

► Korai még jóléti államról beszélni...

A világ fejlett és kevésbé fejlett országaiban egyaránt napirenden van az utángyártott gyógyszerek kérdése. A közeljében jártas magyar állampolgár is ez év júniusától szem és fültanúja az ezzel kapcsolatos parlamenti vitáknak, a gyógyszerpiac körül zajló eseményeknek. Az olyan fogalmak, mint „generikus készítmények”, „a legolcsóbb hatóanyag”- bekerültek hazánkban is a köztudatba. A törvénymódosítás is megtörtént az gyógyszerátogatással kapcsolatban, melynek értelmében júliustól a legolcsóbb hatóanyag támogatására építi társadalombiztosítási filozófiáját. Ahhoz, hogy megértsük, mi kényszeríti az országokat és közöttük Magyarországot is a gyógyszerekkel kapcsolatos lépésváltásra és egyáltalán hogyan értelmezzük egészségügyünk közgazdasági helyzetét, ragyogó eligazításul szolgál Csaba Iván közgazdász elemzése.

folytatás a 6. oldalon ►

► Innovatív contra generikus

Jelentős változáson megy keresztül a gyógyszerpiac, a 90-es évek közepéig tartó biotechnológiai kutatás-fejlesztési vágta megtorpanni látszik. Évről évre csökken ugyanis a valóban újdonságként befogadható molekulák száma. Az FDA (Gyógyszerminősítő- és Vizsgáló Központ – Amerikai Egyesült Államok) 1996-ban 120, 2004-ben már csak 17 új hatóanyagot fogadott be. A nyugati országok öregedő lakossága ugyanakkor egyre több gyógyszert fogyaszt, így a kormányok évről évre több pénzt költenek medcinákra. A költségek megfékezésének egyik leginkább bevált módszere az úgynevezett generikusprogram. Ennek lényege, hogy az azonos hatóanyagú készítmények közül a legolcsóbbhoz igazítják a támogatásokat. Ezt a finanszírozási rendszert több uniós országban is bevezették, ahol láthatóan megnőtt a generikus készítmények piaci részesedése. Hollandiában és Svédországban ma már a piac forgalmának felét a generikus gyógyszerek adják.

folytatás az 5. és a 7. oldalon ►

► Munkahelyi stressz avagy mentális járvány fenyeget

A stressz a mindennapi élte velejárója. Szervezetünk az izgalmi szint fokozódásával reagál az erős, vagy veszélyesnek ítélt ingerekre: a szívrítmus gyorsul, a reakcióidő rövidül, a vér a zsigerekből az agyba és az izomzatba áramlik. A szervezet felkészül a védekezésre vagy megküzdésre. Az egészségünk csupán akkor károsodik, ha a stresszes állapot elhúzódik, vagy ha szervezet nem képes megküzdzeni az őt ért negatív ingerekkel. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének vizsgálatai (Hungarostudy országos reprezentatív egészség felmérés. 1983-ban 6 ezer, 1988-ban 21 ezer, 1995-ben 12.600, 2002-ben 12.600 embert kérdeztek ki) bizonyítják, hogy a krónikus stressznek meghatározó szerepe van, az egészségromlásban és a korai halálozásban egyaránt. A **Magyar Pénztárszövetség (Dr.Skrabski Árpád elnök), a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete (prof.Dr.Kopp Mária egyetemi tanár, igazgató) és a Dimenzió Egészségpénztár (dr. Kricsfalvi Péter ügy.ig.)** közös rendezvényében ez a téma képezte a közelmúltban tartott tudományos konferencia anyagát, ahol többek között előadások hangoztak el a munkahelyi stressz okairól, következményeiről, nemzetközi módszerekről, vizsgálatokról, a munkahelyi stressz kezelési lehetőségeiről, új utak és stratégiákról, lehetséges jogszabályokról az egészségkárosodás elleni védelemben.

folytatás a 4. oldalon ►



Tekintettel arra, hogy ezen lapszámunk egészségpolitikai része gyógyszerkérdésekkel foglalkozik, külön csoportba szedtük a közelmúlt ezirányú információit.

Betegtájékoztatás

Az egészségügyi miniszter 30/2005. (VIII.2.) rendeletet adott ki az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerek címkéjéről és betegtájékoztatójáról.

Az Európai Unió az eltelt évek tapasztalatai alapján módosította az emberi felhasználásra szánt gyógyszerek közösségi kódexét, s e változásokat természetesen követnie kell a hazai szabályozásnak. Mindezek érdekében a rendelet kimondja, mely információknak kell megjelenniük a gyógyszerek csomagolásán, mégpedig könnyen olvashatóan, egyértelműen, illetve mit kell tartalmaznia a betegtájékoztatónak. A csomagoláson Braille-írással is fel kell tüntetni a gyógyszer nevét és hatáserősségét, így a vakok és gyengénlátók számára is lehetővé válik a gyógyszerek önálló, biztonságos szedése. Hazánkban egyetlen évtized alatt megtízszereződött a rendelkezésre álló gyógyszerek választéka, az eligazodás nem csupán a betegek, de gyakran a szakemberek számára is nehézséget okoz. A gyógyszer csomagolásán, illetve a betegtájékoztatóban feltüntetendő adatokra vonatkozó előírások alkalmazásával a hazai betegtájékoztatás színvonala javul. A minőségi, minél kevesebb kockázattal járó kezelés azonban nem érhető el a beteg felelős magatartása, aktív részvétele nélkül. A választáshoz mindannyiunkat megillet a

Kérdezze meg kezelőorvosát és gyógyszerészét...

Miniszteri rendeletek

... és olvassa el figyelmesen a betegtájékoztatót!

„tájékoztatót fogyasztó” státusza. A betegek tájékoztatásában a gyártók, az orvos és a gyógyszerészek együtt vesznek részt, de létezik egy kötelező önrész is, ez a beteg egyéni felelőssége. A rendelet 2005. október 30. napján lép hatályba. A benne foglalt rendelkezéseket első ízben a hatálybalépés után benyújtott forgalomba hozatali engedélyek iránti kérelmek elbírálása során kell alkalmazni. A már forgalomban lévő gyógyszerek esetében a címkézésre és a betegtájékoztatóra vonatkozó rendelkezéseknek a gyártóknak legkésőbb a 2010. december 31-ig kell megfelelniük. *Megjelent a Magyar Közlöny 2005/107. számában.*

A gyógyszerpiac békéjéért

Az egészségügyi miniszter úgy látja, a gyógyszerpiac szereplőinek is érdeke a gyógyszerbéke megőrzése, ezt jelzi, hogy fenntartják a kormánytal tavalay kötött, s 2006 végéig érvényes megállapodást. Rác Jenő a cégekkel folytatott megbeszélést követően az egyik gazdasági napilapnak kijelentette: bízík abban, hogy a gyártók egymás között megállapodnak, s az őket terhelő gyógyszerköltségeket visszafizetik a tb-kasszába. Ám ehhez korrekt forgalmi adatokra, a biztosító gyógyszerkasszája helyzetének ismeretére van szükségük – az erről szóló információkat hamarosan megkapják az egészségpénztártól. A gyógyszergyártók is bizakodók, ugyanis az egészségügyi és a pénzügyi kormányzat vezetőivel tartott tanácskozáson azt tapasztalták, hogy a kormány mindenki számára

elfogadható megoldást keres a gyógyszerkassza túllépésének pótlására – mondta Székely Krisztina, az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének elnöke. A kassza hiányának mérséklésére kötött kormány-megállapodásban az áll, hogy az idei, 284 milliárdos előirányzat 30 milliárdos túllépése esetén a felek fele-fele arányban pótolják a hiányt. Az e fölötti túlköltés összegét a cégek állják. Arról is rendelkezik a megállapodás, hogy évente öt százalékkal nő a gyógyszerbűdzsė. A gyártók szerint azonban a megállapodásban rögzített összeg rossz előrejelzésen nyugszik. A Pénzügyminisztérium ugyanis tavaly 270 milliárdra becsűlte évi gyógyszerkiadását, azonban az 290 milliárd forint lett. Az idei bűdzsét mégis a 270 milliárdos bázis szerint, 284 milliárdra tervezték. A gyártók azt szeretnék, hogy a kormányzat a kassza idei deficitjén való osztozáskor ezt is vegye figyelembe.

Buzás László, a Magyarországi Gyógyszergyártók Országos Szövetségének elnöke úgy fogalmazott: a cégek visszafizetései versenyképességűk megőrzése érdekében egy határt nem léphetnek túl. Az erős forintárfolyam miatt a befizetési kötelezettség a hazai gyártókat erősebben érinti, mint az importálókat. Remélik azonban, hogy a tb-kassza mérséklésére eddig hozott intézkedések – több gyógyszercsoportban az olcsóbb szerek árához szabta a tb a támogatás mértékét – révén az OEP-kassza reális határon belül marad.

egyéb aktuális miniszteri rendeletek a 10. oldalon ►



Az egészségűgy sanyarű helyzetén már számtalan módon igyekeztek segíteni. Ezek egyike a Generikus program, melytől jelentős, az év végéig összesen mintegy 4,3 milliárd forint megtakarítására számít az OEP. Jól járnak ugyanakkor a betegek is, hiszen ha a drágább, originális gyógyszer helyett generikumot választanak, költségeik lényegesen lecsökkennek. Esetenként akár 1 639 forint is lehet a megtakarítása. (pl. Norvasc helyett Tenox) Hogyan érhető ez el?

A mikor egy originális készítmény szabadalma lejár, lehetőség nyílik arra, hogy az más néven, lényegesen olcsóbban forgalomba kerülhessen egy rövidebb, egyszerűbb törzskönyvezési folyamat révén. Előállítása, forgalmazása ettől kezdve bárki számára engedélyezhető, így egyszerre több gyártótól több, azonos hatóanyagű, megegyező, vagy legalább is hasonló hatásmechanizmusű készítmény jelenhet meg egy időben a piacon. Kialakulhat egy, a fogyasztó számára kedvező árverseny. Az eredeti előállítóinak természetesen nem érdeke, hogy gyógyszerkészítménye teljes minőségi és mennyiségi összetételét illetően a generikus gyártók „ölébe hulljon”, de tekintettel az összetevők bármelyike által esetleg kiváltható allergiás reakciókra, az újonnan törzskönyvezett készítmények esetében kötelező valamennyi alkotórész, segédanyag feltüntetése mind a szakmai, mind az úgynevezett betegtájékoztatókon. Ez megkönnyíti az „utángyártók” helyzetét, megkímélve őket a hosszadalmas kísérletezésektől, a preklinikai és klinikai vizsgálatok elvégzésétől. Egyebek közt ennek is köszönhető a generikumok alacsony(abb) árszintje. (Az OEP egyébként – ezt jogszabály írja elő – generikumot csak akkor fogadhat be, ha annak az originális készítménynél harminc százalékkal alacsonyabb az ára.) Az egyes alkotórészek aránya, a pontos mennyiségi összetétel, a „know how”-val egyetemben továbbra is az eredeti előállító és a törzskönyvező hatóságok titka marad, ezért a generikumokat inkább „egymással helyettesíthető, több forrásból beszerezhető” készítményekként tekinthetjük, mint „hasonmás” gyógyszereknek.

folytatás az 5. oldalon ►



A GI (glikémiás index) étrendet már a fél világ jól ismeri és bár azt hihetnénk, hogy eredményessége már nem fokozható, Magyarországra is elérkezett a GI egy továbbfejlesztett változata, a Glücky receptúra. A Glücky™ étrend maximalizálja a GI diéta pozitív eredményeit, azzal, hogy a GI receptúrát az igazoltan nagy részben emésztési renyheségben, és – még ha lap-pangóan is – lisztérzékenységekben szenvedő lakossághoz igazítja.

A GI+, a Glücky™ étrend

A Glücky™ étrendi program a GI étrend egy továbbfejlesztett, gluténmentes változata. Számos vizsgálat igazolta már, hogy emésztési rendellenességeink nagy része liszt- vagy laktózérzékenység, illetve egyéb allergiás betegségek következtében alakulnak ki. Ezért a Glücky™ étrendi program a glikémiás index figyelembe vételével, a vércukor- és az inzulin- szint szabályozása mellett erősíti az immunrendszert, és elősegíti az emésztési rendellenességek és betegségek megelőzését és kezelését. A Glücky™, azaz a GI-s, gluténmentes étrend által csökken a szervezetbe bejutó toxin (glutén), a szervezet felgyorsítja saját öntisztítását, mérgeketlenítést.

