támasztották alá, amelyek szerint a vizsgálat magas költségszintje nincs arányban a várható haszonnal, figyelembe véve a paciens várható élettartamát, a társadalmi reprodukci-

² Erről lásd: Ferge, Tausz, Darvas: Küzdelem a szegénység és társadalmi kirekesztés ellen. I. kötet. ILO, Bp. 2002.

³ Arra a kérdéskörre, hogy a romák esetében a szegénység milyen kirekesztődési mechanizmusokat jelent, a párhuzamosan végzett reprezentatív roma kutatásunk ad választ. (Babusik Ferenc: Állapot-, mód- és okhatározók. A romák egészségi állapota és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférése I-II. Megjelent a Beszélő 2004. október- novemberi számában.)

óban betöltött szerepét stb. Az idézett esettel – amennyiben egyetlen esetről van szó és nem bevett gyakorlatról – talán nincs is semmi baj; az orvosi szakértelem, odafigyelés, az alkalmazott egyéb eszközök által kapott eredmények minden bizonnyal elegendők a helyes diagnózishoz és a későbbi megfelelő terápiához. A kérdés csak az, hogy az idézett, vagy azzal analóg attitűdök milyen mértékben elszigeteltek – vagy éppen milyen mértékben tartoznak a napi gyakorlathoz. Ugyancsak kérdés, hogy mely csoportokra vonatkozóan jelenhet meg ilyen típusú attitűd a háziorvosok napi gyakorlatában, illetve hogy mely csoportok esetében találkozhatunk az ellenkezőjével, vagyis a pozitív megkülönböztetéssel.

A kutatásban tehát arra kerestük a választ, hogy tevékenységük során az orvosok hogyan viszonyulnak az egyes csoportokhoz. Mivel az egyes betegek szükségképpen nemcsak társadalmi státusukban különböznek egymástól, de karakterükben, betegségük típusában, annak súlyosságában is stb., ezért az orvosi tevékenységet úgy kellett tipologizálni, hogy az a lehető legfüggetlenebb legyen a konkrét beteggel kapcsolatos konkrét tennivalóktól.

Ennek megfelelően az orvosi gyakorlatot alapvető részfolyamatokra bontottuk. A részfolyamatokat illetően pedig arra kerestük a választ, hogy az egyes, jól elkülöníthető betegcsoportokkal kapcsolatban vajon eltérő-e az orvosok magatartása, illetve hogy milyen mértékben eltér az adott részfolyamattal és betegcsoporttal kapcsolatos attitűdjük.

Az orvosi munka vizsgált részfolyamatait:

- a vizsgálatok során alkalmazott eszközök értékszingtje (helyben rendelkezésre álló, alapvető eszközök, helyben rendelkezésre álló, magas költségű eszközök, illetve helyben rendelkezésre nem álló és magas költségű eszközök),
- a vizsgálatot követő terápia (a terápiát helyben, saját hatáskörben végzik, avagy egy helyi ellátás után magasabb szintre küldik a beteget, illetve diagnózis után egyből magasabb szintre küldik a beteget),
- a közel azonos terápiás hatású gyógyszerek választása esetén milyen mértékben veszik figyelembe a beteg várható költségeit,
- milyen a terápiát követő szakaszban a betegek utánkövetésének gyakorisága.

A betegek esélyegyenlősége abban az esetben érvényesül teljes körűen, ha a felsorolt részfolyamatok minemúsége bizonyos esetekben független a betegek szociális státusától (pl. az alkalmazott vizsgálati eljárások költsége, vagy a terápia intézményi szintje független a betegcsoport érdekérvényesítő potenciáljától); más esetekben pedig ettől függhet, pl. az elrendelt gyógyszerek ára figyelembe veszi a beteg gazdasági helyzetét.

A betegcsoportokat nem kizárólag társadalmi státusuk szerint határoztuk meg, ugyanis – mint azt az előzetes interjúk megerősítették – a szociális-gazdasági helyzeten túl az is lényeges, hogy páciensi minőségében hogyan viselkedik valaki. Vannak szokványos, illetve a szokásostól eltérő (esetleg nehezen tolerálható) viselkedésű betegek, tehát a betegek *compliance* tekintetében komoly eltéréseket mutathatnak. Ezekre az orvosi gyakorlatban előforduló típusokra vonatkozóan éppúgy megvizs-

gáltuk, hogy a felsorolt folyamatok esetében található-e csoportközi különbség.

A vizsgálatok eszközsintje

A bevezetőben említett szempontokat figyelembe véve elsőként arra akartunk választ kapni, hogy az egyes betegcsoportoknak milyen szintű, milyen értékű vizsgálati kínálat jut osztályrészül. Ahhoz, hogy ezt a kérdést megvizsgálhassuk, megkérdeztük a háziorvosokat, hogy milyen vizsgálati palettát *vesznek igénybe* az egyes betegcsoportok, a betegségek jellemzőitől függetlenül.

Az olyan helyzet, melyben a beteg egyoldalúan döntené el, hogy a saját rendelőjében milyen költségű eszközzel végezzen el egy vizsgálatot ott helyben az orvos – ez természetesen fikció. Az alkalmazott eszközök, eljárások igénybevétele (amellett, hogy a megfelelő eszközök meghatározott készlete van jelen az adott rendelőben) elsősorban az orvos szakmai kompetenciáján, megközelítésmódján múlik, és nem a beteg kívánásain. Úgyanúgy az, *hogy az orvos továbbküldi-e betegét olyan vizsgálatra, amelynek eszköze helyben nem áll rendelkezésre (pl. szívultrahang, CT stb.), alapvetően a beteg állapotán, a panaszt okozó, valós okok feltárhatóságának mértékén múlik, pl. azon, hogy milyen mélységű vizsgálatot tesz szükségessé a tünet, a panasz, a betegség – és nem maga a beteg dönt, mint szociális lény, mint bizonyos társadalmi meghatározottságú ember.* Egyszerűbben fogalmazva mindez annyit jelent, hogy pl. egy belső elváltozás felderítésére elrendelhető CT-vizsgálatot nem szabad annak alapján elvégezni vagy mellőzni, hogy milyen a beteg társadalmi státusa, hanem hogy milyen a betegsége. Mindez – legalább is elméletben, avagy alapvető orvostikai szempontból – így van rendjén. Az orvosok attitűdjeiből következtethető gyakorlat azonban nem ezt tükrözi. De lássuk az alkalmazott eljárást és az eredményeket.

Elsőként azt vizsgáltuk, hogy milyen rejtett változók mentén rendeződnek el a felsorolt csoportok. A faktorelemzés eredményeként négy markáns csoport különül el⁴: „jó érdekérvényesítő” a, „szociálisan deprivált”, a „korspecifikus” és a „magas rizikófaktorú (rosszul kooperáló)”

Az első csoportba tartoznak az „élősködő”, illetve a teátrális viselkedésű páciensek, a magas iskolázottságúak, a nagyon jómódúak, illetve a kvalifikált közepes jövedelműek. A második csoportba a szegények, a periférián élők, a cigányok, az alacsony iskolázottságúak és a munkanélküliek kerültek. A harmadik csoportot a nagyon idősek, a fiatalok, illetve a nagyon elfoglalt betegek jelentik. A negyedik csoportot azok alkotják, akik rosszul kooperálnak az orvossal, illetve „fegyelmezetlen” betegek, tehát akiknek alacsony a compliance fokuk.

Már a faktorstruktúrán látszik, hogy a betegcsoportok az alkalmazott

⁴ Elsőként összesen tizenhét betegcsoporttal kapcsolatba adott válaszok adatait faktorizáltuk. Az alacsony faktorsúlyú csoportok elhagyása után végül is tizennégy csoportból alakult ki a négy faktor. A faktorsúlyok magas értéket mutatnak, az összes megmagyarázott variancia 65 százalék. (Lásd 1. melléklet.)

diagnosztikus eszközök költség szintje tekintetében két szempontból válnak el egymástól: egyrészt megjelenik a szakmai szempontból indokolható különbségtétel (a kor illetve a compliance hatása), másrészt a szociális kategóriák közti különbség.

A következő lépésben a faktoregyütthatók segítségével clusterelemzést végzünk, ugyanis végső soron arra akartunk választ kapni, hogy az orvosok látásmódjában felfedhető különbségek csoportonként milyen differenciákat okoznak a vizsgálatok eszköz szintjében. A clusterezés eredményeként (lásd 2. melléklet) a háziorvosoknak négy olyan markáns cluster csoportja különül el, amely az egyes beteg csoportokkal kapcsolatban eltérő vizsgálati eszköz szintről számol be.

1. Érdekérvényesítő képesség a döntő (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	8,4	37,7	53,9
szociálisan deprivált	86,3	11,8	2,6
korspecifikus	63,7	29,3	10,6
magas rizikófaktorú	63,5	26,5	10,1

Az első clusterbe tartozó orvosok esetében a betegek érdekérvényesítő képessége lényeges tényező. E betegek igen nagy arányban kapnak magas költség szintű, helyben nem megoldható vizsgálatot. Az alapvető probléma azonban inkább az, hogy azok a betegek, akiknek alacsony a társadalmi státusa, és akik szociálisan depriváltak, elsősorban a legkisebb költség szintű, helyben elvégezhető vizsgálatokban részesülnek. A korspecifikus, illetve a magas rizikófaktorú csoportok közel hasonló arányban, és ugyancsak inkább helyben végezhető kis költség szintű vizsgálatokban részesülnek.