Dr. Fajcsák Zsuzsanna – a június elején megjelenő „A fogyás hét lakat alatt őrzött titkai” című könyv szerzője – több éves amerikai GI-s és emésztési rendellenességekkel kapcsolatos kutatásai után kifejlesztette a GI étrend hatékonyságát tovább növelő, az emésztési rendellenességekre is megoldást nyújtó GI alapú, Glücky™ étrendet. A lisztérzékenységek alapuló, az egész lakosságot döntően érintő emésztési rendellenességek orvoslására a GI-étrendet gluténmentesítette, innen ered az étrend „Glücky” elnevezése, amely a glikémiás indexű és a gluténmentes ételek kombinációjára utal. A GI-sen kiegyenlített, lassan felszívódó, és a bélrendszerünket feleslegesen nem irritáló, gluténtől mentes tápanyagok hatására energiával telítődik a szervezetünk, nem jelentkezik az ebéd utáni gyors fáradtság- és álomosságérzet, gyors éhségérzet, ingerlékenység és egyéb kellemetlen tünetek, amelyek nagyon is megkeserítik életünket. A teljesítményoptimalizáló Glücky-Vitalitás menü a Glücky™ megalkotója – Dr. Fajcsák Zsuzsanna - és a 10 éves múltra visszatekintő Food Express közös munkája. A Food Express Glücky-Vitalitás menüje a Glücky™ elmélet szerinti étkezést biztosítja, adagonként 500-600 Kcal-val,

Diéta: Glücky™

így nagy előnye, hogy a világújdonságnak számító Glücky™ életmód magyarországi bevezetésekor már kész menü formájában lehet a Glücky™ ételket fogyasztani.

Kiknek ajánlott a Glücky™ étrend?

- ▷ Súlyproblémával küszködőknek
 - ▷ Üzletebereknek, erős igénybevétel alatt állóknak, tanulóknak
 - ▷ Sportolóknak, aktív fizikai munkát végzőknek
 - ▷ A fogyás utáni súlymegtartáshoz, és az egészséges táplálkozás híveinek
- A Glücky-Vitalitás menüt bárki kipróbálhatja, elkezdheti, semmilyen előzetes orvosi vizsgálat nem szükséges hozzá. Ezen kívül jelenleg nem létezik még egy étrend, amely rendbe hozná az emésztésünket, erősítené immunrendszerünket, és megteremtené fiziológiás és energia-egyensúlyunkat. A Glücky™ étrend ételei garantáltan kiváló minőségű, hagyományos alapanyagok felhasználásával, de sárgaborsólisztból készülnek, így kiküszöbölve minden allergizáló étrendi tényezőt. Az ételek a fehérje, a szénhidrát és a zsír megfelelő GI-s kombinálásával kiegyensúlyozottan tartalmazzák és biztosítják az ebédre ajánlott 500-550 Kcal-t.

A GI (Glikémiás Index) étrend

A GI étrend a fehérje, a szénhidrát és a zsír optimális kombinációiból maximálisan kiegyenlített étrendet képes összeállítani, amelynek nincsenek káros hatásai, sőt éppen ellenkezőleg! Jelenleg a leghatékonyabban, a legeredményesebben és a leggyakorlatiasabban megvalósítható az összes eddigi diéták közül. Ugyanis ez az egyedüli, amely az ételeket – az izek és az állaguk megőrzésével – úgy kombinálja, hogy azok olyan gyorsasággal szívódnak fel a szervezetünkben, olyan mértékben emeljék meg a vér cukorszintjét, és jutassanak minket energiához, ahogy az nekünk a legideálisabb. Nem engedi, hogy felesleges zsírokat rak tároljon a szervezet, így egyenesen a zsírfogyást célozza meg, míg hozzásegít, hogy minél több izmot őrizzünk meg a fogyás alatt. A GI étrenddel úgy tudunk fogyni, hogy közben ízletes

ételket eszünk és éhezünk sem kell, hiszen mindig annyi tápanyag szívódik fel és annyi energiát nyerünk, amennyire éppen szükségünk van, kiegyensúlyozottá válik az energiaháztartásunk, és érezhetően javul a közérzetünk is.

A több éves vizsgálatok során a GI-táplálkozás kutatók kifejlesztettek egy glikémiás index táblázatot, amelyben valamennyi étel glikémiás indexe fel van tüntetve, azaz az a „mértékegység”, amely azt mutatja, hogy az adott élelmiszer milyen gyorsan szívódik fel és emeli meg a vér cukorszintjét. Ez alapján különböztetünk meg magas és alacsony GI-ételeket, amelyek 1 és 100 között kaptak egy mutatószámot. Az egyszerű szénhidrátok magas (70 vagy a fölötti) GI-számot kaptak, mert gyorsan felszívódnak, gyorsan emelik a vér cukorszintjét és könnyebben rak tározódhatnak el zsírként, míg az alacsony (55 vagy az alatti) GI-s ételek lassabban emésztődnek, hosszú időre emelik meg a vércukorszintet, de hosszabb időre nyerünk belőlük energiát.

A zöldségek, a gyümölcsök, gabonafélék, hüvelyesek, dió, mogyoró, tészta tartoznak az alacsony GI-s táplálékok közé. Ezek hosszabb időre okoznak teltségérzetet, így ha diétánk során ezeket a rendkívül egészséges, kiváló élettani hatású, rostban, vitaminokban, ásványi anyagokban, antioxidánsokban gazdag, alacsony GI-értékű táplálékokat preferáljuk, akkor nem leszünk annyiszor éhesek, kevesebb kalóriát kell fogyasztanunk, miközben egészséges tápanyagokat jutattunk a szervezetbe. A fehér kenyér, a sült krumpli, a tejberizs például magas GI-számú, és épp az ellenkezőjét váltja ki, mint az alacsony GI-s táplálékok. Ha ezek dominálnak étrendünkben, az elhízáshoz vezet, amihez a rossz közérzet, állandó éhségérzet, majd különböző betegségek és gyors öregedés járul. Senki ne ijedjen meg, nem kell bizonyult számításokat végezünk és állandóan táblázatokat bújnunk. Amit érdemes szem előtt tartanunk az az, hogy minél több alacsony és minél kevesebb magas GI-s táplálékot vegyünk magunkhoz, ha pedig fogyni szeretnénk, akkor természetesen ügyelnünk kell a kalóriabevitelre is.

W. KOMM. IRODA

Cisztás fibrózis: életminőséget javító terápiás megoldás



A tisztás fibrózis (CF vagy mucoviscidosis) a leggyakoribb, génkárosodáson alapuló, kezelés nélkül korai halálhoz vezető anyagcsere-betegség. Előfordulási aránya a kaukázusi embertípusnál 1:2500 - 1:3500 élve születőhöz viszonyítva. Magyarországon nyilvántartott betegek száma közel 500. A várható élettartam, az elmúlt húsz évben, a kezelési lehetőségek javulásával, a korábbihoz képest jelentősen meghosszabbodott, 3-5 éves korról 30-35 évre emelkedett.

A betegség hátterében álló sérült gént 1986-ban lokalizálták a 7-es kromoszóma hosszú karján, majd 1989-ben a génszakasz aminosav sorrendjét is meghatározták. Az 1480 aminosavból álló gén feladata a sejtek membránjában az ionok megfelelő áramlásának a biztosítása. Cisztás fibrózisban, a gén sérülése következtében ennek nem tud megfelelni, így a sejtek permeabilitási (átjárhatósági) zavara alakul ki, a só és víz áramlása akadályozott. Ez elsősorban a nyálkahártyával borított felszíneken okoz gondot, (légcső, hörgők, belfalak, hasnyálmirigy, ivarszervek) melyeken a normális hig, a felszint nedvesen tartó váladék helyett sűrű, tapadós váladék képződik. A betegség minden tünete ennek következtében alakul ki.

A légutakban keletkező sűrű váladék eltömeszteli a hörgőket, légzési akadályt képez és tápanyagként szolgálva a baktériumok-

nak (staphylococcus, pseudomonas) krónikus gyulladásos folyamatokat indít meg. A Pseudomonas megtelepedése különösen felgyorsítja a betegség progresszióját, mely-lével jelentősen csökken a várható élettartam. Tovább súlyosbítja az állapotot a hasnyálmirigy váladékkal való eltömeszelődése, az emésztő enzimek nem tudják feladatukat teljesíteni, így a táplálék emésztetlenül ürül ki a szervezetből. A betegek kezelése összetett, célja a folyamatok lelassítása, a hiányzó anyagok pótlása, a tünetek csökkentése és ezzel az életminőség javítása.

A tüdőt érintő folyamatok kusterápiája a fertőzést kiváltó kórokozók elleni harc. Ez nyákolódó anyagok inhalációjával és antibiotikus kezeléssel történik. Nehézséget jelent, hogy a hatékonyabb, intravénás antibiotikus kezelést csak kórházi körülmények között lehet végezni, mely erősen befolyásolja a betegek életminőségét. A gyakori két-három hetes kúrák miatt kiesnek normál életritmusból, valamint a kórházakban intragén (környezetből eredő) fertőzésnek is ki vannak téve.

Ennek elkerülését jelentheti az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által idén július 1-től támogatottá vált inhalációs antibiotikum. Az inhalációs alkalmazási módhoz kifejlesztett, a Pseudomonas-ra hatékony antibiotikumot Európa számos országában és az Egyesült Államokban is évek óta használják. Most a hazai betegek számára is hozzáférhetővé vált. Ez a beviteli mód lehetővé teszi, hogy a CF-es betegek kevesebb alkalommal szoruljanak kórházi ápolásra, és kevesebb vénás antibiotikumra legyen szükségük. A kezelést a betegek otthonukban, önmaguk végezhetik, (28 nap inhalálás után 28 napos szünettel). Az új szernek köszönhetően a tüdő gyulladásos folyamatainak csökkenése, a betegek életminőségének javulása és nem utolsósorban élettartamuk megnövekedése érhető el.

» Dr.Hodics Klára «
ELÉRHETŐSÉG A LÁTLELET SZERKESZTŐSÉGÉBEN

Egynapos sebészet

A Multidiszciplináris Egynapos Sebészeti Társaság támogatásával 2005. június 16-18-a között Budapesten Egynapos Sebészeti Kongresszus kezdődik. Az orvostársadalom idei legnagyobb egynapos sebészeti foglalkozó tudományos rendezvényén az eddig felhalmozott tapasztalatokat és eredményeket tekintik át a szakemberek.

Az egynapos sebészet az Egyesült Államokban és az EU egyéb államaiban már jelentősen elterjedt beavatkozás, a választható sebészeti beavatkozások 30-70%-át így végzik el. A Nemzetközi Ambuláns Sebészeti Társaság adatai szerint Angliában és az USA-ban az összes sebészeti beavatkozás 75%-át ambuláns módon végzik, míg Ausztráliában 55-60. Hollandiában 45, Spanyolországban pedig 30-35% ez az arány, és évente emelkedik. Magyarországon ez a részesedés 5% alatti, pedig e beavatkozási formával az egészségügyi ellátás minden szereplője nyer. A beteg élete kényelmesebbé válik, hisz rövidülnek a várólisták és a saját otthonában gyógyulhat, a kórház kihasználtsága jobbá, a TB ráfordítás pedig kisebbé válik, így az állandó forráshiányban szenvedő kassza egyéb egészségügyi ellátásokra csoportosíthatja át a keletkező többletet.

A 90-es évek a világ számos országának egészségügye számára az igazi kihívások és megkorlátások korát jelentették. Az ekkor elkezdődött reformok elterjedését – melyeknek részét képezte az egynapos sebészet is – három fő tényező határozta meg döntően: a technológiai fejlődés, a pénzügyi szorítás, valamint a klinikai gyakorlat változása. Mindazonáltal az egynapos sebészet nem nevezhető újdonságnak, hiszen első szakiroladalmi említése 1909-ből származik.

Definíciója szerint az egynapos sebészet ellátás az a forma, amikor a beteg a műtét napján kerül kórházba, és onnan még a műtét napján távozik. Ezen eljárás

Nyílt nap Debrecenben
GENOMNANOTECH TUDÁSKÖZPONT

A Látlet 4-es számában adtunk hírt arról, hogy 1,7 milliárd forint pályázaton elnyert támogatással Regionális Egyetemi Tudásközpont létesül Debrecenben, a Debreceni Egyetem és 16 - elsősorban helyi- vállalkozás együttműködésével. A központ a GENOMNANOTECH TUDÁSKÖZPONT elnevezést kapta. A Tudásközpontban aktívan együttműködnek a Debreceni Egyetem költségvetési kutatóhelyei és a vállalkozói szféra. A Debreceni Egyetem vezetésével vállalkozások, innovációs szervezetek részvételével erősödik az egyetem alkalmazott kutatási potenciálja, innovációs és tökevonzó képessége, javul a vállalkozások kutató-fejlesztő tevékenysége. Erősödik az egyetem és a gazdaság közötti kapcsolat a régióban, gyorsul a K+F eredmények hasznosítása. Új piacképes termékek jönnek létre. A konzorcium gondoskodik a termékek piaca viteléről is. Így gyorsul a régió technológiai és gazdasági fejlődése, tovább erősödik a kutató-fejlesztő tevékenység, javul a versenyképesség.

A GENOMNANOTECH TUDÁSKÖZPONT nyílt napjának megrendezésére az új Élet-tudományi Épület Nagy Előadó Termében került sor. Dr. Fésüs László akadémikus, a projekt szakmai vezetője a megnyitóban bemutatta a GENOMNANOTECH TUDÁSKÖZPONT megalakulását, céljait. A megnyitót követő előadások a központ tevékenységének megfelelően az alábbi témák köré csoportosultak: • A kémiától a genomikáig (témavezető: Dr. Gergely Pál akadémikus, DEOEC); • Agrárbiotechnológia (témavezető: Dr. Fári Miklós egyetemi tanár, DEATC); • Farmainnováció (témavezető: Szilvássy Zoltán egyetemi tanár, DEOEC); • Orvosbiológiai és nanotechnológiai mérések (Dr. Beke Dezső egyetemi tanár, DETEK)

A bemutatott témák jelentős kutatási potenciállal és tökeerős ipari kapcsolattal rendelkeznek. Az együttműködésben az egyetemek oktató-kutató kultúrája találkozik a vállalatok termelő értékesítő világával. Közös előnyökkel járó együttműködésben fejlődnek tovább megteremtve a jól működő technológiatranszfer feltételeit. A GENOMNANOTECH TUDÁSKÖZPONT nyitott további környékbeli kutatócsoportok, vállalkozások bekapcsolódására. A Központ kutatási és innovációs tevékenysége az Európai Unió 6. K+F keretprogramjával összhangban működik, és jól illeszkedik a tervezett 7. ke-retprogram élettudományi kutatás és technológiafejlesztés programjához is. Ez utóbbi körvonalait a nyílt napon Indridi Benedik-son (EU Bizottság) mutatja be.

A GENOMNANOTECH TUDÁSKÖZPONT nyílt napjának programjából
■ A kémiától a genomikáig • Dr. Gergely Pál akadémikus: „Új eljárások a metabo-

likus szindróma diagnosztikájában és terápiájában: a genomikától a gyógyszerfejlesztésig”; • Prof. Dr. Patonay Tamás: Első lépés a gyógyszerfejlesztésben; • Dr. Úrge László (ComGenxRt. Vezérigazgató): Nagyhatékonyságú gyógyszertervezési és kutatási technológiák integrált alkalmazása; • Dr. Virág László: Molekulakönyvtárak a gyógyszerjelöltek kiválasztásában: HTS (high throughput screening) alkalmazások fejlesztése; • Dr. Nagy László: A metabolikus szindróma vizsgálata genomikai és proteomikai módszerekkel

■ Agrárbiotechnológia: • Dr. Fári Miklós: Molekula Farming és egyéb növény biotechnológiák; • Dr. Pócsi István: A Penicillium antifungális és sziderofor fehérjéi; • Dr. Sipiczki Mátys: Fermentációs startertenyészetek és posztharvest bioprotekciós tenyészetek; • Dr. Jávor András: Molekuláris genetikai módszerek az állat biotechnológiában; • Dr. Fári Miklós: Az Agrárinnovációs Kht. szerepe a RET Agrobiotech programban

■ Pharmainnováció (12.30): • Prof. Dr. Szilvássy Zoltán: Gyógyszergyáron kívüli gyógyszerfejlesztés: innováció és szolgáltatás; • Dr. Kállai Gábor – Adexgo: Innovatív fejlesztő vállalat az egyetemmel
■ Orvosbiológiai és nanotechnológiai mérések: • Dr. Beke Dezső, Révész Csongor: Elektro-nano-technológiai háttérkutatások a National Instruments Europe Kft-be; • Dr. Borbély János, Dr. Hegedűs Csaba: Nanokompozit gélek előállítás.

■ Fogászati alkalmazások és gyógyszerhatóanyag-kibocsátási vizsgálatok: • Dr. Csernátó Zoltán: Revizió és csípő protetika: tudományos kihívások és üzleti elvárások; • Dr. Zsuga Miklós: Önszerveződő gyógyszerhatóanyag hordozók.



keretében jelenleg 273 különféle, de meghatározott típusú műtét végezhető el, fő alkalmazási területei az általános sebészet, proctológia, nőgyógyászati, urológiai, szemészeti, ortopédiai, plasztikai, fül-orr-gégészeti és kéz sebészet. Természetesen az egynapos sebészet körében elvégezhető beavatkozások listája is folyamatosan bővül, és ami eddig elképzelhetetlen volt, mára rutinná vált, így növekszik az igény az egynapos sebészeti műtétek iránt. Fontos tudni, hogy az egynapos beavatkozás választható opció, így annak alkalmazására csak az érintett egyetelmű kérése után kerülhet sor. A páciensek számára kecsgetető ez a választási lehetőség, hiszen nem kell feleslegesen a kórházban maradniuk, így a fertőzésveszély és a beteg pszichés megterhelése jelentősen csökken. Az egynapos

sebészeti beavatkozással gyorsabban, kényelmesebben, rövidebb gyógyulási idővel gyógyíthatóak a betegek, ezzel teljesülnek a modern munkahelyek támasztotta követelmények is – azaz a beteg minél kevesebbet essen ki a munkából. Végül, de egyáltalán nem utolsósorban fontos szempont, hogy az egynapos ellátással összefüggő olyan új műtéti technikáknak – mint pl. az endoszkópos beavatkozások – köszönhetően kisebb megterhelés éri a beteg szervezetét és az apró bemetszésen keresztül elvégzett operáció kevesebb hegképződéssel jár.

Ahogy az egynapos sebészet sem alkalmas minden sebészeti beavatkozás elvégzésére, úgy – és ezt talán kevesebben tudják – nem mindenki alkalmas alanya az ilyen beavatkozásoknak sem. Pontosán a betegek érdekében szigorú kritériumok alapján határozzák meg egy érintett alkalmazását.

Az egészségügyi és fizikális alkalmasság mellett (pl.: kórosan elhízott embereknek nem ajánlható) kötelezően vizsgálandó hogy: • A beteg otthonában telefon biztosított-e? • A beteg higiéniés viszonyai megfelelőek-e? • Lakása nincs távolabbi a kórháztól, mint egy órányi autótú? • Az elbocsátástól számított első 48 órában megvalósított a folyamatos ügyelet (felnőtt hozzátartozó, esetleg otthonápolási szolgálat)?

Ha a megszabott feltételek bármelyike nem teljesül, az egynapos beavatkozási módszer nem alkalmazható. Természetesen vannak kizáró szakmai feltételek is, mint például a várhatóan 120 percnél hosszabb beavatkozás, vagy a transzfúzió (vérátömlesztés) igénye. Több mint 11 éves próbálkozás után jelenleg Magyarországon a társadalombiztosítás 2 év időtartamban, kísérleti jelleggel, összesen 8 intézménnyel kötött finanszírozási megállapodást egynapos sebészet végzésére. A szerződés időtartama alatt mintegy 14000 beavatkozást végeznek el, de a szerződések az idei év végén lejárnak.

OTS CÉGONAL

HÍRINFO

Fehérköpeny hypertonia és pánikbetegség

Az inkorrekt kommunikáció, a compliance és az empátia hiánya számtalan esetben „fehérköpeny hypertoniát” okoz. Arról is tudásunk van, hogy a pánikbetegség s a társuló magasvérnyomás-betegség progressziójában is szerepe van a medicínális környezetben. Úgy gondoltam, hogy háziorvosi tapasztalataimat korrelációba hozva a nemzetközi és hazai tapasztalatokkal, sokak érdeklődésére tarthatok számot.

A fehérköpeny hypertonia

Az a jelenség, amikor az adott betegnél a rendelőben mindig emelkedett értékeket mérünk. Ugyanakkor a 24 órás ambuláns mérések, illetőleg az otthoni saját mérések minden esetben normál értékeket mutatnak. (Alföldi, Verdicchia) A vérnyomás-monitorozások során kiderült, hogy a rendelőkben ellenőrzésre járó hypertonia gondozottak jelentős része normotoniás. a WHO adatai szerint a fehérköpeny hypertonia az enyhe súlyossági csoportba tartozók 33%-ánál, a középsúlyosak 10%-ánál, a súlyosak 3%-ánál fordul elő. Igen súlyos hypertóniásoknál viszont csak elvétve fordul elő.

Praxisomban öt éves követési idő alatt 272-382 között mozgó hypertonia gondozott betegszám mellett majdnem 100%-os compliance-szal és empátiával az alábbiak szerint alakult. (1. táblázat)

Néhány fontos paraméter a praxisomról:

a.) Az átlagéletkor 55 év, ami folyamatosan nő.

b.) Sok a multimorbiditásban szenvedők száma, különösen magas a szív-, magasvérnyomás, és cukorbetegség száma.

c.) A felnőttek 70%-a rendszeresen aethylizál (a nők 66%-a) és dohányzik minden második betegünk (illetve a nők 30%-a).

d.) A praxis 2000-től vesz részt az irányított betegellátási modellben. Ebből adódóan folyamatos és naprakész a szűrési, ellátási, gondozási nyilvántartásunk, s teljes körű prevenciós tevékenységet végzünk.

1. táblázat:
Fehérköpeny hypertonia és a súlyossági fokok

Évek	Eseteink és a betegszám %-ban				
	Enyhén súlyosak	Közepesen súlyosak	Súlyosak	Nagyon súlyosak	Összes hypertoniás betegünk
2000	84 (31%)	38 (13%)	14 (5%)	5 (≥2%)	272
2001	78 (27%)	36 (12%)	12 (≥4%)	5 (≥2%)	287
2002	76 (23%)	36 (≥10%)	10 (≥3%)	3 (1%)	328
2003	72 (20%)	34 (≥8%)	8 (≥2 %)	3 (1%)	355
2004	70 (≥18 %)	32 (≥8%)	8 (≥2 %)	2 (0,5%)	384

Célszerv-károsodást sem találtunk az egyértelműen fehérköpeny hypertóniásoknál, s placebo effektusra utaló jeleket sem. (Mancia) A legmagasabb általunk mért vérnyomás értékelítés 25/15 Hgmm volt a monitorozás során, illetve a rendelőben mérték között.

A pathogenezis nem teljesen tisztázott a fehérköpeny hypertóniánál. Valószínűleg egy presszor-reakcióról van szó, ami a maximumát 4 perc alatt éri el, s 10 perc alatt zajlik le. A korrekt vérnyommérés számtalan esetben differenciáldiagnosztikus. A rendelőben mandzsettával, a karon, legalább 5 pert pihentetés után mérjük, két pert különbséggel átlagban. (Egyesek a 10 percen pihentetést javasolják.)

A fehérköpeny hypertóniások az átlagtól nem neurotikusabbak, nem anxiózusabbak, s depresszióra sem hajlamosabbak. Valószínűleg egy olyan jelenség kialakulásáról van szó, amelyik kezdetben védekező reakció, majd a későbbiekben az orvosi vizsgálatok során fixálódik, az egyénre jellemző módon. Ebből adódóan nincs hozzászokás a vizsgálatokhoz s a reakció sem alszik ki az ismétlések során. Az életkor, a nem vagy a testsúly sem befolyásolja a gyakoriságot.

Diagnosztikus ajánlásaink

- 1.) Az alkalmi rendelői mérések során az említett szabályokat szigorúan betartjuk, betartatjuk.
- 2.) 24 órás ambuláns vérnyomás-monitorozás az enyhe és a középsúlyos esetekben is.
- 3.) A betegekkel való compliance és empátia javítása, az otthoni mérések propagálása. Természetesen a készülék kiválasztásában, a hitelesítésükben aktívan közreműködünk. (A nők által végzett mérések is korrektebb eredményeket adnak.)

A fehérköpeny hypertonia kiszűrése és kizárása nem gazdasági, szervezési vagy orvostechnikai kérdés. Felismerésének jelentős társadalmi, finanszírozási, medicínális és emberi hatásai vannak. A polypragmasiáról, az iatrogéniáról akkor még nem is beszéltem, illetve a felesleges gyógyszerköltségekről vagy a

táppénzköltségekről. A fehérköpeny effektust mindig figyelembe véve elkerülhetjük az inadequát kezeléset, s több időnk, energiánk, lehetőségünk lesz az ellátásra szorultakra.

A pánikbetegség

- A diagnosztikai kritériumokat, a jellemző tüneteket s a kezelési algoritmust valamennyien ismerjük. A vezető, gyakran típusos korrelációban jelentkező tünetek alapján három csoportot különböztetünk meg:
- 1.) Kardinális vagy mellkasi pánik. Jellemző a tachycardia, angina, dyszpnoe.
 - 2.) Neurológiai vagy cerebrális pánik, amikor fejfájás, szédülés, ájulásérzés van.
 - 3.) A gasztrointesztinális vagy hasi pánik. Hányingerrel, görcsökkel és hasmenéssel.