Kézenfekvő lenne az a feltételezés, hogy a vizsgálatok eszköz szintjét, illetve azt, hogy az orvos továbbküldi-e a beteget magasabb szintre, alapvetően befolyásolhatja, hogy milyen a rendelő felszereltsége, s hogy rendelkezésre állnak-e magas költség szintet képviselő eszközök, vagy sem. Noha ezt a kérdést a későbbiekben elemezzük, már most érdemes megjegyezni, hogy a várakozásokkal ellentétben a felszereltség nem azt befolyásolja, hogy egyáltalán továbbküldik-e a beteget magasabb eszköz szintű vizsgálatra, hanem azt, hogy milyen státusú beteggel történik ez.

Mielőtt a további cluster csoportok ismertetését folytatnánk, lényeges felhívni a figyelmet a következőkre: Az adatok alapján nem feltételezhetjük, hogy az egyes faktorokba rendezett beteg csoportok közül legalább három különbözhetne a tájékozottság szempontjából. A jó érdekérvényesítő potenciállal rendelkező csoportban a magas iskolázottságúak mellett jómódúakat is találunk, illetve olyanokat, akiket az orvosi zsargon „élősködő” páciensnek nevez; a korspecifikus csoportba a fiatalok, idősek kerültek, illetve azok, akik nagyon elfoglaltak; a magas rizikófaktorú csoportban pedig az alacsony együttműködési potenciállal rendelkezők találhatók, valamint azok, akik magas rizikófaktorú jelentő környezetbe térnek vissza egy terápia után. Látjuk, hogy ez a három csoport

szociális és gazdasági szempontból roppant heterogén, de tagjai a képzettségük stb. mentén nem különböznek egymástól. A lehető legkevésbé valószínű tehát, hogy a fiatalok, vagy a nagyon elfoglaltak kevésbé tudhatnának egy magas értékű vizsgálati eszköz létezéséről, mint pl. a nagyon jómódú betegek; itt nem a tudás az elválasztó tényező, hanem az érdekérvényesítő potenciál (és vice versa: a szociálisan depriváltak esetén annak hiánya). Az tehát, hogy az orvos milyen vizsgálati eszközpalettát alkalmaz, végső soron egyaránt múlhat azon, hogy milyennek látja a betegek érdekérvényesítő és szociális potenciálját, illetve azon, hogy az adott csoportok mit „verekszenek ki maguknak”.

2. A beteg kora, rizikófaktora fontos (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	22,4	32,9	53,7
szociálisan deprivált	43,6	46,8	9,6
korspecifikus	7,1	58,0	34,9
magas rizikófaktorú	25,9	54,0	20,3

A második clusterbe tartozó házi orvosok esetében a magas érdekérvényesítő képességűek ugyancsak a legmagasabb arányban részesülnek a legköltségesebb vizsgálatokban, illetve a szociálisan depriváltak azok, akik a legnagyobb arányban részesülnek alapvető, helyben rendelkezésre álló eszközökkel végzett vizsgálatokban.

Ebben az orvoscsoportban azonban a szociálisan depriváltak kivételével voltaképp mindegyik betegcsoport viszonylag nagy arányban részesül magas költségű vizsgálatokban. A nagyon idősek, fiatalok, illetve az elfoglalt betegek esetében pedig dominálnak a helyben vagy máshol, de a magas költségű eszközökkel végzett vizsgálatok.

A házi orvosok harmadik csoportját azok alkotják, akik lényegében szinte mindenkit helyi, alapvető eszközökkel vizsgálnak.

3. Alapvetően helyben (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	81,1	13,2	9,7
szociálisan deprivált	98,6	1,4	
korspecifikus	91,2	8,8	
magas rizikófaktorú	86,2	10,2	3,6

Látnivaló ugyanakkor, hogy e csoport esetében is a jó érdekérvényesítő potenciált képviselők azok, akiket viszonylag a legmagasabb arányban részesítenek magas költségű vizsgálatokban, illetve hogy a szociálisan depriváltak részesülnek a legkisebb arányban ilyenben.

4. A depriváció fontos (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	8,6	25,7	65,7
szociálisan deprivált	18,5	54,3	27,2
korspecifikus	64,0	28,8	7,2
magas rizikófaktorú	34,8	48,0	17,3

A negyedik orvoscsoport preferencia-variációi igen érdekesen alakulnak. Egyrészt az ő esetükben a jó érdekérvényesítéssel jellemzett betegcsoport jut el a legnagyobb arányban a legmagasabb költségszintet jelentő vizsgálatokhoz, a szociálisan deprivált betegcsoport azonban ugyancsak kiemelkedő arányban jut ilyen vizsgálati eszközökhöz.

	eloszlás %
érdekérvényesítő képesség a döntő	42,8
kora, rizikófaktor a döntő	17,6
alapvetően helyben	21,5
elsősorban depriváció a döntő	18,1

Legmagasabb arányban tehát a jó érdekérvényesítő képességű betegeket részesíti előnyben mindegyik orvoscsoport. Természetesen azonnal adódik a kérdés, hogy a jelentős eltérések milyen okokra vezethetők vissza. Elsőként a rendelő ellátottsága jöhet szóba, ugyanis nyilvánvaló, hogy az az orvos, akinek rendelőjében nem áll rendelkezésre egy szükséges, egyúttal magas költségszintű vizsgálati eszköz, ilyen esetben az ellátás magasabb szintjére továbbítja a beteget (vagy egy olyan laborba, ahol a megfelelő eszköz rendelkezésre áll).

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költségszintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a rendelő felszereltségi szintje szerint (%)

	alacsony	közepes	jó v. nagyon jó	átlag
érdekérvényesítő képesség a döntő	60,9	51,0	24,8	42,8
kora, rizikófaktor fontos	5,8	17,3	25,0	17,6
alapvetően helyben	27,8	8,1	29,3	21,5
a depriváció fontos	5,6	23,6	20,9	18,1

A betegek státusa és a rendelők felszereltsége közti viszonyok alapján kijelenthetjük: a felszereltség önmagában nem határozza meg azt, hogy a betegeknek összesen mekkora aránya részesül helyben magas költségű, vagy máshol, magas szinten végzett vizsgálatból. Ugyanis az alacsony szinten felszerelt rendelőkben kizárólag a magas érdekérvényesítő potenciálú betegek jutnak hozzá az átlag feletti módon magasabb költségszintű vizsgálatokhoz. Azon háziorvosok között viszont, akik az alapvetően helyben végzett vizsgálatokat preferálják, egyaránt megtaláljuk az alacsony, illetve a magas szinten felszerelt rendelők birtokosait.

A rendelő alacsony felszereltségi szintje, illetve az, hogy a háziorvos

az érdekérvényesítő betegcsoport számára magasabb költségszintű vizsgálatot biztosít, nem oksági, hanem korrelatív kapcsolatban állnak,⁵ amiből arra lehet következtetni, hogy ebben az esetben a jó érdekérvényesítő betegek legfőljebb „kiverekszik” maguknak az értékesebb vizsgálatokat (már amennyiben tudják, hogy mit kell „kiverekedni”).

A rendelő magas szintű felszereltsége önmagában még nem előidézője annak, hogy a szociálisan deprivált betegek magasabb költségszintű vizsgálatokban részesüljenek (akár helyben).

Mivel a praxis települési elhelyezkedése meghatározhatja, hogy egy beteg milyen könnyen vagy nehezen jut el a nem helyben végezhető vizsgálatra, megnéztük a települések rangjával és méretével kapcsolatos összefüggéseket. Az adatok szerint a budapesti háziorvosok valamivel nagyobb arányban preferálják a helyben végzett vizsgálatokat, illetve a községiek az átlag felett két betegcsoport esetében preferálják a magasabb szintű vizsgálati kínálatot: az érdekérvényesítő, illetve a szociálisan deprivált csoport esetén. Ezek az összefüggések ugyan szignifikánsak, de kis százalékos eltéréseket jelentenek.

Kézenfekvő, ha az orvosok leterheltségi nívóját is összehasonlítsuk azzal, hogy pl. továbbküldik-e a beteget egy értékesebb vizsgálatra, ahelyett, hogy helyben végeznék el az analóg funkciójú vizsgálatot.

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költségszintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása leterheltség szerint (%)

Az orvosok leterheltsége	érdekérvényesítő képesség a döntő	kora, deprivációja fontos	alapvetően helyben	a depriváció fontos
kis betegforgalom, alacsony terhek	35,0	6,5	42,5	16,0
átlagos terhek	43,6	16,0	22,2	18,3
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	33,2	39,8	18,7	8,2
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	47,6	24,8	8,0	19,6
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	32,1	15,0	16,2	36,7
egy településen, de minden teher magas	61,5	13,1	6,3	19,1
átlag	42,8	17,6	21,5	18,1

A magas leterheltség indukálná azt, hogy a háziorvos az ellátás más szintjére küldjön beteget vizsgálatra, méghozzá a beteg státusától függetlenül, az adatok azonban nem ezt tükrözik. Ugyanis pl. azok az orvosok, akik a leginkább leterheltek, több települést látnak el magas ellátási és ügyeleti idő mellett, az átlaghoz képest kétszer nagyobb valószínűséggel a szociálisan deprivált betegeket részesítik magas eszközsintű vizsgálatban, és nem az erős érdekérvényesítő potenciállal rendelkezőket. A táblázat adataiból ugyancsak az előzőekben felismert összefüggés olvasható ki: a vizsgálati paletta betegstátus szerinti preferenciáját nem

⁵ A lineáris regresszióval végzett elemzés a két változó között mindkét irányban azonos mérték összefüggést mutat ki (béta 0,2).

strukturális tényezők indokolják, hanem valami más, olyasmi, amit az orvosoknak a betegek státusával kapcsolatos szemlélete indokolhat.

Tovább elemezve az adatokat azt találjuk, hogy nincs kapcsolat az orvosok által az egyes betegcsoportoknak ajánlott vizsgálati lehetőségek és aközött, hogy milyen a házi orvosok kora és a képzettsége, valamint hogy mennyi a betegekre fordított fajlagos idő.

Erdemes tehát figyelmünket az olyan összefüggések felé fordítani, amelyek a vizsgálati paletta csoport szerinti preferenciája és a betegek iránti szemlélet között teremt kapcsolatot. Az elemzett kérdéssel függ össze a fejezet bevezetőjében idézett interjú példája, amely arra hívta fel a figyelmet, hogy a beteg szociális státusa, érdekérvényesítő potenciálja, az orvos által észlelt compliance erősen összefügg. Mindezzel összefügg az is, hogy az adott szociális státusú betegnek az orvos milyen költség-szintű vizsgálatot (és, mint látjuk majd: terápiát) ajánl fel, vagy más-képp fogalmazva: milyen mértékű befektetést eszközöl, milyen költség-szintű az az eszközállomány, amelyet még célszerűnek lát egy-egy beteg gyógyításába investálni. Noha ez a megállapítás sokakban akár mély megdöbbenést is okozhat, az adatok azt mutatják, hogy igen erős az összefüggés a betegek szociális, illetve szociálpszichológiai státusa, az ebből következő érdekérvényesítő potenciál, valamint a felhasznált eszközök költség-szintje között.

Megvizsgáltuk, hogy az orvosok által észlelt rizikófaktor-csökkentési potenciál, illetve együttműködési szint milyen rokonságban áll az alkalmazott eljárások költségével. Ehhez a próbához a felsorolt betegcsoportok mindegyikével kapcsolatban arra kértük az orvosokat, hogy ötfokú skálán értékeljék azok rizikófaktor-csökkentési szintjét (pl. hogy az orvos tanácsára mennyire hajlandók módosítani káros szenvedélyeiken stb.). Az eredményeket faktorizáltuk, s ennek során három markáns betegcsoport különült el: a magas szociális státust képviselők, az ún. veszélyeztetettek (ebbe a csoportba az alacsony szociális státusúak mellett helyet kapnak a szenvedélybetegek is), valamint az alacsony együttműködési szintet képviselők (a teátrális, illetve fegyelmezetlen betegek, a nagyon elfoglaltak).

A rizikófaktor-csökkentési szempontból elkülönülő, három, fő betegcsoport faktorsúlyainak átlaga az egyes vizsgálati költség-szintet preferáló orvosok esetében jelentősen eltér egymástól (lásd 3. melléklet). *Azok az orvosok, akik számára az érdekérvényesítő képesség jelentős szerepet játszik a vizsgálati paletta eldöntése során, a szociálisan deprivált, veszélyeztetett betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját lényegesen alacsonyabbnak látják. Velük szemben azok, akiknek a szociálisan deprivált betegek is nagy arányban jutnak magas értékű vizsgálatokhoz, a deprivált csoport rizikófaktor-csökkentő potenciálját magasnak látják.*

A négy orvosi preferencia-cluster között lényegében abban van nagy különbség, hogy a szociálisan deprivált páciensek milyen arányban jutnak magas költség-szintű vizsgálatokhoz (ugyanis a magas érdekérvényesítő potenciálú páciensek mindegyik csoportban nagy súlyt képviselnek). Éppen ezért a szociálisan deprivált csoport esetében vizsgáltuk meg mélyebben azt, hogy az orvosok által érzékelt rizikófaktor-csökkentési hajlandóság hogyan viszonyul a vizsgálati palettához. Ennek érdekében a

faktoregyütthatókon végzett rétegeképzési eljárással a szociálisan deprivált, veszélyeztetett csoportnak az orvosok által feltételezett rizikófaktor csökkentő potenciálját három egyenletes rétegbe soroltuk. A következő táblázat azt mutatja, hogy a három réteg hogyan oszlik el az egyes vizsgálati paletta-költséget képviselő orvoscsoportok között.

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költség szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a szociálisan deprivált páciensek vélt rizikófaktor csökkentő potenciáljának rétegei szerint (%)

	vélt rizikófaktor csökkentő potenciál		
	alacsony	közepes	magas
érdekérvényesítő képesség a döntő kora, rizikófaktora	42,1	36,0	21,9
fontos	29,0	47,2	23,8
alapvetően helyben	24,0	26,6	49,4
a depriváció fontos	30,2	23,7	46,1
átlag	34,0	33,8	32,2

Azok az orvosok, akik alapvetően az alapeszközökkel végzett, helybeli vizsgálatokat preferálják, illetve azok, akik a szociálisan deprivált betegek számára magas költség szintű vizsgálatokat biztosítanak, kétszer akkora arányban látják úgy, hogy szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálja magas, mint azok, akik e betegeknek elsősorban csak alapvető, helyben rendelkezésre álló vizsgálatokat ajánlanak fel (az érdekérvényesítőket preferálók). Ezzel párhuzamosan ez utóbbi orvoscsoport a szociálisan deprivált páciensek rizikófaktor-csökkentő potenciálját átlag felett látja alacsonynak.

Az elmondottakat alátámasztja a lineáris regresszióval végzett oksági elemzés: az, ahogyan az orvosok észlelik betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját, oksági viszonyban áll azzal, hogy milyen költség szintű palettát kapnak a szociálisan deprivált státuscsoportba tartozó betegek (lásd 4. melléklet).

Igazolt az a feltételezés, hogy létezik olyan orvosi szemlélet, mely szerint a magasabb érdekérvényesítésre képes, illetve magas státusú páciensekkel kapcsolatban „jobb befektetés” a magasabb költségű, értékes vizsgálat, mint az alacsonyabb státusú betegekkel kapcsolatban – és mindez összefügg azzal, ahogyan a rossz szociális helyzetben élő betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját, végső soron jövőjét látják. Az orvosok által észlelt rizikófaktor-csökkentési potenciál nem objektív mutató, vagyis nem azt jelzi, hogy milyen valójában a betegek ilyen potenciálja, hanem azt, hogy miként szemlélik az orvosok a betegeiket, és azt mi sem bizonyítja jobban, mint az a tény, hogy a betegek társadalmi státus szerint kategorizálódnak a szemléletükben. Ehhez szorosan hozzátartozik, hogy az orvosok az egyes szociális kategóriába tartozó betegcsoportok rizikófaktor-csökkentő potenciálját önmagában más értékűnek látják, ezen belül pedig a jó érdekérvényesítő képességű, szociálisan jól pozícionált betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját átlagosan rosszabbnak ítélik, mint a deprivált betegeké!

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költség szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a magas szociális státusú páciensek vélt rizikófaktor-csökkentő potenciáljának rétegei szerint (%)

	alacsony	közepes
érdekérvényesítő képesség a döntő kora, rizikófaktor fontos	32,6	67,4
alapvetően helyben	19,3	80,7
a depriváció fontos	36,2	63,8
átlag	44,8	55,2
	33,2	66,8

Mindebből az következik, hogy az alacsonynak észlelt rizikófaktor-csökkentő potenciál akkor vezet kisebb értékű eszközökkel végzett vizsgálatokhoz, ha a beteg szociálisan deprivált, vagyis a betegek szociális státusa alacsony.

A következő kérdés az, hogy min múlik a rizikófaktor-csökkentő potenciál észlelése. Egyrészt nyilván tagadhatatlan, hogy léteznek objektív különbségek a rizikófaktor-csökkentést illetően, másrészt láttuk, hogy az orvosok szubjektív szemüvegen át, a társadalmi státus mentén differenciálva látják azt.

Mivel az orvos–beteg viszony kommunikációs interakciók során át valósul meg, kézenfekvő, hogy az orvos és betegek közötti bizalom szintje – az, hogy milyen mértékben képesek megérteni egymást – befolyásolhatja e látásmódot. Az orvos–beteg viszony bizalmi szintjét közvetlenül roppant nehéz megbízhatóan mérni, arra viszont van mód, hogy becslést végezzünk magáról a kommunikációról. Megkértük az orvosokat, hogy skálát használva válaszoljanak arra a kérdésre: az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban mennyire érzik nehéznek vagy éppen könnyűnek a kommunikációt, annak feladatát, hogy megértsék a beteg problémáit, az pedig értse az ő tanácsait. A válaszok adatait faktorelemelve kommunikációs szempontból három betegcsoport alakul ki: talán nem meglepő módon azon betegek csoportja, akiknek együttműködési szintje alacsony, illetve a magas és az alacsony társadalmi státusú betegek csoportja válik el egymástól.

A következő táblázat adatai alapján azt tekintjük át, hogy azok az orvosok, akik eltérően látják a szociálisan deprivált, veszélyeztetett betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját, milyen mértékben éleik át könnyű vagy nehéz kommunikációt.

A kommunikációs mérték faktoregyütthatóinak átlaga a szociálisan deprivált betegek vélt rizikófaktor-csökkentési potenciáljának három rétege szerint

rizikófaktor-csökkentő potenciál

alacsony	-0,3045
közepes	0,0748
magas	0,1463

Azok az orvosok, akik a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját alacsonynak értékelik, egyúttal e betegekkel kapcsolatban alacsony színvonalú, kölcsönösen gátolt kommunikációról számolnak be. Velük ellentétben azok, akik e betegek rizikófaktor-csökkentő

potenciálját magasnak látják, egyúttal a kommunikációt is könnyűnek értékelik.

A kommunikáció könnyűsége vagy nehézsége éppúgy generálhat konfliktusokat, mint a tényleges érdekellentétek. Éppen ezért megvizsgáltuk, hogy az orvosok mely betegcsoportokkal kapcsolatban számoltak be konfliktusról (hangos veszekedésről, vitáról, esetleg tettelességről). A kutatás során már ismertté vált módszerrel az adatokat faktorizáltuk, melynek során rejtett változóként három markáns betegcsoport alakult ki: az alacsony compliance-t képviselők, a nehéz betegek (nagyon idősek, nehezen megközelíthető helyen élők, munkanélküliek, elfoglalt betegek), illetve a szociálisan deprivált betegek csoportja (cigányok, szociális szempontból periférián élők, alacsony iskolázottságúak).