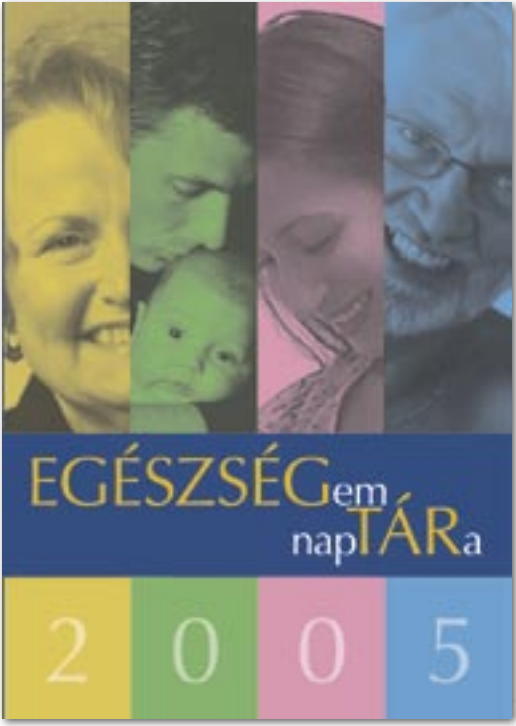
Nagyon fontos a korai felismerés és a kezelésbe vétel, mert ezek híján számtalan irreverzibilis organikus elváltozás alakulhat ki. Pánikbetegeknél szignifikánsan magasabb a cerebrovaszkuláris és a kardinális mortalitás. Ennek a fő oka a gyakori hypertonia. Az évek során ugyanis a nem kezelt pánikbetegeknél a kiugró tenzió fixálódik. Kezeléssel ez normalizálható, amivel csökken a beteg szenvedése, s jól gondozható, szükség szerint rehabilitálható is. Eseteinket az alábbiakban foglaltam össze.

2. táblázat:
Pánikbetegeinknél kiszűrt hypertonia

Évek	Hypertoniás esetünk	Összes pánikbetegünk
2000	1	9
2001	2	10
2002	4	13
2003	6	14
2004	6	16

A szomatikus betegség jelen esetben a hypertonia adekvát kezelése közvetve javítja a pánikbeteg szorongás miliójét. Javulnak az elhárító mechanizmusok, valamint a házi orvos lehetőségei az öngerjesztő szorongás megállításában, a stressz helyzetek feloldásában. Egyesek szerint a betegek hibás viselkedéseit is megváltoztathatjuk, kóros szokásaikat átalakíthatjuk. A rosszul tanultakról a pánikbetegeket is leszoktathatjuk.

» Dr. Salamon Sándor orvosszerkesztő «



Az ez év elején meghirdetett háziorvosi prevenciós pályázatból a Látlelet is kiveszi – amolyan társadalmi munkában – a részét. Az egyik nyertes, a „*Pilis Dunakanyar tengely egészségéért*” háziorvosok általi kistérségi összefogás kommunikációját vállalta fel, amelynek egyik nagyobb lélegzetű bevállalása egy interaktív kiskönyv létrehozása is.

A nyolcezer példányszámban megjelenő és folyamatosan átadásra kerülő kiskönyv – az **EGÉSZSÉGem napTÁRa** – röviden taglalja a népbetegségek rizikótevéteit, – tehát ismereteket terjeszt – tesztjeivel folyamatos ön-megfigyelésre ad lehetőséget, miközben az észrevételek rögzítését, majd megbeszélését feltételezi a családorvossal, sőt a szűréseken való részvételek dokumentálására is alkalmas. Teszi mindezt egyes szám első személyben, az egyén felelősségének bevállalásaként. „*De én tudatos lény lévén, igenis, változtatok, elsősorban életvitelemem. Nemcsak elfogadom, hanem magaménak is érzem, hogy az egészség olyan érték, amelyet a fenyegető veszélyek időbeni feltárásával, az életmódom változtatásával, a szűrési programokon való részvételemmel, aktív közreműködéssel, a háziorvossal történő bizalmi kapcsolatommal magam is befolyásolni tudok.*”

Az **EGÉSZSÉGem napTÁRa** – amely a prevenciós vállalat szakmai útmutatója is egyben – megoldásként különféle módszereket, programokat javasol.





Legyen vérnyomásom
140/90
alatt!

Ma Magyarországon a magas vérnyomás a leggyakoribb népbetegség, kisebb-nagyobb mértékben a felnőtt lakosság mintegy fele érintett. A hipertónia nem megfelelő kezelés esetén olyan súlyos szövődmények kialakulásához vezethet, mint például az *érelmeszesedés, szívelégtelenség, szívinfarktus, agyvérzés vagy vesebetegség*, de a *magas vérnyomás okolható* nagyjából minden nyolcadik hazai halálesetét is. Tudományos vizsgálatok bizonyítják, hogy a 140/90 Hgmm alatti cél-vérnyomásérték elérésével számottevően – akár 25-50%-kal is – csökkenthető a szövődmények kialakulási, és a betegek ezzel összefüggő halálozási kockázata. Az elmúlt évben befejezett számos hazai vizsgálat eredménye, valamint a Hypertonia Regiszter adatai azonban arra utalnak, hogy a kezelt betegek közel 50-70%-a (!) nem éri el a kívánt cél-vérnyomásértéket!

8 | „Éljen 140/90 alatt!” címmel átfogó oktató és beteg-együttműködést segítő program indult hazánkban némely nagyvárosban.

A program célja, hogy az orvosok a képzés során megismerjék a megfelelő vérnyomásértékek fontosságát, és tájékoztassák betegeiket a rendszeres vérnyomás ellenőrzés jelentőségéről. Az érintett betegeknél rendkívül fontos, hogy az orvosi ellenőrzés mellett otthon is mérjék a vérnyomásukat, hiszen ezzel saját egészségükért tesznek.

A betegnek lehetőleg otthon is folyamatosan ellenőriznie kell állapotát, és ha a kapott terápia mellett még mindig túl magas értékeket lát, érdemes kezdeményeznie a gyógyszer váltást a kezelőorvosánál.

Én az országos programból kimaradtam. Valóban kimaradtam? Hát akkor miért kaptam ezt a kis könyvet?! Nem, nekem is el kell mennem a háziorvosomhoz a kardiovaszkuláris szűrés keretében! Még ma időpontot egyeztetek! Telefonáltam (időpont): Ott leszek.

Miért?

Mert a háziorvosom által az én érdekemet szolgáló prevenciós szűrés során lehetőségem van tenni a szív- és érrendszeri kockázat (azaz az érelmeszesedés, a szívelégtelenség, a szívinfarktus, illetve az agyvérzés esélyének valószínűsége) csökkentéséért, a szövődmények kialakulásának megelőzéséért, és a saját túlélési kilátásaimnak javításáért.



9

Munkahelyi stressz avagy mentális járvány fenyeget

► folytatás az 1. oldalról

Hazánkban a rendszerváltás után a munkahelyi stressz rendkívüli mértékben fokozódott, mert hirtelen megváltoztak a munkahelyi körülmények. Ma már szinte járványszerű méreteket ölt a krónikus és kontrollálhatatlan munkahelyi stressz. A stressz bizonyítottan a munka és az egészség rovására megy. A munkahelyi stressz óriási károkat okoz a munkaadónak is, hatására 3,2-szer gyakoribb rövidtávú munkaképtelenség. Ennek csak az egyik oka az, hogy a munkavállaló teljesítménye romlik. Ennél sokkal zsebevágóbb az a tény, hogy milliókba kerül a cégnek, ha a dolgozói lebetegeszenek a stresszbe. De már az is sokba kerül, ha rossz közérzettel, tehát kevésbé hatékonyan végzi a munkáját. A svéd Karolinska Intézet kutatói 3500 dolgozón vizsgálták munkahelyi stressz szervezetre gyakorolt hatását. Megállapították, hogy egy szoros határidővel elvégzett munka leadását követő 24 órában hatszor nagyobb a szívroham veszélye. A férfiaknál 80%-kal nagyobb valószínűséggel betegeszenek meg, ha az előző évben sorozatos munkahelyi konfliktusokkal kellett küzdeniük. A nőknél akkor nőtt háromszorosára a betegség veszélye, ha csökkent a fizetésük. Mindkét nem esetében a munkahelyi felelősség növekedésével jelentősen emelkedik a betegség

kockázata. Ez a vizsgálat is megerősítette, hogy a szívroham nem menedzserbetegség. A cég valamennyi dolgozóját egyaránt veszélyezteti.

Stresszt sok minden okozhat

Például a munkahelyi biztonság hiánya, a túlterheltség, a feladatok torlódása, nem egyértelmű feladat-meghatározás, az ismerés hiánya, a képességek kihasználatlansága, a munkatársak s a főnök támogatásának hiánya és az, ha valaki úgy érzi: nincs befolyása arra, hogyan végzi a munkáját. De stresszt okoz például a kialvatlanság is. Ez ráadásul örökös kör, mert a kialvatlanság okozta stressz tovább erősíti az alvásproblémákat. És mivel a szervezetnek az egyik legfontosabb szükséglete a megfelelő mennyiségű alvás, annak elmaradása gyengíti az immunrendszert is.

Ma már bizonyított, hogy nagyon sok betegségért felelős lehet, ha valaki tartós, megoldatlan helyzetek miatt folyamatosan felfokozott állapotban él. Az újabb kutatások egyre egyértelműbben támasztják alá, amit már mindenki sejtett: a keringési betegségek egyik oka az elhúzódó stressz. A vészhelyzetre a szervezet vérnyomás, vércukor- és koleszterin szint emelkedéssel reagál, tartós stressz hatására ezek az eltérések azonban állandósulnak, és szer-

vi elváltozásokhoz például az erek beszűküléséhez vagy szívmegegyesbódáshoz vezethetnek.

Az Egészségpénztár szív- és érrendszeri szűrésén részt vett tagjaink 40 éves korukban már 50%-ban életminőséget rontó stressz terhelésről számoltak be. Az újabb kutatások, de az egészségpénztár szűrései is azt támasztották alá, amit már mindenki sejtett: a keringési betegségek egyik oka az elhúzódó stressz. A Dimenzió Egészségpénztár kutatásai szerint a stressztől mentes csoportban a hipertonia előfordulása 28,9%-nak bizonyult, míg ez a „stresszes” csoportban 33,2% volt. Nem stresszes csoportban az alvászavar előfordulása 2,2% volt, míg a stresszes csoportban 7,1%. Nem meglepő ezek alapján, hogy mind a nyugtató, mind az altató, mind az antidepresszáns szedése magasabb a kónikus stresszben szenvedők körében. Az elhúzódó stresszhelyzet megnehezíti az olyan egészségkárosító szokásainkkal való szakítást, mint a dohányzás vagy a túlzott alkohol- és édes-ség fogyasztás: ezek ugyanis átmenetileg megszüntetik a feszültséget. Az állandó stressz fáradttá, türelmetlenné és ingerültté tesz, és ezzel megakadályozza, hogy emberi kapcsolatainkból és a mozgás és a játék dinamizmusából nyerjünk elegendő örömet a kiegyensúlyozottsághoz. A korai szívinfarktus és agyvérzés gyakran vezethető vissza erre, de okozhat gyomor és bél-betegségeket, fekélyt, hasmenést, általános diszkomfort érzetet, reumás fájdalmakat, krónikus hátfájást és fejfájást. Az is egyértelművé vált, hogy rontja a daganatos betegségek lefolyását.

A SE Magatartástudományi Intézet felmérése szerint különösen az Észak-kelet magyarországi régiókban magas a stressz okozta korai halálozás. Kiderült, hogy ennek hátterében a hétfégi munka igen jelentős szerepet játszik. Ezek az emberek a szokásos munkájuk után a hétféget nem pihenéssel töltik, így nincs idejük regenerálódni, szervezetük hamarabb elhasználódik és védtelenebbek a betegségekkel szemben. A hétfégi munka, amit a nyugatiak nem is értenek, nagyon komoly egészségkárosító faktor Magyarországon. A korai infarktus és stroke, agyvérzés szempontjából a hétfégi munkát igen szignifikáns veszélyeztető tényezőnek találtuk. A leginkább veszélyeztetett korcsoport, amelyek a munkaerőpiacon a legrosszabb helyzetben van a 45-54 évesek korosztálya. A fiatal korosztályban elsősorban a diplomások között az elvárásoknak megfelelni akarás jelenthet elsősorban stressz tényezőt.

Hogyan segíthetünk?

A stressz csökkentése ma már komoly foglalkozás. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének Pszichoszomatikus Szakrendelése hazánk egyik legelismertebb szakmai műhelye. Felkereshetjük mindazokat, akik pszichoszomatikus zavarokkal, szorongásos- és hangulatzavarokkal, évszavarokkal, alvászavarokkal, szexuális problémákkal küzdenek. Emellett készséggel fogad olyan egészséges felnőtteket, akik szeretnének hatékonyabban kommunikálni, fejleszteni konfliktuskezelő készségüket, eredményesebbek lenni a mindennapi stressz kezelésében, javítani akarják emberi kapcsolataikat, vagyis egészségesebb testi-lelki létre, jobb életminőségre vágnak.