A következő táblázat azt mutatja, hogy azok az orvosok, akik a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját alacsonynak, közepesnek, illetve nagyra érzékelik, milyen valószínűséggel számoltak be konfliktusokról az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban.

Konfliktus csoportok faktoregyütthatóinak átlaga a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentési potenciáljának három rétege szerint

konfliktusszint	kivel van konfliktusa? – csoportok		
	alacsony compliance	nehéz betegek	szoc. depriváltak
alacsony	0,0830	0,0201	0,2088
közepes	0,1009	0,0545	0,0084
magas	-0,0866	-0,0608	-0,1954

Azok az orvosok, akik konfliktus szempontjából az alacsony együttműködési nívót képviselő, illetve a nehéz betegeket különítették el, a szociálisan deprivált betegekkel kapcsolatban nem számoltak be különösebb konfliktusról.

Azon orvosok viszont, akik a szociálisan deprivált betegekkel kapcsolatban számolnak be konfliktusról, s akik e betegek rizikófaktor-csökkentési potenciálját alacsonynak látják, egyúttal az átlagnál több konfliktust éltek át. Ezzel szemben azok, akik magasnak látják e betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját, átlag alatt számoltak be a velük való konfliktusról.

Kérdés persze, hogy mi generál micsodát; azért számolnak-e be több konfliktusról, mert eleve rosszabb a szociálisan deprivált betegekkel való kommunikációjuk, s egyúttal e betegeknek alacsonyabb költségű szolgáltatást nyújtanak, tehát konfliktust idéznek elő, vagy mert eleve több e betegekkel a konfliktusuk, tehát romlik a kommunikáció, s ennek következtében törődnek kevesebbet a betegekkel. A kérdés azért tűnik tyúktojás problémának, mert a konfliktusok, a kommunikáció, illetve az, hogy valaki egy adott társadalmi csoport tagjaival milyen viszonyban van, nemcsak összefügg, de a mindennapi interakció során ezek a tényezők jól képesek egymás hatását felerősíteni. Mindenesetre az vizsgálható, hogy az orvosok szemléletében milyen a szociálisan depriváltak rizikófaktor-csökkentő potenciálja, illetve hogy mekkora a konfliktusok gyakorisága és milyen a kommunikáció, tehát milyen szoros kapcsolat van

e tényezők között. Variancia elemézést alkalmazva látjuk, hogy a konfliktusok és a kommunikáció közötti kapcsolat roppant szoros: abban az esetben, ha az orvos a szociálisan deprivált beteg rizikófaktor-csökkentő potenciálját jónak tekinti, a konfliktusok hiánya és a kommunikáció minősége közötti kapcsolat szorossága kb. 8 százalék. Ezzel ellentétben, ha az orvos a deprivált beteg rizikófaktor-csökkentő potenciálját alacsonynak látja, a konfliktusok gyakorisága és a kommunikáció alacsony nívója közötti kapcsolat szorossága már 23 százalék.

A terápia intézményi szintjei

A vizsgálatok során megjelenő eszközök értékbeli különbségei már elővételezték azt a kérdést, hogy vajon a felajánlott terápia szintjei hogyan viszonyulhatnak a betegek státusához. A már ismert betegcsoportokkal kapcsolatban azt tudakoltuk, hogy a felajánlott terápia során az orvosok mit preferálnak inkább:

- a helyben, saját hatáskörben végzett gyógyító munkát,
- avagy a helyben, saját hatáskörben végzett ellátás után magasabb szintre küldik-e a beteget,⁶ illetve
- a diagnózis felállítása után egyből magasabb ellátási szintre utalják-e őket.⁷

Ez a kérdés tehát teljes közvetlenséggel arra irányult, hogy az orvosok mit preferálnak. Úgy véljük, nem meglepő módon, az elrendelt terápia intézményi szintjei esetén az egyes betegcsoportoknak a szociális helyzet mentén való kialakulása, illetve az orvosok attitűdjeiben felfedezhető mintázatok roppant nagy hasonlóságot mutatnak az előbbieken elemzettekkel. Ezek az erős analógiák azt bizonyítják, hogy helytálló, amit a vizsgálatokról szóló fejezetben írtunk, vagyis az orvosok a betegeket a szociális-gazdasági, illetve a szociálpszichológiai státus mentén érzékelik, egyúttal az orvosi gyakorlat egyes lényeges dimenzióit e státuskülönbségek határozzák meg, és nem az embertől mint társadalmi lénytől független betegség. De ismét csak kezdjük az elemzett adatokkal.

Elsőként szükséges volt tisztázni, hogy a háziorvosok milyen rejtett dimenziók mentén látják pácienseiket a felajánlott terápia tekintetében. A felsorolt betegcsoportok vonatkozásában az orvosok terápia-szint preferenciáira adott válaszokat faktorizáltuk (lásd 5. melléklet), ennek eredményeként három betegcsoport alakult ki: a szociálisan alacsony státusú, a szociálisan jól pozicionált, illetve az alacsony együttműködési nívót képviselő betegeké.

A következő lépésben clusterelemzéssel megállapítottuk, hogy a háziorvosok milyen csoportokba rendeződnek aszerint, hogy az egyes fő

⁶ Ilyen eset pl. az, ha valakin egy égési sérülést helyben ellát az orvos, ezek után pedig egy magasabb szintre küldi plasztikára (ahelyett, hogy helyben próbálná a teljes rehabilitációt elérni).

⁷ Ebben az esetben úgy látja az orvos, hogy a beteg gyógyulási esélyei a magasabb ellátási szinten eleve jobbak, és ezért eleve ezzel a megfontolással küldi oda a beteget.

betegcsoportoknak milyen intézményi szinten ajánlanak terápiát. Az elemzés eredményeként négy stabil cluster alakult ki (lásd 6. melléklet).

1. Magas szintű ellátás mindenkinek (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

	helyben ellátja	ellátja és magasabb szintre utalja	egyéből magasabb szintre utalja
depriváltak	10,9	81,5	7,7
magas státusú	3,7	91,3	5,0
alacsony compliance	8,8	82,1	9,1

Az első csoportba tartozó háziorvosok a legmagasabb arányban mindenkit helyben látnak el, ezek után pedig magasabb ellátási szintre utalják őket. Ez a csoport alkotja a háziorvosok legnagyobb tömegét, összesen 32,9 százalékot. E magatartást nevezhetjük akár (és az egyéb csoportokhoz képest is) kiemelkedően lelkiismeretesnek; ebben a magatartásban az a lényeges, hogy helyben, tehát a lehető leghamarabb látják el a beteget, ezek után viszont magasabb kompetencia-szintre küldik.

Meg kell azonban jegyezni, hogy még ebben a leginkább hivatáshűen eljáró csoportban is a szociálisan deprivált betegek mintegy tíz százalékponttal kisebb arányban kerülnek át a magasabb ellátási szintre, mint a magas társadalmi státusú betegek.

2. Nehéz betegnek helyben ellátást (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

n	helyben ellátja	ellátja és magasabb szintre utalja	egyéből magasabb szintre utalja
depriváltak	59,4	32,0	8,6
magas státusú	16,8	51,4	31,9
alacsony compliance	53,5	40,2	6,3

A háziorvosok 21,6 százalékát kitevő csoport erősen differenciál a betegek között: a szociálisan deprivált, illetve az alacsony együttműködési színvonalú betegek többségét helyben látja el és nem küldi magasabb szintre. Az ellátás utáni magasabb ellátási (és/vagy kompetencia-) szintre utalás legkevésbé a szociálisan deprivált betegek esetében érvényesül. Velük ellentétben a magas státusú betegeket helyi ellátás után magasabb szintre utalja az ebbe a csoportba tartozó háziorvosoknak több mint a fele, egyúttal ennek az orvoscsoportnak a harmada a magas státusú betegeket el sem látja helyben, hanem egyből a magasabb ellátási szintet ajánlja fel. Mivel az első clusterbe tartozó orvosokkal szemben ez a csoport a magas társadalmi státusú betegeket nagy arányban utalja egyből magasabb ellátási szintre, felmerül a gyanú, hogy esetükben egyszerre érvényesül a kedvezési vágy a magas státus felé, illetve a felelősségát-hárítás. Ezt erősíti meg az, hogy ebben az orvoscsoportban a magas társadalmi státusú betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját szignifikánsan többen látják jobbnak, mint a többi orvoscsoport esetében. Ugyancsak erre rímel az a tény, hogy ebben a csoportban az orvosok az átlag felett rendelkeznek magas szinten felszerelt rendelővel. *Ez a háziorvosi csoport az (a többi clusterbe tartozókhoz képest), amely a legjobban differenciál tár-*

sadalmi státus szerint, komoly különbséget teremtve a szociálisan hátrányos, illetve az előnyös helyzetben lévő betegek ellátási szintje között.

3. Alapvetően mindenkit helyben ellátást (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

n	helyben ellátja	ellátja és magasabb szintre utalja	egyből magasabb szintre utalja
depriváltak	70,1	19,5	10,5
magas státusúak	76,6	18,8	4,7
alacsony compliance	85,5	11,6	2,9

A háziorvosok következő csoportja (arányuk a teljes populációban 23,6 %) alapvetően a helyben alkalmazott ellátást preferálja. Ezen belül azonban némi különbséget látunk az egyes betegcsoportok szerinti preferenciákban – méghozzá inkább az alacsony együttműködési nivójú betegek és nem feltétlenül a szociálisan depriváltak hátrányára. Alacsony compliance esetén a betegek magasabb arányban kapnak csak helyi ellátást, mint a másik két csoport. Ugyanakkor a szociálisan deprivált betegek közel azonos arányban kapnak helyi, majd magasabb szintű ellátást, mint a magas státusúak. Ezzel együtt ebben a csoportban a háziorvosok tíz százaléka a szociálisan hátrányos helyzetű betegeket egyből a magasabb szintre küldi. Esetükben vélhetően azért nem beszélhetünk pl. felelősségáthárításról, mert ezek az orvosok szociálisan hátrányos helyzetű betegeik rizikófaktor-csökkentő magatartását szignifikánsan rosszabbnak látják, mint a többiek, illetve jelentős mértékben jobb a kommunikációs szintjük ezekkel a betegekkel, mint a többi clustercsoport tagjainak.

4. Alacsony compliance-t hárít (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

	helyben ellátja	ellátja és magasabb szintre utalja	egyből magasabb szintre utalja
depriváltak	78,6	16,6	5,6
magas státusúak	61,2	33,5	5,3
alacsony compliance	19,2	63,0	17,8

A negyedik clusterbe tartozó orvosok (22 %) szociális státus és compliance szerint egyaránt differenciálják betegeiket. Esetükben a legnagyobb arányban a szociálisan deprivált betegek kapnak csak helybeni ellátást – velük szemben viszont az alacsony compliance-fokkal jellemezhető betegek karrierje érdekes: nagy arányban kapnak helyi, majd magasabb szintű ellátást, azonban az ebbe a clusterbe tartozó orvosok közel egyötöde őket azonnal a magasabb szintre küldi. Mivel azt látjuk, hogy ebben az orvoscsoportban a betegek rossz együttműködési potenciálja az, amely lényegében kis arányban tartja őket a csak helyi ellátásban, így indokoltnak tűnik a cluster elnevezése. Tegyük hozzá azonban, hogy ez az orvoscsoport az, amely a szociálisan deprivált betegek esetében a legnagyobb arányban választja a csak helyi kezelést. Kérdés, hogy a terápia intézményi szintjében megjelenő effajta hátrány mivel függ össze. Az

elemzések azt mutatják, hogy ennek az orvos csoportnak az átlaghoz képest semmivel sincs több konfliktusa a betegeivel, függetlenül azok státusától, illetve a kommunikáció minősége is átlagos mindegyik csoporttal kapcsolatban. Ezek az orvosok azonban jóval nagyobb arányban dolgoznak kisközsegekben, mint az előbb tárgyalt, többi orvoscsoport.

Az eddigiek azt mutatják, hogy a házi orvosok egyrészt a terápia szintjének elrendelése vonatkozásában is differenciálnak a betegek szociális, illetve szociálpszichológia státusa szerint, másrészt – és ebből következően – azt látjuk, a terápia intézményi szintjének kiválasztását éppen ezek a differenciált státusok szabják meg – és nem más (pl. valamilyen eljárási protokoll).

Az orvosok kora, képzettségi szintje, az egy betegre számítható fajlagos idő maximuma éppúgy nem befolyásolja a terápia szintjének preferenciáját, ahogyan a vizsgálat költségszintjét sem. Természetesen adódik a kérdés, hogy az orvosok leterheltségi szintje, azok variációi hogyan befolyásolják azt, hogy milyen intézményi szinten kerül sor a terápiára. Az adatok azt mutatják, hogy nincs teljesen egyértelmű kölcsönösség a leterheltség és aközött, hogy az orvos helyben gyógyít-e, vagy éppen elküldi páciensét magasabb szintre. Az átlagos terhek mellett dolgozók éppúgy nagyobb arányban nyújtanak magas szintű ellátást mindenkinek, mint azok, akik egy településen magas terhek mellett dolgoznak. Azok az orvosok pedig, akik több településen, átlag feletti ellátási időben látják el feladataikat, az átlaghoz képest éppen hogy nagyobb arányban preferálják egyúttal az alapvetően helyben végzett gyógyító munkát.

Mivel azt látjuk, hogy a „kemény” adatok mentén nehezen magyarázhatók az orvosok preferenciában mutatkozó különbségek, viszont a vizsgálatok költségszintjének elemzésekor láttuk, hogy pl. a páciensek rizikófaktor-csökkentő potenciáljának értékelése erős magyarázó tényező, most érdemes figyelmünket erre irányítani.

Azok az orvosok, akik magas szintű intézményi ellátásban részesítenek minden beteget, egyúttal az átlagnál nagyobb arányban látják úgy, hogy magas a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő képessége. Ez a látásmód azt, hogy ezek az orvosok éppen ebbe a clusterbe tartoznak, 23 százalékban, tehát erősen magyarázza.⁸

Azok a házi orvosok viszont, akik vagy alapvetően minden beteget helyi szinten kezelnek, illetve azok, akik az alacsony együttműködési szintű betegeket „elhárítják” (és a szociálisan depriváltakat részesítik a legnagyobb arányban helyi ellátásban), egyúttal a deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő képességét átlag alattinak értékelik. (Ez a látásmód 13 százalékos magyarázó erőt képvisel.)

⁸ A lineáris regresszió béta értéke 0,23.

A terápia intézményi szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a szociálisan deprivált páciensek vélt rizikófaktor-csökkentő potenciáljának rétegei szerint (%)

	alacsony	közepes	magas
magas szintű ellátás mindenkinek	21,7	37,8	40,5
nehéz betegek helyben ellátást	32,0	44,1	23,9
alapvetően mindenkit helyben	48,1	21,4	30,5
alacsony compliance-t hárit	47,7	27,9	24,4
átlag	35,2	33,6	31,2

Kézenfekvő, hogy ezek után összehasonlítsuk a vizsgálati költség-szint, illetve a terápia intézményi szintje szerinti preferencia-csoportokat.

A terápia intézményi szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a vizsgálati költség-szint preferenciái szerint (%)

	érdekérvé- nyesítő képesség a döntő	kora, rizikó- faktora fontos	alapvetően helyben	a depriváció fontos
magas szintű ellátás mindenkinek	29,2	15,7	29,3	25,8
nehéz betegek helyben ellátást	45,1	38,3	2,3	14,3
alapvetően mindenkit helyben	32,3	10,7	42,9	14,1
alacsony compliance-t hárit	70,8	7,0	10,9	11,3
átlag	42,8	17,6	21,5	18,1

Az adatok azt mutatják, hogy a két attitűd összefügg, megerősíti egymást. Azok az orvosok, akik magas szintű ellátást biztosítanak mindenkinek, egyúttal átlag felett látják úgy, hogy a vizsgálatok költség-szintjének meghatározása során a szociális depriváció fontos szempont.

Azok a háziorvosok, akik alapvetően mindenkit helyben kezelnek, egyúttal a vizsgálatokat is inkább helyben végzik.

Igen kiugró, amit azoknál az orvosoknál látunk, akik az alacsony együttműködési szintű betegeket „elhárítják”, illetve a szociálisan depriváltakat részesítik a legmagasabb arányban helyi ellátásban: ez az orvoscsoport egyúttal kiemelkedő arányban a jó érdekérvényesítő képességű pácienseit részesíti magas költség-szintű vizsgálatokban is.

Megvizsgálva a két attitűd egymásra gyakorolt, kauzális hatását, azt látjuk, hogy elsősorban együttjárásról és nem oksági viszonyokról van szó, azaz e két attitűd együttesen és egymást erősítve befolyásolja a betegekkel való viszonyt.

Összefoglalva: a háziorvosok egy része a szociálisan perifériális helyzetű betegek esetében alacsonyabb intézményi szinten nyújt terápiát. Mindebben e betegek szociális deprivációja – a vizsgálati költség-szint esetében látottakkal analóg módon – oki tényező. Ebben az esetben is jelentős szerepet játszik az, hogy e betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját alacsonynak értékelik.

Az elrendelt gyógyszerek költsége

A vizsgálat során igyekeztünk megállapítani, hogy a házi orvosok az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban figyelembe veszik-e a felírt gyógyszerek költségeit. Ez a kérdés egyrészt nyilvánvalóan kihat magának az elrendelt terápiának a sikerére (ha a beteg azért nem gyógyul, mert nem tudja megvenni a gyógyszert, vagy nem minden gyógyszert tud minden esetben megvenni, akkor értelmetlen a terápia elrendelése), másrészt pedig társadalmi szolidaritási kérdés. Ezt azért érdemes külön is hangsúlyozni (amellett, hogy némi naivitással azt is gondoljuk: az orvosok akár elemi érdeküknek is tekinthetnék a betegek mihamarabbi eredményes – és anyagi képességeiktől független – gyógyulását), mert az orvosszakma segítő foglalkozás, és ilyen minőségében etikai vetülete is van. Amellett, hogy az orvos vegye figyelembe a beteg anyagi helyzetét a gyógyszer felírásakor, egyszerre szólhatnak racionális, illetve morális érvek.

Megkértük az orvosokat, hogy skálázott módon adjanak választ arra a kérdésre: a felsorolt betegcsoportok esetében milyen gyakran veszik vagy nem veszik figyelembe a gyógyszerek költségeit. A kapott adatokat faktorizáltuk, s az eljárás során a már ismert három betegcsoport alakult ki: a magas társadalmi státust képviselő, a szociálisan deprivált, illetve az alacsony compliance-t képviselő betegeké (lásd 7. melléklet). Következő lépésként a faktorsúlyokon végzett clusterelemzés az orvosok négy markáns csoportját különítette el (lásd 8. melléklet), e négy csoport az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban más és más attitűdöt képvisel.