Részletek
prof. Dr.Kopp Mária

Az egészségtudatos magatartás alakításának lehetőségei a munkahelyen

- című előadásából

Az Önkéntes Egészségpénztárak Szövetsége többek között a Szakrendelő szolgáltatásaival bővíti kínálatukat: egyéni, csoportos és családterápiák, szűrővizsgálatok, tematikus készségfejlesztő, egészségmegőrző, stresszkezelő programok állnak a tagok rendelkezésére. Jelenleg a Dimenzió Önkéntes Egészségpénztár a leghatékonyabb, legtöbb megelőzési szolgáltatást nyújtó pénztár az országban. Az Egészségpénztár a hazai és európai grémiumok ajánlásaival összhangban (Európai és Magyar Stroke Társaság, Magyar Gasztroenterológiai Társaság) dolgozta ki egészségmegőrző, betegség megelőző programját, melynek célja a magas rizikójú személyek, illetve a már tünetekkel rendelkezők kiszűrése, és megelőző illetve az egészség helyreállítását célzó programok szervezése volt. Külföldi tapasztalatok szerint e programok olyan változásokat indítanak el, amelyek a már kialakult szervi eltérések is kedvezően befolyásolhatják.

A munkahely lehetősége és felelőssége

Az egészségmegőrző programok, a család és a kisebb nagyobb közösség támogatása mellett magának a munkahelynek van a legnagyobb felelőssége és lehetősége a munkahelyi stressz csökkentésében. Ezt

annyira komolyan veszi az Európai Unió, hogy 2004. október 8-án keretegyezményben szabta meg, hogy a munkáltatónak kötelessége foglalkoznia dolgozói lelki egészségével.

A vállalatok és szervezeti egységeik küldetésnyilatkozatának része kell, hogy legyen a dolgozók egészségéért vállalt felelősség, s ez nem csupán a fizikai, de a lelki egészségre is vonatkozik, mivel a kettő nem választható el egymástól. A vezetők munkaköri leírásának tartalmaznia kell a dolgozók lelki egészségéért vállalt felelősséget is. Szükséges a vezetők ezirányú továbbképzése. Az egészséget támogató munkahelyen a dolgozókat tisztelik, a különbözőséget erőforrásnak tekintik. A dolgozók számára munkavégzésük során megfelelő részvételt, autonómiát biztosítanak. Az egészséget értékek tekintik, és hangsúlyt fektetnek az optimális terhelésre. Segítenek megteremteni az egyensúlyt a különböző életfeladatok között (pl. gyermekes anyák).

Mint láttuk a tartós, kontrollálhatatlan stressz komoly gazdasági károkat okoz a munkáltatónak. A stressz kezelésének azonban nem csupán üzleti, de egészségmegőrző, mentálhigiénés jelentősége is van. Csak így kerülhetjük el, hogy munkatársaink munkájuk során úgy mond frusztrálódjanak, lelkileg elhasználódjanak.

» Dr. Nemeth Erzsébet «

World Psychiatric Association konferencia, Cairo

A munkával kapcsolatos stressz következményei szimposium

- Kopp Mária és Skrabski Árpád meghívott előadók:
- A munkahelyi stressz szerepe az idő előtti szív-érrendszeri halálozásban

1.

Munkanélküliség és túlhaajszoltság

- Fenyvegető munkanélküliség is súlyosan veszélyeztető
- Vitális kimerültség- a magyar halálozás, elsősorban a szív-érrendszeri halálozás legfontosabb háttértényezője
- Nem a stressz, hanem a kontrollvesztés és a krónikus stressz a károsító

2.

Leggyakoribb munkahelyi stresszorok:

- túl és alulterheltség,
- időhiány a munka elvégzéséhez,
- nem egyértelmű feladat,
- elismerés hiánya, büntetés, aránytalansága,
- nincs lehetőség a panaszra
- sok felelősség, kevés döntési lehetőség,
- együttműködés hiánya,
- kevés kontroll élmény
- Bizonytalanság,
- károsító környezet,
- képességek kihasználatlansága.

3.

A munkahelyi stressz összetevői:

Karasek, R., Theorell, T. (1990) Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life, New York, Basic Books

1. Igénybevétel, terhelés mértéke
2. Kontroll, a helyzet befolyásolásának képessége
3. Társas támogatás

Siegrist J (1996) Adverse health effects of high-effort/low reward conditions, J Occup Org Psych 1, 27-41

4. Nagy erőfeszítés/ alacsony jutalom

A munkahelyi stressz következményei

- Önkárosító magatartásformák (dohányzás, alkohol, drog)
- Teljesítményromlás, önértékelés csökkenése
- Ellenségeség, bizalomhiány
- Vitális kimerültség
- Szorongásos tünetek
- Depressziós tünetek - 3,2-szer gyakoribb rövidtávú munkaképtelenség - ennek költségei magasabbak, mint a depresszió kezelése
- Egészségromlás

5.

Az egészséget támogató munkahely jellemzői

- A dolgozók tisztelete
- A különbözőség, mint erőforrás
- Autonómia és részvétel
- A változások megfelelő menedzselése
- Folyamatos tanulás és krízis kezelés, mint fejlődés
- Megfelelő terhelés
- Az egészség, mint érték
- Egyensúly a különböző életfeladatok között (pl. gyermekes anyák)

6.

► az 1. oldal folytatása

Az általános köztudatba a generikum fogalma az OEP 2005. július 1-vel életbe lépett gyógyszerfinanszírozási változtatásaival, illetve az azt megelőző hirdásokkal robbant be. Mind ebből az egyszerű halandó – gyógyszerfogyasztó – azt jegyezte meg leghamarabb, hogy „a változás kb. 1200 termék vonatkozásában térítési díj emelkedést, 200 termék esetében térítési díj csökkenést jelent. Amennyiben a beteg július 1-től a korábban használt gyógyszerrel azonos hatóanyagú vagy terápiásan egyenértékű generikus készítményt választja, gyógyszerköltsége csökken.”

A változások pedig a lakosság jó részét érinthetik, tekintettel arra, hogy azok első sorban az úgynevezett népbetegségek kezelésére való termékkörökre vonatkoznak, úgy mint vérnyomáscsökkentő készítmények, szív- és érrendszeri megbetegedések kezelésére szolgáló készítmények, antidepresszánsok, fájdalomcsillapítók, fekélyellenes, valamint glaukóma ellenes szerek.

A generikus program nem újdonság

Több uniós tagországban kötelező az olcsóbb gyógyszer felírása. Nálunk, az orvosok számára még csak az „ajánlott”-i szinten fogalmazódott meg, a gyógyszerészeknek azonban törvénnyel szabályozottan kötelező az olcsóbb készítmény(ek) felajánlása. – tájékoztatta a Láttelelet Babbkáné Földesi Ilona osztályvezető, a Megyei Egészségbiztosítási Pénztár Gyógyszerügyi Osztályának (Hajdú-Bihar megye) munkatársa.

„1997. évi LXXXIII. Törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól, egységes szerkezetben a végrehajtásáról” szóló 217/1997. (XII. 1.) Korm. Rendelet Vhr. 9. § (1) A gyógyszer, gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatása előtt az azt kiváltó személyt tájékoztatni kell a kiválandó terméknek a támogatással csökkentett áráról.

(2) Amennyiben – a külön jogszabályban előírt szakmai helyettesíthetőség figyelem-

Ki jár jól? Generikus program

bevételével – a gyógyszer más olyan gyógyszerrel helyettesíthető, melynek térítési díja kedvezőbb és rendeléskor az orvos nem zárta ki a helyettesíthetőséget, a gyógyszerész köteles erről a gyógyszert kiváltó személyt tájékoztatni, s egyetértése esetén a terméket helyettesíteni.”

A gyógyszerészek nyilatkozataik szerint

s ezt több alkalommal a recepteket kiváltó betegek is megerősítik – igyekeznek ténylegesen eleget tenni ez irányú kötelezettségüknek. Esetenként, amennyiben a beteg az orvos által rendelteknek kívül egyéb gyógyszer(ek)e)t is kér, a helyettesíthetőség (generikus program) mellett a gyógyszerárakban rendelkezésre álló program segítségével elvégzik az „összehárthatóság” vizsgálatát is, s figyelmeztetnek a különböző gyógyszerek együttes alkalmazásának (szedésének) lehetséges veszélyeire. Anyagi ösztönzésük erre külön, szabályozott formában nincs. Hasznat legfeljebb az jelenthet, hogy az originális, drágább gyógyszerek esetében általában kisebb az árrés, míg a generikumoknál ez nagyobb mértékű. Részükről a generikus program alkalmazása akkor ütközik komoly akadályba, ha a kezelőorvos úgymond „csuklóból beikszeli” a vényen a „nem helyettesíthető” rubrikát. Ebben az esetben program ide vagy oda, nincs joguk eltérni a vényen rendeltéktől.

Az orvosok közül viszont volt, aki arra panaszkodott,

hogy hiába keresi ki páciense számára a tudomása szerinti legolcsóbb gyógyszert,

a gyógyszerárban ezt egy másik, drágább készítményre cserélik, mondván, hogy csak az van készleten. Annak pedig komoly és határozott oka van – nyomatékosította egy háziorvos –, ha a vényen a helyettesíthetőséget letiltja a kezelőorvos. Neki a beteggel szemben kötelessége, azt a gyógyszert, készítményt felírni, amelytől saját szaktudása, illetve páciense igénye szerint a legkedvezőbb eredmény, gyógyulás várható.

Orvosi és gyógyszerészi tapasztalatok szerint egyaránt, valóban az egyik kardinális szempont a gyógyszerek kiváltásánál, azok ára. A beteg szeretne minél olcsóbban hozzájutni a gyógyulását elősegítő gyógyszerhez, mert kevés jövedelemmel rendelkezik, mert egyébként is napi megélhetési gondokkal küzd. Nagyon sokan vannak ezzel így.

Van azonban egy másik szempont is,

amit szintén nem lehet figyelmen kívül hagyni, hogy a beteg minél nagyobb biztonságban érezhesse magát. Ha ugyan is valaki azt tapasztalja, hogy egy-egy problémájára (fájdalomcsillapítás, vérnyomás- , szív- és keringési szabályozása, allergia, stb.) konzekvensen csak mindig ugyanaz a gyógyszer a leghatásosabb, akkor ragaszkodni fog, akár az ártól teljesen függetlenül is a számára biztonságot nyújtó készítményhez, mert a beteg számára mégis a GYÓGYSZER az, ami gyógyulást, állapotának javulását, szinten tartását jelenti. Számára nem kielégítő, nem megnyugtató, ha azonos HATÓANYAG-ot kap azonos dózisban, azonos HATÁS-t is igényel a kapott szertől. A hatás viszont módosulhat, hiszen a generikum nem „klónja” az originális készítménynek.

által adódó megtakarításból való részese-
desben.

Az itt felvázolt kételyekre, problémákra reagálva

Babbkáné Földesi Ilona elmondta, hogy a háziorvost jelenleg csak a rendelési jogosultság (csak szakorvos által felírható) megsértése illetve indokolatlan gyógyszerrendelés esetén marasztalja el a TV. A 2003-ban indított felmérés, azon betegek, akik 15 vénynél többet váltottak be egy hónap alatt, illetve 100 000 forintnál magasabb támogatást vettek igénybe, illetve a háziorvos által utaltatványozott társadalombiztosítási támogatás összegének, a praxishoz tartozó betegek által ténylegesen felhasznált gyógyszerek támogatási mértékének megjelenítése pusztán tájékoztató az orvos felé. Ennek alapján, de ez még csak terv, a későbbiek folyamán esetleg lehetőség nyílik majd valamiféle ösztönzési rendszer bevezetésére a generikus program alkalmazása, a takarékoság érdekében.

A „naprakész” információkkal kapcsolatosan Babbkáné Földesi Ilona a következőket jegyezte meg: A TV által támogatott gyógyszerek listája évente egy alkalommal, mindjárt július 1-jével kerül kihirdetésre az Egészségbiztosítási Közönyben. Ez a következő kihirdetésig érvényben van. A Magyarországon törzskönyvezett gyógyszerekről az Egészségügyi Közlöny Segédlete ad tájékoztatást. Tény, hogy ennek használata eléggé nehézkes, célszerűbb lenne egy hatóanyag szerinti csoportosítású, felsorolású segédlet kiadása. Részükről már született is erre vonatkozó javaslat.

A lakosság számára a gyógyszerek térítési díjáról, egymással történő helyettesíthetőségéről, valamint két gyógyszer együttes használata esetén előfordulható veszélyekről a Doktorinfo kommunikációs rendszer nyújt tájékoztatást. A tudakozó-tanácsadó rendszer a 06-40-374-636-os telefonszámon, illetve a www.drinfo.eum.hu internetes címen érhető el.