A gyógyszerköltségek figyelembevétele szerint elkülönülő négy orvoscsoport, betegcsoportonként – a „gyakran vagy mindig figyelembe veszi a költségeket” válaszok százalékában

	magas státusú	depriváltak	alacsony compliance
szoc. érzékeny	24,0	86,0	15,1
szoc., pszich. érzékeny	12,3	91,2	68,7
nem szolidáris	22,3	31,6	34,6
mindenkinél figyelembe veszi	92,4	94,9	94,5

Az első, szociálisan érzékenynek nevezett clusterbe tartozó házi orvosok a szociálisan hátrányos helyzetben élő betegek esetében igen nagy gyakorisággal figyelembe veszik a költségeket. Ők a vizsgált házi orvosok 26,1 százalékát alkotják.

A szociálisan és szociálpszichológiailag érzékenynek nevezett clusterbe tartozó orvosok azok, akik egyrészt a szociálisan deprivált betegek esetében a legnagyobb arányban veszik figyelembe a gyógyszerköltségeket, másrészt az alacsony együttműködési szintet képviselő betegek esetében is nagy arányban ezt teszik. Egyúttal ők azok, akik a magas státusú betegek esetében a legkisebb gyakorisággal veszik figyelembe e költségeket – ez jelentheti azt is, hogy e betegeikről feltételezik: képesek a gyógyszereket megfizetni. Ez a legnagyobb létszámú csoport a házi orvosok között (29,9%), egyúttal ők tekinthetők a minden szempontból leginkább

szolidáris, egyúttal a betegek gazdasági teljesítőképessége iránt etikus magatartást tanúsító csoportnak.

A harmadik, nem szolidárisnak nevezett csoport (16,6%) az, amely a szociálisan deprivált betegek esetén a legkisebb arányban veszi figyelembe a gyógyszerek költségeit. A másik két betegcsoport esetén tapasztalható, ugyancsak alacsony arányok azt mutatják, hogy az e clusterbe tartozó orvosok „abstart” nem érzékenyek betegek gazdasági helyzete iránt.

A negyedik, összesen 27,4 százalékot kitevő csoport a betegek státusától függetlenül, alapvetően figyelembe veszi a gyógyszerek felírásakor azok költségeit.

Az eddigiekben kialakult várokozások szerint a gyógyszerköltség és a betegek státusa közötti kapcsolatot legalább néhány változónak magyarázni kellene. Az elemzések azonban azt mutatták, hogy a gyógyszerköltség-attitűd független tényező, éppúgy nem magyarázza az orvosok kora, képzettsége vagy praxisban töltött ideje, mint ahogy a betegek rizikófaktor-csökkentő magatartásával kapcsolatos látásmód sem.

Ezek után azt kell megállapítanunk, hogy *a házi orvosoknak a gyógyszerköltségek figyelembe vételében megnyilvánuló szolidaritása, vagy e szolidaritás hiánya független dimenzió, és önállóan befolyásolja azt, hogy pl. a szociálisan hátrányos helyzetű betegek milyen kifizethető vagy megfizethetetlen gyógyszerköltségek elé néznek.*

Terápia utáni nyomonkövetés

A vizsgálat során abból indultunk ki, hogy noha a házi orvosi gyakorlatnak nem feltétlenül része a betegek terápia utáni szakaszának követése, az, hogy mégis milyen esetben végeznek ilyen munkát, sokat elárulhat az orvosok szemléletmódjáról – és ezzel közvetve az egyes társadalmi csoportokkal kapcsolatos viszonyukról.

Az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban azt a kérdést tettük fel a házi orvosoknak, hogy milyen mértékben látják szükségét az utánkövetésnek, milyen gyakran követik nyomon a beteg terápia utáni sorsát. A válaszok adatait faktorizálva *ebben a kérdésben már nem társadalmi státus szerint rendeződnek el a betegcsoportok, hanem orvosszakmainak nevezhető szempontok szerint.*

A faktoranalízis eredményeként először is három rejtett dimenzió szerint rendeződnek el a betegek: az elsőt, erős heterogenitása okán széles spektrumúnak neveztük. A második csoport a már ismert alacsony együttműködési potenciállal rendelkezőké, a harmadik pedig a kisebb életésélyű betegeké (nagyon idősek, illetve azok, akik a terápia után magas rizikófaktor jelentő környezetbe térnek vissza).

A faktorsúlyok szerint végzett clusterezés eredményeként a házi orvosok négy jól elkülönülő csoportja alakult ki.

Az utánkövetés szempontjából kialakult clusterek – az utánkövetés kérdésére adott válaszokban a „nem, vagy kevéssé”, illetve a „gyakran vagy mindig” válaszok százaléka

	minden esetben nem, gyakran, kevésé mindig		esetfüggő nem, gyakran, kevésé mindig		nehéz betegeket nem, gyakran, kevésé mindig		csoportszelektív nem, gyakran, kevésé mindig	
széles spektrum	98,8	8,6	5,4	21,0	18,4	4,9	57,3	
alacsony compliance	98,7	12,8	15,7	13,4	49,6	33,3	21,6	
kisebb életesélyű	94,1	9,4	17,3	0,3	89,6		88,8	

Az első csoportot (ők a teljes vizsgált kör 23,5 százaléka) mindhárom betegcsoportot gyakran vagy mindig utánkövetik.

A második orvoscsoport (25,5%) ún. esetfüggő elnevezést kapott: mindhárom betegcsoport esetén leggyakoribb válaszuk az „esettől függ” volt, azaz nem betegcsoportok szerint döntenek el, hogy végeznek-e utánkövetést, hanem az adott konkrét beteg a választás fókuszja.

A harmadik, egyben a legnagyobb arányt képviselő orvoscsoport (40,9%) alapvetően a nehéz betegeket, ezen belül is a nagyon időseket, illetve a magas rizikófaktort képviselő környezetbe visszatérőket követi nyomon; a széles spektrumot képviselő betegek nyomonkövetése elsősorban esetfüggő.

Végül a negyedik, egyben legkisebb arányú csoport (10 %) elnevezése csoportszelektív lett, mivel ők egyrészt a csökkent életesélyű betegeiket igen nagy arányban követik nyomon, az alacsony compliance-t képviselő betegek esetében egyharmaduk nem végez nyomonkövetést, illetve egyötödük gyakran, ugyanakkor a széles spektrumban helyet foglaló betegek több mint felét gyakran, a maradékot esettől függően nyomonkövetik. Ez a csoport tehát erősen szelektál a betegek életesélyei valamint szociálpszichológiai státusa szerint.

Megvizsgálva az orvosok leterheltségi szintjeit, azt találtuk, hogy noha az egyes terhelésváriációt képviselő csoportokban az orvosok utánkövetés iránti attitűdje eltérő, alapvetően ezt az attitűdöt nem a terhelés befolyásolja.

Elmondható tehát, hogy az utánkövetés, mint opcionális háziorsos tevékenység során az orvosok alapvetően nem szociális státus szerint döntenek el, hogy mely csoport betegeit kövessék nyomon, hanem elsősorban szakmai, illetve személyes szubjektív preferenciáik érvényesülnek.

A romák betegségarányairól való ismeret

Az adatfelvétel során a háziorsosoknak olyan belgyógyászati betegségcsoportokat soroltunk fel, amelyben ismerjük a romák betegségarányait (lásd 9. melléklet). Megkértük a válaszolókat, hogy betegségcsoportonként döntsék el: az adott betegség a romáknál ritkábban fordul-e elő, az előfordulási gyakoriság azonos-e a nem romákéval, avagy gyakoribb a romáknál.

Az adatok elemzése során a következő eljárást alkalmaztuk. Mivel

nem egyszerűen arra voltunk kíváncsiak, hogy az orvosok általában véve hogyan látják a romák betegségarányait, hanem arra, hogy mi befolyásolja az ezzel kapcsolatos nézetüket, milyen összefüggések fedezhetők fel a vélemények háttérében, nem elégedhettünk meg azzal, hogy betegségcsoportonként hasonlítsuk össze a véleményeket a mérvadó országos roma felvételünk adataival. Ennek megfelelően az eddigi attitűdelemzéshez hasonló eljárást alkalmaztunk, azaz első körben megnéztük, hogy a betegségcsoportok gyakoriságára adott válaszok milyen rejtett változóba rendezik magukat a betegségcsoportokat, vagyis milyen belső csoportosítás alakul ki az egyes betegségcsoportok között.

Az adatokat tehát faktorelemzésnek vetettük alá. Ennek eredményeként a roma és nem roma betegek betegséggyakoriságainak differenciáit illetően öt nagy csoportba rendeződtek a betegségek.

Az első faktorba kerülnek az átmeneti agyi keringészavarok, a magasvérnyomás betegségek, az ischaemiás szívbetegségek, illetve a cerebrovascularis betegségek. E betegségek között a nemzetközi standardok jelentős összefüggést találnak, különösen a hypertonia, a cerebrovascularis megbetegedések, a stroke-ok, illetve az ischaemiás szívbetegségek között. Összefoglalóan a szív- és érrendszeri megbetegedések elnevezést kapta a faktor.

A második faktorba meglehetősen nagyszámú betegség sorolódott: tbc és gümőkór, daganatos megbetegedések, az idült alsó légúti megbetegedések, asztma, gyomor- és bélrendszeri megbetegedések, valamint a máj megbetegedései. A faktorban elfoglalt közös helyet az indokolja, hogy változó erősséggel, de mindegyik erősen összefügg a magas rizikót jelentő életmód, a dohányzás és alkoholfogyasztás, az alacsony minőségű táplálkozás, a rossz lakó- és életkörülmények valamelyikével, vagy egyszerre többel is. Ennek okán ezt a faktort az életmóddal és életkörülményekkel összefüggő betegségek faktorának nevezzük.

A harmadik faktorba kizárólag a vázrendszert érintő betegségek kerültek (deformáló hátgerinc elváltozások, spondylopathiak, csontritkulás).

A negyedik faktort a vér- és a vérképzőrendszer megbetegedései, valamint a vashiányos vérszegénység alkotják. E megbetegedéseket, különösen a romáknál is kiemelkedő szerepet játszó vashiányos vérszegénységet a nemzetközi szakirodalom a fejlődő országok tipikus megbetegedésének tartja.

Végül az ötödik faktorba a nem organikus eredetű a mentális- és viselkedészavarok, valamint a pszichoaktív szerek okozta megbetegedések kerültek; mindkettő erősen összefügg a stressztűrési alacsony fokával, a depresszióval stb., tehát azokkal a tényezőkkel, amelyek erősen együtt járnak a kilátástalan élethelyzetekkel.

A következő lépésben clusterelemzést végeztünk a betegségfaktorok együtthatóival. Mivel a roma népesség egészségére vonatkozó felvételből a nem organikus eredetű mentális és viselkedészavarokra vonatkozó roma arányokat nem ismerjük,⁹ a háziorvosok gyakorisággal kapcsolatos

⁹ Noha más, kisebb mintán végzett felvételek valószínűsítik, hogy a romák körében pl. a depresszió igen magas arányokat ölt, erről jelen elemzésünkben, konkrét és megbízható számadatok híján nem adhatunk számot.

nézeteit nem tudjuk összehasonlítani mérvadó adatokkal, ezért az ötödik faktor score-jait kihagytuk a clusterezési eljárásból (lásd 10. melléklet). Az elemzés nyomán az orvosok négy stabil clusterbe rendeződtek el.

Ahhoz, hogy az egyes clusterekben elhelyezkedőknek a romák betegséggyakoriságairól mondott ítéleteit értelmezhessek, érdemes a borsodi elemzés adatait ehelyütt felidézni. Az adatokat a házi orvosok gyakorisági ítéleteiből kialakult betegségcsoport faktorok átlagai szerint mutatjuk be (a szorzó azt mutatja, a romák betegségarányai mennyivel nagyobbak faktoronként).

	szorzó
szív- és érrendszeri	1,3
életmódból és körülményekből adódó	4,8
vázrendszeri betegségek	2,3
vér, vérképzőrendszeri	14,7

1. Relatív tisztánlátó – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok százaléka

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív- és érrendszeri	–	25,3	74,7
életmódból és körülményekből adódó	–	46,2	52,2
vázrendszeri betegségek	–	67,8	32,2
vér, vérképzőrendszeri	–	66,7	30,4

Az első clusterbe tartozó házi orvosokat relatív tisztánlátóknak nevezzük, mert – legalább is a többi clusterbe tartozókhoz képest – a legtöbb esetben úgy ítélik, hogy a romák betegségarányai az egyes faktorokba tartozó betegségek esetében magasabbak. Ez a csoport a teljes populáció 13,9 százalékát alkotja. Noha a romák mindegyik betegségfaktor esetében nagyobb arányban betegek, mint a teljes társadalom, ezen belül pedig a harmadik világ betegségeként is aposztrofált vashiányos vérszegénység mutatója kiugró, az orvosoknak még e relatív tisztánlátó csoportjában is kevesebben gondolják úgy, hogy a romák gyakrabban betegek ebben a betegségcsoportban. Ugyanakkor ez az egyetlen orvoscsoport, amely tisztán látja, hogy a romák között a szív- és érrendszert érintő megbetegedések aránya magasabb, mint a nem romák között. Elnevezésükben a „relatív” jelző továbbá azért is indokolt, mert a rossz életkörülményekből, illetve a szegényekre jellemző életmódból fakadó betegségek romák közti magas gyakoriságát alig több mint ötven százalékuk tudatosította vagy vette észre. Másrészt ez az egyetlen orvoscsoport, amely egyetlen betegségfaktor esetén sem gondolja úgy, hogy a romák ritkábban betegek, mint a nem romák.

2. Nem érzékeny – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok százaléka

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív- és érrendszeri	6,1	89,0	4,9
életmódból és körülményekből adódó	6,5	79,9	13,6
vázrendszeri betegségek	14,1	83,5	2,3
vér, vérképzőrendszeri	3,8	89,8	6,5

A második clusterbe tartozó orvosok (arányuk a legmagasabb, 46,4%!) alapvetően úgy látja, hogy romák és nem romák az egyes betegségfaktorokban közel azonos arányban betegek. Ebből fakadóan elnevezésük azt tartalmazza, hogy *nem érzékenyek a romák fokozott problémáira*.

3. Életmód és környezet problémák – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok százaléka

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív- és érrendszeri	39,5	59,0	1,6
életmódból és körülményekből adódó	5,2	32,7	63,8
vázrendszeri betegségek	50,4	46,3	3,3
vér, vérképzőrendszeri	2,9	37,4	61,2

A harmadik orvoscsoport két betegségfaktor esetében gondolja azt, hogy a romák betegségaránya magasabb, ezek a rossz életkörülményekkel és táplálkozással, a szegény életmóddal kapcsolatosak. Ugyanakkor ez a csoport (amely a teljes populáció 12,3 százaléka) azt is gondolja, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések a romák között azonosak, vagy éppen ritkábbak, hasonlóan a csonvázrendszeret érintő megbetegedésekhez.

4. Életmód problémák – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok százaléka

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív- és érrendszeri	14,8	81,7	3,6
életmódból és körülményekből adódó	5,0	33,0	62,0
vázrendszeri betegségek	23,3	61,8	15,0
vér, vérképzőrendszeri	31,0	67,0	4,1

A negyedik clusterbe tartozó házi orvosok annyiban hasonlítanak az előző clusterbe tartozókra, hogy jelentősebb hányaduk látja úgy: a szegény életkörülményekkel és életmóddal kapcsolatos betegségek aránya a romák körében magasabb. Ugyanakkor, és az előző cluster csoporttal ellentétben, a vér és vérképzőrendszeri megbetegedések magasabb arányait már nem realizálják. Ők alkotják egyébként a vizsgált házi orvosi populáció 27,4 százalékát.

Összefoglalva: a két utóbbi orvoscsoport azon betegségfaktorok magasabb arányát veszi észre a romák között, amelyek specifikusan és látványosan a romák szegénységéhez kapcsolódnak, miközben a hasonlóan gyakori, ámde a szegénységhez látványosan nem kapcsolható betegségfaktorok kiugrását nem realizálják.

Az adatok összesítéséből látható, hogy a háziorvosoknak összesen a 86,1 százaléka, tehát a többsége két vagy több betegségfaktor esetében nem látja, vagy nem látja eléggé a romák jelentősen magasabb arányú veszélyeztetettségét. Ez annyit is jelent, hogy ebből következően nem látják szükségét annak, hogy a roma közösség tagjai fokozottabban vegyenek részt prevenciók és szűrővizsgálatokon, s hogy általában velük kapcsolatban fontosabbak az olyan beavatkozások, melyek csökkenthetik köztük azon kiemelt betegségek előfordulási arányát.

A következő lépés az okok felderítése, vagyis annak tisztázása, hogy a romák betegségarányaival kapcsolatosan mi mindennel függ össze a háziorvosok látásmódja, illetve hogy milyen oksági tényezők fedhetők fel ezen a téren.

Elsőként érdemes mindazt összefoglalni, ami nem függ össze ezzel a látásmóddal, mégpedig azért, mert a kutatás során feltárt tényezők többsége független ettől! Tehát az, hogy a háziorvosok látják-e a romák magasabb betegségarányait, független:

- a képzettségtől (szakvizsgák száma, továbbképzéseken szerzett összpontszám),
- az életkortól és a kor szerinti mobilitástól (tehát a tapasztalatoktól),
- az ellátott romák arányától (ugyancsak tapasztalati tényező),
- az ellátott települések rangjától és méretétől.

A romák betegségarányairól való ismeret tehát alapvetően független a „kemény” változóktól, ezek nem magyarázzák e tudás mértékét az egyes csoportok esetében. Ugyanakkor találunk néhányat a vizsgált attitűdök közül, amelyek viszont komoly mértékben összefüggnek e tudással.

A romák betegségarányairól alkotott ismeret szerint elkülönülő, egyes háziorvosi csoportok kommunikációs minősége, egyúttal konfliktusainak gyakorisága a szociálisan deprivált, hátrányos helyzetű emberekkel meglehetősen eltérő.

A romák betegséggyakorisága iránti látásmód – a kommunikációs minőség, illetve a konfliktusgyakoriság faktoregyütthatóinak átlagai

	depriváltakkal való kommunikáció	depriváltakkal való konfliktusok
relatív tisztánlátó	0,4280	-0,1215
nem érzékeny	0,0399	-0,0795
életmódbeli és környezet problémák	-0,1765	0,0147
életmódbeli problémák	-0,1942	0,2979

Azok az orvosok, akik relatíve tisztán látják a romák magas betegségarányait, egyúttal az átlag feletti szinten képesek a hátrányos helyzetű emberekkel kommunikálni, illetve átlag alatt fordulnak elő a velük való konfliktusok.

Azok az orvosok, akik nem érzékenyek a romák magasabb betegségarányaira, mindenben az átlagot képviselik. Azok viszont, akik kizárólag a szegény életmódból adódó betegségek gyakoriságát látják, egyúttal át-

lag alatti szinten kommunikálnak hátrányos helyzetű betegekkel, s egyúttal átlag felett számolnak be velük való konfliktusokról.

Azon orvosok, akik a szegény életmód és a hátrányokat jelentő környezet együttes hatásával is magyarázható betegségek gyakoriságát tekintik magasnak, nem számolnak be átlag felett konfliktusokról, viszont a szociálisan depriváltakkal való kommunikációjuk szintje átlag alatti.