» Pigniczki Ágnes «

A gyógyszeripar versenyképessége

Az Európai Gyógyszeripari Szövetségének (European Federation of Pharmaceutical Industries and associations – EFPIA) éves közgyűlésén, melyen több mint 350 európai gyógyszeripari felsővezető, továbbá európai és nemzeti törvényhozók, betegszervezetek, egészségügyi szakemberek és újságírók vettek részt, az új EFPIA elnök – F. Humer – áttekintette az európai gyógyszeripari prioritásokban történt előrehaladást.

„Vezetésem alatt az EFPIA tovább küzd azért, hogy javuljon a kutatás-orientált európai gyógyszeripar versenyképessége, valamint az európai kutatás-fejlesztés és az innováció legfontosabb ösztönzője: a szabályozói és politikai környezet” – hangsúlyozta F. Humer. „Ez segíti az egészségügyi ellátás javulását Európában, új gyógyszereket hoz az európai betegnek, de hozzájárul az innováció vezette gazdasági növekedés »Lisszaboni célkitűzés«-ének, a több és jobb európai munkahely megvalósításához”.

„A szemem előtt egy erős kutatás-orientált európai gyógyszeripar újraépítésének világos célja lebeg, és mint EFPIA elnöknek három prioritásom van: az EU tudományos alapok erősítése, a betegek innovatív terápiákhoz történő hozzájutásának felgyorsítása és az európai egészségügyi piaci környezet javítása” – mondta F. Humer.

„Az európai emberek szerint a jobb egészségi állapot az, ami leginkább képes javítani az életminőségen. Az innovatív gyógyszerek vezető szerepet tudnak és fognak játszani abban, hogy az EU állampolgárok hosszabb, egészségesebb és termelékenyebb életet élhessenek. A központi kérdés az, támogatathatjuk-e azt a politikát Európában, ami korlátozza a hozzáférést a jobb egészségügyi ellátáshoz, beleértve az innovatív gyógyszereket? A válaszom világos: nem!” – fejezte be F. Humer. „Az innováció egy lehetőség a növekedésre és jobb egészségre nem pedig fenyegetés! Európának nem szabad félnie és lassítania az innováció ütemén, hanem támogatnia kell iparágunkat, amely igényekzik az öregedő népesség jelenlegi és jövőbeni egészségügyi igényeit kielégíteni. Együttessen kell munkálkodnunk egy erős, élénk és innovatív gyógyszeripar létrehozásán, ami az európai társadalom, gazdaság és közegészségügy jobbátételén dolgozik, 450 millió művelt ember érdekében.”

Tények és adatok

Az európai kutatás alapú gyógyszeripar 3,5%-ot képvisel az EU hozzáadott értékű gyártásában és 15 százalékot az EU K+F kiadásában. Emellett a legtöbb szabványos ipari mérce szerint jól teljesít pl.:



- foglalkoztatottság: kb. 588.000 európai munkahely, közte 100.500 K+F egység;
 - K+F befektetés: 20.200 millió euró 2002-ben (1990-ben 7.900 euró);
 - kereskedelmi többlet: 36.000 millió euró 2002-ben (1990-ben 7.100 euró).
- Mindemellett az 1990-es évek elejétől kezdve, a kutatás-orientált európai gyógyszeripar veszített versenyképességéből az USA-hoz képest. A 2002-es adatok és 2003-as előzetes adatok megerősítik az európai kutatás-orientált gyógyszeripar sebezhetőségét. Benchmarking és teljesítmény jellemzők mutatják, hogy az USA tovább erősítette az innováció területén meglévő viszonylagos pozícióját.
- 1990-ben a globális kutatás orientált gyógyszeripar még durván 50%-kal többet fektetett be Európában, mint Amerikában. Mára ugyanez az iparág 40%-kal többet investált az USA-ban, mint Európában
 - 1990. és 2003. között a K+F beruházások az Egyesült Államokban négyszeresére növekedtek, míg Európában csak 2,6-szoros volt az emelkedés.
 - 1990-ben az európai cégek még K+F beruházásaik 73%-át realizálták Európában, azonban 2000-ben ez az arány már csak 59% volt.

- 1960-65-ben európai vállalatok a piacra lépő új molekulák (NCE) 65%-át fedezték fel, de a 90-es évek végére ez az arány kb. 35%-ra csökkent.
- Bár az európai biotechnológiai ipar egyenletesen nő, e területen még mindig az amerikai cégek dominálnak. Míg a közvetlen foglalkoztatottság Európában 33.300 főre becsülik, durván 142.900-an dolgoznak e szektorban az USA-ban.
- Míg 1990-ben az európai volt a világ legnagyobb gyógyszerpiaca 37,8% részesedéssel (szemben Észak Amerika 31,1%-ával); addig 2003-ban Észak Amerika a világ gyógyszerpiacának 49,2%-át jelentette, szemben Európa 27,8%-os részesedésével.
- 1992 és 2002 között az amerikai piac 11,8%-kal nőtt évente, jóval meghaladva az átlagos (súlyozott átlagos növekedés 7%) európai növekedést. Az inflációval korrigált értékek még nagyobb különbséget mutatnak, mivel ezek szerint az amerikai piac kétszer olyan gyorsan nő, mint az európai. Ez a piacfeljődés különösen az amerikai cégeknek kedvezett, akik az új molekulák kifejlesztése és az új gyógyszerek eladása terén jelentősen növelték részesedésüket.
- IMS Health adatai szerint az 1998 óta piacon levő új gyógyszerek 70%-át az amerikai és csak 18%-át értékesítik az európai piacon.
- Az EU gyógyszerpiac megosztottsága miatt virágzik a parallel kereskedelem, ami sem a társadalombiztosításnak, sem a betegeknek nem kedvez, viszont az ipartól jelentős, egyébként a K+F-re fordítható forrásokat vesz el. A parallel kereskedelem értékét 2002-ben 4.300 millió euróra becsülték termelői áron.

Túl egyszerű lenne az európai gyógyszeripar hanyatlását egyetlen tényezőnek tulajdonítani. Egészen véve Európa kevésbé vonzó a K+F beruházások számára, mint az USA. Ehhez a gazdasági és szabályozási keretek, a tudományos alap, a beruházási feltételek és a társadalom új technológiákhoz történő hozzáállása egyaránt hozzájárul.

EFPIA WEBSITE

A tettek mezejére léptek

A „21 lépés a magyar egészségügy megújításáért” program keretében megvalósuló Nemzeti Rákellenes Program indításaként **Dr. Rácz Jenő** egészségügyi miniszter, **Dr. Kökény Mihály** kormányfőbizott és **Dr. Szabó László** a Lilly Hungária Kft. ügyvezető igazgatója megállapodást írt alá a WHO által is fontosnak tartott méhnyak szűrőprogram támogatásáról. Az Eli Lilly nemzetközi elnöke, **Dr. Lorenzo Tallarigo** és a Renault Hungária kereskedelmi igazgatója, **Tringer Zoltán** jelenlétében aláírt megállapodás célja a szűrésen résztvevők – a nemzetközi összehasonlításban alacsonynak tekinthető – arányának növelése a méhnyakszűrési programban érintettek között.

A most írásban rögzített együttműködés előzménye az Egészségügyi Minisztérium és a Népegészségügyi Kormány megbízotti Iroda május eleji kezdeményezése volt, melynek során a Nemzeti Népegészségügyi Program célkitűzéseinek támogatására kérések fel a vállalatok. A gyógyszergyártó vállalattal kötött 20 millió forint értékű megállapodás a közvetlen anyagi támogatáson túl magában foglalja a program kommunikációjának teljes körű szervezését és megvalósítását is. A program során a minél nagyobb részvételi arány elérése érdekében az országos, valamint a helyi és regionális elérésű kommunikációs csatornákat is igénybe veszik, és a szűrővizsgálatokon megjelent hölgyek között egy – szintén szponzori felajánlásból származó – Renault Modus személygépkocsit is kisorsolnak majd.

A 2005. szeptemberében induló program során mintegy 2,4 millió 25 és 65 év közötti nőt invitálnak majd szűrővizsgálatra.

(W.Komm.)



A **KENNETH B. MOLL & ASSOCIATES, LTD.** ügyvédi iroda keresetet nyújtott be **valamennyi olyan francia állampolgár érdekében, akik a VioxX fájdalomcsillapító miatt szenvedtek komoly egészségkárosodást vagy esetleg meghaltak.**

A kereset azzal vádolja az amerikai Merck & Co. gyógyszeripari óriásvállalatot, hogy elmulasztotta a VioxX kockázatainak minden részletre kiterjedő kutatását, és a francia vásárlók figyelmeztetését a lehetséges végzetes mellékhatásokra. A VioxX soha sem kerülhetett volna a piac élére állítja Kenneth B. Moll, akinek az irodája tavaly ősszel az első nemzetközi keresetet is benyújtotta a VioxX ügyében.

2004. szeptember 30-án a Merck visszavonta a VioxX-ot valamennyi külföldi piacról, miután tanulmányok mutatták ki, hogy használata háromszorosára növeli a szív- és érrendszeri (stroke) kockázatát. A Merck döntése a VioxX visszahívásáról évekkel azután következett be, hogy a cég először tudomást szerzett a kockázatokról – állítja Kenneth B. Moll. – Franciaországban és szerte a világon számtalan ember

betegedett meg súlyosan és végzetesen, ami elkerülhető lett volna, ha a Merck felülösen cselekszik.

Tavaly egy texasi bíróság 253,5 millió dollárt ítelt meg egy özvegynek, akinek a férje a VioxX szedése után halt meg. Ez az ítélet egyértelműen kimondja a Merck bűnösségét abban, hogy döntései meghozatala során a profitszerzés vásárlói biztonsága elé helyezték – fogalmazott Kenneth B. Moll.

A **KENNETH B. MOLL & ASSOCIATES, LTD.**, egyike a kiemelt perekkel és tömeges magánjogi ügyekkel foglalkozó vezető amerikai ügyvédi irodáknak; az iroda a világ 57 országában a VioxX használóinak tízezreivel vette már fel a kapcsolatot. A jogtörténetben ez lesz az első kereset valamennyi francia fogyasztó képviselőjében egy veszélyes gyógyszer által okozott súlyos megbetegedések és halálos esetek kárpótlása érdekében – állítja Kenneth B. Moll. A Kenneth B. Moll & Associates, Ltd. korábban az olasz, az angol és a kanadai állampolgárok képviselőjében indított jogi eljárást a Merck ellen. A keresetlelvel másolata megtalálható a www.kbml.com weboldalon.

OTS CÉGONAL

GYÓGYSZERÜGY

Csaba Iván közgazdással Mink András, a Beszélő Online internetes újság főszerkesztője beszélgetett az egészségügy állapotáról és a kórház-privatizációról.

► a 1. oldal folytatása

■ Az egészségügy reformjáról vagy átalakításáról idetova negyedszázada beszélnek. Szalai Júlia, Losonczy Ágnes és mások már a nyolcvanas években arról írtak, hogy a magyar egészségügy pazarló és szociális értelemben mélyen igazságtalan. Azóta a helyzet mintha mit sem változott volna, pedig 1990 óta minden kormány ígértet tett az egészségügyi rendbetételére. Idén január közepén jelent meg az Európai Bizottság állásfoglalása, melyben bírálják a magyar költségvetést, és azt írják, hogy a büdzsé rendbetételének egyik fő akadálya, hogy elmaradt az egészségügyi reform. Valóban semmi sem változott 25 év alatt?

– Szerintem érdemes tisztázni, miről is beszélünk. Igaz, hogy az egészségügyi intézmények állapota és a szolgáltatások színvonala továbbra is elégedetlenségre ad okot, ezért látja úgy a közvélemény, mintha semmi sem történt volna. Az is fontos kérdés, hogy törtétek-e olyan áttűtő változások, melyeket sok közgazdász sürget, és ha nem, akkor miért nem. Ahhoz azonban, hogy erre válaszolni tudjunk, arról is gondolnunk kell valamit, hogy vajon van-e az egészségügy működésének, finanszírozásának és szerkezetének olyan ideális modellje, amihez képest a változások mértékét és jelentőségét meg tudjuk ítélni.

■ Van ilyen?