A látásmód tisztasága, illetve a kommunikáció és az ezzel szorosan együtt járó konfliktusszint összefügg. Mivel az orvos–beteg viszony kommunikatív térben megnyilvánuló interakció, ezért feltételezzük (és ezt az elemzés meg is erősíti), hogy a tisztánlátás és a kommunikáció között nem oksági viszony van, hanem együttjárás. Végtére is e két tényező egymásra hat, egymást rontja vagy javítja: *ha megfelelő bizalmi viszony van az orvos és hátrányos helyzetű betegek között, valószínű, hogy az orvosnak egyszerűen „jobb a szeme” e csoport sajátos helyzetére és problémáira. Vice versa: ha pl. az orvos nem veszi tudomásul roma betegeinek a problémáit, egyúttal ezzel rontja is a bizalmi viszonyt, tehát rontja a kommunikáció minőségét, és valószínűbbek a konfliktusok.*

A kutatás előkészítéskor végzett interjúk során visszatérő tapasztalat volt egy olyan orvosi érvrendszer, amely azt sugallja, hogy a romák „etnikai sajátosságai” a konfliktusok, illetve a rossz kommunikáció, a rossz viszony forrása. Az interjúkban nyilatkozó orvosok azonban rendszerint az utalásos beszéd fordulataival éltek, nem nevezték meg ezeket a fránya „etnikai sajátosságokat”, ellenben utaltak arra, hogy „mindenki tudja”, hogy milyenek is azok. Az eddigi elemzésekben láttuk, hogy a háziorvosi társadalom egyes részei alapvetően, és az etnikai hovatartozástól függetlenül nem tudnak eléggé kommunikálni a szociálisan deprivált, hátrányos helyzetű emberekkel, vannak konfliktusaik, illetve ezeket a betegeket részesítik alacsonyabb szintű (bár orvosi szempontból lehet, hogy helytálló) szolgáltatásokban. Az orvosi közbeszéd azonban nem a szegénységet teszi felelőssé a rosszabb viszonyért, hanem az etnicitást. Mondhatjuk tehát, hogy a kognitív disszonancia redukció remek példáját látjuk: a konfliktus akkor racionalizálható egy olyan hivatás képviselője számára, akinek hivatásából és elveiből következően nem lehetnének konfliktusai betegeivel, ha képes racionalizálni e konfliktus okát – mégpedig a páciens valamilyen sajátossága mentén. Az ilyen racionalizációnak pedig az etnicizálás, az etnocentrikus előítéletesség meglehetősen gyakori módja.

Melléklet

1. melléklet

	fact1	fact2	fact3	fact4
Nem vagy rosszul kooperáló betegek	-0,1088	0,1505	0,0952	0,8078
Szociálisan periférián élők, szegények	0,1015	0,7610	-0,0599	-0,0208
„Élősködő” páciensek	0,5929	0,1231	-0,0932	0,5107
Cigányok	0,1873	0,7023	0,0703	0,0989
Alacsony iskolázottságúak	0,0719	0,7418	0,0944	0,2347
Nagyon idősök	-0,1567	0,4400	0,5950	0,0082
Fegyelmetlen betegek	0,3421	0,0068	0,1314	0,6718
Teátrális viselkedésű betegek	0,6590	0,2242	-0,0424	0,4205
Munkanélküliek	0,1838	0,7148	0,2261	0,0153
Magas iskolázottságúak	0,8073	0,1824	0,2632	-0,0622
Nagyon jómódú betegek	0,8033	0,1358	0,3297	0,0704
Kvalifikált közepes keresetűek	0,5577	0,1517	0,6249	-0,0301
Fiatalok	0,1879	0,1137	0,7700	0,1147
Nagyon elfoglalt betegek	0,1873	-0,0693	0,7725	0,0853

2. melléklet Vizsgálat eszközök költség szintjét befolyásoló tényezők – clusterek a betegcsoportok faktoregyütthatóinak átlagain

	jó érdek- érvényesítő	deprivált	korspecifikus
érdekérvényesítő képesség a döntő kora, deprivációja döntő	0,692	-0,654	-0,139
alapvetően helyben	-0,254	0,446	1,709
elsősorban depriváció a döntő	-1,523	-0,403	-0,664
	0,421	1,599	-0,544

3. melléklet A rizikófaktor csökkentési szempontból elkülönülő három fő csoport átlagos faktorsúlyai az egyes vizsgálati költség szintet képviselő clustereken

	magas státusúak	veszélyez- tetettek	alacsony compliance
érdekérvényesítő képesség a döntő kora, rizikófaktor fontos	0,02363	-0,30028	0,09503
alapvetően helyben	0,26822	-0,10832	0,25609
a depriváció fontos	-0,07368	0,55838	-0,31590
	-0,28186	0,17611	0,11385

4. melléklet A szociálisan deprivált páciensek rizikófaktor-csökkentő potenciáljának oksági összefüggése az orvosi preferencia clusterekkel (lépésenként végzett lineáris regresszió, béta együtthatók)

	alacsony	közepes	magas
érdekérvényesítő képesség a döntő kora, rizikófaktor fontos	0,1516	0,0000	-0,1950
alapvetően helyben	0,0000	0,1310	0,0000
a depriváció fontos	-0,1047	-0,0763	0,1834
	0,0000	-0,1019	0,1416

5. melléklet *Faktorcsoportok a felajánlott terápia esetén. Összes magyarázott variancia 63 %*

	fact1	fact2	fact3
Nem vagy rosszul kooperáló betegek	0,36252	-0,1221	0,63769
Alacsony rizikófaktor-csökkentő viselkedésűek	0,61205	0,13612	0,26872
Szociálisan periférián élők, szegények	0,77036	0,26970	0,09263
„Élősködő” páciensek	0,03162	0,13446	0,67197
Cigányok	0,64172	0,29007	0,26888
Szakmai kihívást nem jelentő betegek	0,61901	0,19579	0,20200
Alacsony iskolázottságúak	0,78234	0,31162	0,21242
Nagyon idősek	0,68685	-0,03056	0,00329
Fegyelmetlenül betegek	0,19885	0,09778	0,79777
Teátrális viselkedésű betegek	0,09100	0,33247	0,69473
Munkanélküliek	0,65933	0,44580	0,09322
Magas iskolázottságúak	0,18374	0,87092	0,15864
Nagyon jómódú betegek	0,04666	0,84493	0,21069
Kvalifikált közepes keresetűek	0,26979	0,87027	0,15526
Fiatalok	0,45296	0,69722	0,08754
Nagyon elfoglalt betegek	0,45471	0,56738	-0,07004

6. melléklet *Az egyes terápiás szintet preferáló orvosok clusterei a betegcsoportok faktorsúlyain*

	depriváltak	magas státusúak	alacsony compliance	%
magas szintű ellátás mindenkinek	1,1149	0,1815	0,4129	32,9
nehéz betegnek helyben ellátást	-0,6793	1,2940	-0,4624	21,6
alapvetően mindenkit helyben	-0,0707	-0,9228	-1,1518	23,6
alacsony compliance-t hárít	-0,9272	-0,5510	1,0731	22,0

7. melléklet *A gyógyszerköltségek figyelembevételének gyakoriságára adott válaszok alapján a betegek faktorcsoportjai. Megmagyarázott variancia értéke 74 százalék*

	fact1	fact2	fact3
Nem vagy rosszul kooperáló betegek	0,2677	0,1965	0,8280
Alacsony rizikófaktor-csökkentő viselkedésűek	0,3731	0,2319	0,8031
Szociálisan periférián élők, szegények	0,0176	0,8235	0,2360
Biztosítással nem rendelkezők	-0,0130	0,6410	0,3857
„Élősködő” páciensek	0,4036	0,1127	0,7142
Cigányok	0,2001	0,7226	0,2979
Hajléktalanok	0,0257	0,8655	0,0516
Nagyon idősek	0,3865	0,4620	0,3552
Munkanélküliek	0,1782	0,8316	-0,1162
Magas iskolázottságúak	0,8691	0,1164	0,2729
Nagyon jómódú betegek	0,8779	-0,0659	0,1360
Kvalifikált közepes keresetűek	0,8861	0,0828	0,2214
Fiatalok	0,7734	0,2620	0,2500
Nagyon elfoglalt betegek	0,8604	0,1335	0,2799

8. melléklet A gyógyszerköltségek figyelembevételének clusterei – a három betegcsoport faktoregyütthatóin

Cluster	magas státusú	depriváltak	alacsony compliance
szociálisan érzékeny	-0,1972	0,4435	-1,2561
szociálisan, pszichikailag érzékeny	-0,9329	0,3062	0,6515
nem szolidáris	0,0449	-1,9031	-0,0738
mindenkinél figyelembe veszi	1,1785	0,3924	0,5312

9. melléklet A romák betegségarányai. Az adatok azt a szorzót mutatják, hogy az adott betegcsoportban a romák hányszor gyakrabban betegek, mint a környező népesség egésze

	Szorzó
Átmeneti agyi keringészavarok	1,6
Magasvérnyomás betegségek	1,0
Ischaemiás szívbetegségek	1,9
Cerebrovasculáris betegségek	0,6
Tbc, gümőkór	12,9
Rosszindulatú daganatok	1,8
Idült alsó légúti betegségek	1,2
Asztma	6,6
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	5,7
A máj betegségei	0,7
Deformáló hátgerinc-eltérések	4,1
Spondylopathiák	1,5
A csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei	1,4
Vashiányos anémia	14,7
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális- és viselkedészavarok	1,1

10. melléklet Clusterek a betegcsoport faktorok együtthatóinak átlagain

Cluster	szív- és érrendszeri	életmód és körülményekből adódó	csontbetegségek	vér, vértképzőrendszeri
relatív tisztánlátó	1,6911	0,4722	0,2513	0,3731
nem érzékeny	-0,0384	-0,7851	0,0256	0,0209
életmódbeli és környezet				
problémák	-0,9890	0,6394	-0,7407	1,3467
életmódbeli problémák	-0,3487	0,8024	0,1618	-0,8294