– Nos, megítélesem szerint éppen ez a fő probléma. A rendszerváltás radikális változásokat hozott az élet számos területén. Láthattuk a piaci viszonyok meghonosodását, a privatizáció előrehaladását. Az egészségügy területén nem tapasztalhattunk ilyen radikális átalakulást. A szocializmus korának egészségügyi rendszerét valóban számos kritika érte közgazdasági és szociológiai szempontból is. Közgazdasági szempontból nyilvánvalóan a hatékonyságot kérhették számon, szociológiai szempontból pedig az igazságosságot. Az egészségügyben kétségtelenül nem beszélhetünk olyan típusú privatizációs és piacosítási folyamatról, mint ami az állami, gazdasági élet jelentős részében, a termelő és a szolgáltató szektorban megvalósult. De a kérdés úgy is fölmerülhet, vajon az egészségügy esetében általános konszenzusra talál-na-e az a nézet, hogy ugyanilyen típusú, a magángazdaság irányába eltolódó változásoknak kell végbemennie. Ha csak az európai modelleket vesszük alapul, a kép meglehetősen vegyes. Nem az egészségügy az a szektor, amelyikre a versenygazdaság és a magángazdaság klasszikus viszonyai lennének jellemzők. Az egészségügy az állami beavatkozás tartósan legitim szférájának számít nemcsak az Európai Unióban, hanem az OECD-országokban is. Még az Amerikai Egyesült Államokban is, ahol pedig a legkiterjedtebb a magángazdaság szerepe az egészségügyben, az összes egészségügyi kiadás több mint fele közösségi kiadás, a klasszikus profitorientált kórházi és ellátási hálózat ott is kisebb a nonprofit állami vagy alapítványi formában működő szolgáltatókhoz képest. Tehát egyáltalán nem biztos, hogy ugyanazt a mércét kell alkalmaznunk az egészségügyre, mint más szférákra. Továbbá: amikor Magyarország sok más közép-kelet-európai országhoz hasonlóan intézményszerűen megváltoztatta saját gazdasági, társadalmi, politikai berendezkedését, a legtöbb esetben jól körvonalazott nyugati mintákat követett. A nyugati minták hatása többek között abban is megmutatkozott, hogy ezen országok, amelyek az eladósodással küszködtek, saját gazdasági hitelességük megőrzése céljából a nemzetközi szervezetek – első sorban a Világbank és az IMF – támogatását igyekeztek megnyerni gazdasági programjaikhoz. Léteztek bevett gazdaságpolitikai receptek. Nevezhetjük ezt washingtoni konszenzusnak. Létezett például receptszerű forгатókönyv a nyugdíjreformra is, amelynek a bevezetésében Magyarország az egyik eltanuló volt az 1997-es nyugdíjtörvény elfogadásával, amely létrehozta a többpillérű, a magán-nyugdíjpénztárakra és a kötelező társadalombiztosításra egyaránt épülő rendszert. Az egészségügy esetében azonban nincs olyan recept, amelyik megnyugtató választ ad arra, hogyan nézzen ki az optimális egészségügyi rendszer, amely a makroökonomiai kényszereket is figyelembe veszi. Sőt, még azt sem mondhatjuk, hogy az egészségügyi rendszerek valamilyen megnyugtató egyensúlyi állapot felé haladnának. Ez azonban nem jelenti azt, hogy nem tudunk trendeket kimutatni.

■ Melyek a fő trendek, és ezek tükrében hol tartunk?

– Az a néhány változás, ami a magyar egészségügyben történt, beleilleni látszik a főbb nemzetközi trendekbe. Miközben tehát sok szempontból változatlanságot észlelünk, amelynek talán legaggasztóbb jelensége a hálapénzrendszer továbbélése, érdemes megemlíteni, hogy Magyarország az első között vezette be azt a teljesítményfinanszírozást, aminek az eltelt években megtapasztaltuk a gyengéit és ösztönző hatásait is. Németország és Nagy-Britannia ebben hozzánk képest majdnem egy évtizedes késésben van. A trendekbe illik az irányított betegellátási modell is, amit 1999-től építettek be a magyar egészségügyi rendszerbe, és amihez hasonló megoldások működnek például Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban. Ennek lényege, hogy a biztosító, illetve az egészségügyi pénzügyi források kezelője nem egyszerűen csak finanszírozza az ellátást, hanem egy lakosságcsoport ellátásának különböző szintjeit egységesen kezeli, ellátásszervezői tevékenységet valósít meg. Nagy-Britanniában ez a vásárlói funkció

Látlelet közgazdasági szemmel a magyar egészségügyről...

Korai még jóléti államról beszélni...

kiépítésével, a háziorvosokhoz, illetve azok szervezeteihez telepített egészségügyi költségvetés formájában figyelhető meg.

■ Ez esetben mire vélhető az apokaliptikus hangulat, amely a szektor megítélését általánosan jellemzi?

– A közösségi szolgáltatások színvonalának a társadalmi elvárásokhoz viszonyított elmaradása számos területen érzékelhető. Ez az elmaradás és az ezzel összefüggő növekvő feszültségek nem most kezdődtek. A szocializmus korában a bevezető kérdésben említetteken kívül még egy fontos kritika érte az egészségügyi rendszert, aminek lényege, hogy annak idején úgynevezett „maradékélv” alapján finanszírozták. Amikor a beruházások és fejlesztések egy központban dőltek el, a finanszírozás mértéke egy alkufolyamatban alakult ki. A pártállami struktúrában azok voltak erősebb alkuhelyzetben, akik nagyobb létszámú dolgozói tömeget, így bizonyos értelemben nagyobb politikai és ideológiai befolyást tudtak maguk mögött. A nehézipar tehát prioritást élvezett a szolgáltatásokhoz vagy az egészségügyhöz képest. A kilencvenes években viszont a kormányok kényszerhelyzetben voltak, hiszen a tranzíciós válság körülményei között inkább amiatt kellett aggodniuk, miként tudják megfékezni a közkiadásokat. Így nem csoda, hogy nem nőtt a közfinanszírozású egészségügyre jutó hányad sem. Ez persze már hordozott politikai kockázatot, hiszen az ellátás színvonala keresleti oldalról indukálhatott politikai elégedetlenséget. De ezt a hatást ellensúlyozhatta, hogy az egészségügyre a legesebbezhetőbb társadalmi rétegek vannak leginkább ráutalva, amely rétegek szavazati értéke kevésbé jelentős. A közfinanszírozású egészségügy tehát ismét amilyen Hamupipőke-szerepre lett kárhózzátva. A szavazatmaximalizáló politikus továbbá elmélázhat azon is, hogy a közpénzeket szolgáltatásokra fordítja-e, vagy pedig pénzügyi transzferekre. Sok jel mutat arra, hogy bizonyos politikai körülmények között, és az utóbbi évtizedben Magyarországra inkább ez volt a jellemző, a szavazatvásárlás szempontjából a pénzügyi transzfer, tehát a béremelés, segélyek, jóléti juttatások politikai hatékonysága nagyobb, mint a szolgáltatások fejlesztéséé. Az emberek jobban bíznak abban a pénzben, amit azonnal zsebre vághatnak. Így lehetnek olyan folyamatok, amelyek a „maradékélvet” a parlamentáris demokrácia körülményei közepette is tovább éltetik. Így vagy úgy, de az egészségügyi rendszerváltás után sem szerepelt a prioritások között. Általában azt figyelhetjük meg, hogy a gazdasági rendszerváltás első szakaszában a termelőszféra privatizációja és a piacgazdaság intézményeinek a megteremtése volt az első helyen. A jóléti rendszerek később is csak a strukturális recesszió okozta feszültségek kezelésében kaptak szerepet. De az egyensúlyi zavarok miatt éppen akkor kellett a közkiadások feljére lépni, amikor a foglalkoztatás csökkenése nyomán a legnagyobb nyomás nehezedett a jóléti szektorra, ez pedig elkerülhetetlenül a szolgáltatások, így az egészségügy színvonalának romlásához vezetett. Jól látható ez a folyamat az egészségügyi kiadások alakulásában: az 1995-ös Bokros-csomagot követő időszakban reálértékben is jelentős és a nemzeti össztermékhez képest is kimutatható restrikció ment végbe. Az egészségügyre fordított közkiadások reálértékben 2002-re érték el ismét az 1995-ös szintet. Már ez a tény is alátámasztja azt az elégedetlenséget, hogy az egészségügyi szolgáltatások színvonalára messze elmaradt a szolgáltatás más szféráinak fejlődésétől. Kicsit ahhoz hasonlít ez az érzés, mint amikor földszállunk egy Balaton felé tartó vonatra. Miközben például a kereskedelem vagy a banki szolgáltatások ugrásszerűen javultak, a vonaton mintha időutazást tennénk: visszatérünk a szocializmus húgyszagú, szurtos világába. Hasonló érzésünk lehet, ha belépünk egy kórház kapuján. A helyzetet pedig csak súlyosbítja, hogy a forrásszűkülés olyan időszakban történt, amikor az egészségügyi infrastruktúrában és technológiában robbanásszerű fejlődés volt a világ más tájain. Bizonyos részterületeken, például a vesedialízisben a magántőke beáramlása ellensúlyozta az infrastrukturális beruházások elmaradását, de az alapvető helyzetet ez nem változtatott. Ebből könnyen juthat valaki arra a következtetésre, hogy a fő probléma az, hogy nem költünk eleget az egészségügyre.

■ Valóban ez a fő probléma?

– Ez mindenképpen csak féligazság lenne. Ráadásul, ha az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított arányát vesszük, akkor valamennyire zavarba ejtőek az adatok. Az utolsó, nemzetközileg összehasonlítható, az egészségügy közkiadásait és magánkiadásait összesítő hivatalos adat 2002-re vonatkozik. Eszerint a GDP 7,8%-át költöttük egészségügyre. Vannak számítási zavarok és hibák, de ha ezt az arányt elfogadjuk, akkor úgy tűnik, hogy Magyarország a nemzeti össztermékéhez képest arányaiban többet költ egészségügyre, mint Ausztria, Finnország vagy Nagy-Britannia. Ha közelebbről szemügyre vesszük az adatokat, akkor azt láthatjuk, hogy ezen belül a közkiadások a GDP 5,5%-át tették ki, míg az EU eredeti 15 tagállamában átlagosan 6,4%-ot. A magánkiadások szempontjából Magyarországon ugyanez az adat 2,3%, az EU-ban 2,1%. A közkiadások arányában tehát számottevő elmaradások mutathatók ki, de a közalkalmazotti bérek emelése közel fél százalékpontos növekményt eredményezett. Összességében talán elmondható, hogy az ezredfordulót követően Magyarország közelített a gazdasági teherbíró

képességéhez mért kiadási szinthez, de a 90-es években kialakult egy olyan kiadási deficit, amely a szolgáltatási infrastruktúra leromlását eredményezte.

■ Ezek szerint az semmiképpen sem állítható, hogy az egészségügyi közkiadások egetverően magasak lennének Magyarországon. Akkor miért éppen ezt emelte ki az Európai Bizottság jelentése, mint a költségvetés legnagyobb koloncát?

– Ennek lehetnek formális és tartalmi okai is. Formális szempontból az egészségügyi finanszírozási rendszer az államháztartási hiányt folyamatosan újratermeli azon egyszerű okból, hogy a járulékbévételek nem fedezik az egészségügyi közkiadásokat. Ez azonban sok szempontból csupán egy finanszírozástechnikai látszat. Tartalmi szempontból meg kell különböztetnünk azokat a kritikákat, amelyek igazságossági vagy funkcionális alapon bírálják a jelenlegi állapotokat, azoktól, amelyek első sorban a kiadási oldalról fogalmaznak meg fenntartásaikat. A radikális közgazdászok kimondottan az intézményrendszer, az ösztönzési vagy érdekeltségi rendszer, vagyis a hatékonyság problémáit feszegetik. De mielőtt erre rátérnénk, fontos rámutatni, hogy az önmagában is érdekes vitakérdés, vajon legitim célja-e egyáltalán az egészségügyi reformnak a közkiadások féken tartása vagy csökkentése. Az előbbieken azokat a kifogásokat említettem, amelyek a kiadások elégtelenségére hívták föl a figyelmet. Jómagam nem tartozom azok közé, akik szerint a magyar egészségüggyel kizárólag az a baj, hogy nem jut rá elég pénz, de azok közé sem, akik szerint túl sokat költünk rá. Így nem osztom azok véleményét sem, akik úgy vélik, hogy az egészségügyi reform célja a kiadások csökkentése lenne. Az viszont igaz, hogy manapság, amikor reformról beszélnek, általában arra gondolnak, hogyan lehetne megakadályozni az egészségügyi kiadások nyaklól nélküli elszabadulását a nemzeti összterméken belül. Per-

► a 1. oldal folytatása

Világszerte pártolják a kormányok a generikus programokat, nálunk is kezd teret nyerni a másolatkészítmények támogatása. Egy évtizede nemzetközi jog védi a gyógyszer-szabadságokat – elismerve az innováció költségigényét – mégis csökken a valóban új molekulák száma. A 1980-90-es években jelentek meg azok a vérnyomás- és lipid-csökkentők, pszichiátriai, onkológiai készítmények, amelyek ma a világ legnagyobb gyógyszergyártói bevételeinek oroszlánrészét adják. Ám a sikergyógyszerek nagy részének szabadalmi védettsége ebben az évtizedben lejár, megnyitva az utat az olcsó, generikus készítmények gyártói előtt. A generikus cégek általában korlátozás nélkül gyárthatják ugyanazon hatóanyagokat. E gyógyszerek 70-80%-kal olcsóbbak, mivel a gyártót csak a gyártás költségei terhelik. A generikus gyártók az originális cégek által kifejlesztett orvosságoktól függenek, ám ez utóbbiaknak a fejlesztéshez csak akkor lesz pénze, ha elég hosszú a szabadalom ahhoz, hogy rentábilissá váljon a gyártás.

Gyógyszerszabadalmon egyébként eljárási és termékszabadalom értenőd, illetve minden olyan eljárás, amely a készítmény fontos tulajdonságát megváltoztatja (például egy tablettás gyógyszer injekcióban való előállítás, amennyiben ez jelentős technikai újítás eredménye). Hazánkban 1994-ig a gyógyszer csak a gyártási eljárás alapján élvezett védettséget, a hatóanyag nem. Ez megszűnt, ma hazánkban is védettek az új molekulák. Megfigyelhető, hogy a generikus gyártók a törzskönyvezett készítményt már a szabadalom lejártá utáni napon piacra dobják. Ez úgy lehetséges, hogy jóval előbb megkezdik a fejlesztést, hiszen a molekula másolásának gyártása nem, csak a piacra lépés számít szabadalomtörvényt.

Megfigyelhető a generikus gyártók közötti verseny is, hiszen aki megelőzi versenytársait a generikus készítmény piacra lépésével, dominanciát szerez magának. Legutóbb Lengyelországban a Pliva horvát generikus gyártó lépett piacra risperidontartalmú skizofréniailenes szerével, azonban a hatóanyag eredeti gyártója 2006-ig tartó szabadalmi védettséget meg tudta védeni a bírósági eljárás során, a Plivat pedig jelentős kártérítésre kötelezték. A helyzetet ironizálja, hogy Kelet-Európában a helyi gyártók ugyanolyan kétségbeesett erőfeszítéssel próbálják megakadályozni az olcsó indiai és kínai generikus gyógyszerek piacra lépését, mint teszik azt velük szemben a hatóanyagok eredeti kifejlesztői.

A generikus programokat világszerte pártolják a kormányok, s ennek az az oka, hogy az aktív korú népesség csökkenésével apad a biztosítók kasszája. Nálunk most kezd teret nyerni a generikus program, júliustól a tb több gyógyszerkörben a legolcsóbb árához szabja a támogatást. A gyártók szerint ha a generikus gyógyszerek veszik át a vezető szerepet, akkor az innovatívok nem tudják a további kutatásokat finanszírozni. Ezért az egyik megoldás lehet a fentiekhez hasonló összeolvasztás, illetve piacszerzés. A másik variáció kevésbé elegáns ugyan, de szintén járható út: ez pedig a szabadalmak megtámadása, illetve meghosszabbítása. Az innovatív gyártók abban érdekeltek, hogy a szabadalom minél tovább védje ter-

sze van olyan nézet is, amely szerint az egészségipar a jövő húzóágazata, amely innovációs képességével és a szolgáltató szektorban betöltött fontos szerepével akár a hadiiparéval is vetekedő növekedési potenciált rejt magában. De tény, hogy a fejlett gazdaságokban van egy általánosan megnyilvánuló célkitűzés, ami a nyolcvanas évek eleje óta figyelhető meg, amely meg akarja fékezni az egészségügyi kiadások növekedését, de olyan általános célkitűzéssel én még nem találkozom, amelyik úgy szolt, hogy csökkentsük az egészségügyre fordított összkidadásokat, de még olyannal sem, hogy hosszú távon csökkentsük a közfinanszírozású egészségügy nemzeti összterméken belüli részarányát. A közgazdasági irodalomban ma inkább arról folyik a vita, hogy hosszú távon az egészségügyi kiadások luxus jószágnak tekinthetők-e, vagyis a jövedelem-elaszticitásuk nagyobb-e egynél, azaz egy százalékpénz-növekedés több mint egy százalékpénz-növekedést generál-e. Mindenesetre nem tartom reálisnak, hogy az egészségügyre fordított kiadások nemzeti össztermékben betöltött aránya csökkenjen. Sőt, az elkövetkezendő évtizedekben ez az arány valószínűleg növekedni fog. Az EU bírálata viszont valószínűleg arra is vonatkozik – és ebben Magyarország nem egyedülálló –, hogy a költségkontroll eredetileg meghirdetett célkitűzései nem teljesülnek, azaz az egészségügyi rendszer nem tud átváltani egy olyan minőségi szolgáltatásra, amelyben a közkiadások jobban hasznosulnak. Elejét kell venni annak, hogy olyan nyomás alakuljon ki az egészségügyi szektorban, ami a költségkontroll végletes erőzóját jelentené. Ha az egészségügyi szolgáltatások színvonala nemcsak a kiadás elégtelensége miatt, hanem hatékonysági, szerkezeti okokból sem tud lépést tartani a fejlődéssel, akkor jogos az aggodalom, hogy egy pazarló rendszerben csak nagyon jelentős kiadási növekménnyel lehet fejleszteni az infrastruktúrát. ►

Innovatív contra generikus

méküket, a generikusok pedig ennek ellenkezőjéért dolgoznak. Ez utóbbi első sorban akkor lehet eredményes, ha a kifejlesztett molekula nem újdonság, mint ahogy azt a gyártó állítja. Az Egyesült Államokban erre külön céget alapítanak, a szabadalmaztatott molekulák valódi újításait figyelik ily módon. Az a generikus, amely egy ilyen nem túl eredeti hatóanyagot leleplez, jutalmul hat hónapos monopóliumot kap a piacon.

Generikusprogram és szabadalmi perek

A „gyógyszerpiaci forradalom” Magyarországon is komoly feszültségeket és akár számos szabadalmi vitát gerjeszthet. A következő tíz évben jelentősen átalakulhat a világ gyógyszerpiaca, egyre kevesebb új fejlesztésű hatóanyag kerül ugyanis ki a laboratóriumokból, ezzel együtt 2007-2008-ban több originális medicinának jár le a szabadalma, így a generikus szerek egyre nagyobb szelethez jutnak a piacból. Az unióban és az Egyesült Államokban a kormányok, illetve az egészségbiztosítók inkább az olcsóbb generikus gyógyszereknek kedveznek, így az innovatív gyártók azért tesznek meg mindent, hogy egy adott hatóanyagot minél tovább védje a terméktalálom, míg a generikusok éppen ezt az időszakot szeretnék megkurtítani – a szakértők szerint növekedhet a szabadalmi perek száma. A termékoltalom lejártával a medicina szabadon másolható, a generikus szerek 30-40, de akár 60-70%-kal is olcsóbbak lehetnek, mint az originálisak.

Nem véletlen, hogy a kormány 21 egészségügyi lépésének egyik eleme a generikus program meghirdetése. Ennek a lényege, hogy azonos hatóanyagok esetében a biztosító az olcsóbb gyógyszereket preferálja. Ezt részben a fix díjas támogatási rendszerrel segítenék. Július elsejétől bővült azon medicinák köre, amelyeknél a legolcsóbbra határozóznak a támogatást, és az itt kikalkulált összeget vállalja át az állam a hatóanyagában azonos, ám drágább patikaszer vásárlása esetén.

A termékszabadalom általában 20 évig védi a készítményeket, a gyártónak ez idő alatt kell a kutatásba fektetett pénzt visszaszereznie, ami egy új molekula esetén akár 1,5 milliárd dollár is lehet. Ezzel együtt évről évre csökken az újonnan befogadott hatóanyagok száma; 1996-ban az FDA (Gyógyszerminősítő és -vizsgálati Központ - Amerikai Egyesült Államok) 120 új molekulát engedett szabadalmaztatni, tavaly csak 17-et, ráadásul a következő esztendőben 200 készítmény szabadalma szűnik meg. A szabadalmi oltalom kurtítását részben a szabadalom megtámadásával érhetik el, ez leginkább akkor lehet eredményes, ha a hatóanyag valóban nem jelent újdonságot. Ugyanakkor egységes piaci szabályozás hiányában az unión belül is változik, hogy mely gyógyszert hol véd oltalom.

A szabadalmi viták magyar iskolapéldája lehet az a peres eljárás, amely jelenleg a Merck magyarországi leányvállalata és a Richter Gedeon Rt. között folyik (NAPI Gazdaság, 2005. június 8., 11-12. oldal). A dolog súlyosságát illusztrálja, hogy bár a Fővárosi Bíróság ideiglenesen megtiltotta a Richternek a kérdéses gyógyszer forgalmazását, ehhez azonban a Mercknek – az esetleges kártérítési igények miatt – 3 milliárd forintot kellett letétbe helyeznie.

EGÉSZSÉGÜGYI KIADÁSOK - GYÓGYSZERKÉRDÉS

► Ha ez a helyzet, akkor valóban stabilizálni kell a rendszert. Eközben jelentkezik a növekvő mértékű technológiai nyomás. *Véleményem szerint az az észszerű megközelítés, hogy ha a hatékonyság növelése révén megtakarításokat tudunk elérni az egészségügyben, akkor azt ne adók csökkentésére használjuk föl, hanem új technológiák befogadására.* Azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy öregszik a magyar lakosság. Van tehát megtakarítási kényszer és lehetőség, de ha sikerül megtakarítani, az valószínűleg nem az adó- és járulékkerhek csökkentésében fog megmutatkozni.

■ **Pedig a reform szorgalmazói legfőképp azzal kecsegtetnek, hogy ezzel csökkenthetőek a magas, a versenyképességet is rontó közterhek...**

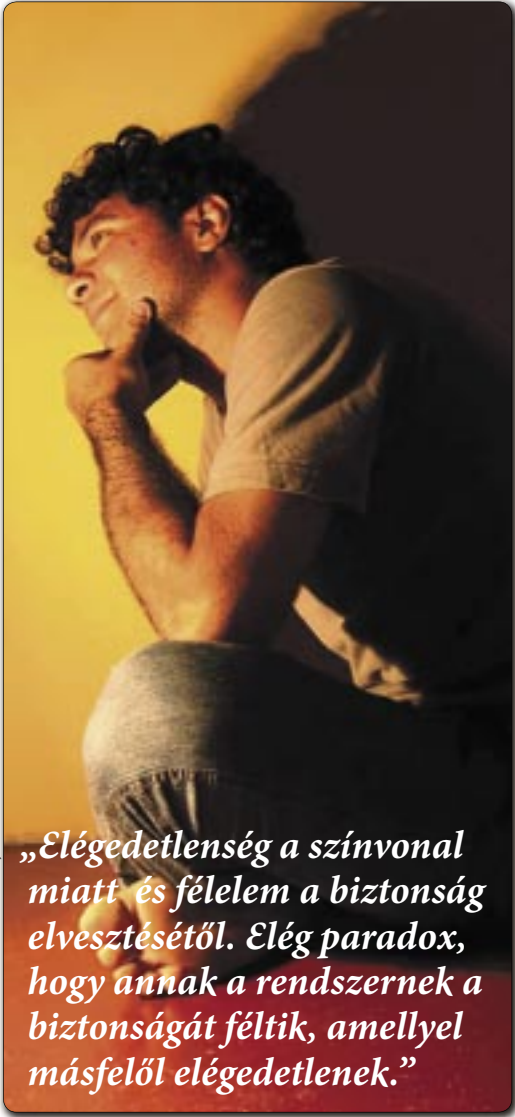
– Csökkenteni más forrásból is lehet. A Pénzügyminisztériumban tavaly nyáron készült egy kitűnő elemzés a magyar közkiadások szerkezetéről. Ebből kiderül, hogy az Európai Unió átlagával összehasonlítva Magyarországon nem a jóléti és egészségügyi kiadások a magasak, sőt ezeken a területeken inkább kimutatható elmaradásunk van. Arányaiban viszont többet költünk oktatásra, az egyházakra, kultúrára, különböző beruházási programokra, gazdasági funkciókra – ebben benne vannak a fogyasztói ártámogatások és az agrártámogatások, melyek indokoltága sok esetben vitatható –, és természetesen a jó öreg államigazgatásra, bürokrációra, önkormányzatokra. Nem azt állítom természetesen, hogy ez mind kidobott pénz, és hogy egyes kiadási programok fenntartása mellett nem lehet meggyőző érveket fölhozni. Mindenesetre a kiadási statisztikák alapján nem tűnik alátámaszthatónak az az állítás, hogy a szociálpolitikai kiadások és az egészségügy képviselné az igazi koloncot az államháztartáson belül. *Ezért a mi esetünkben talán mégis korai koraszülött jóléti államról beszélni.*

■ **Beszéljünk akkor a strukturális problémákról, melyek rontják a hatékonyságot...**

– Az egyik Európában honos alapmodell a XIX. század második felében Németországban kialakult bismarcki rendszer, ami azóta is tartósan életképesnek bizonyult. *Ez az önkéntes, kölcsönös egészségpénztárakból kinőtt nemzeti egészségügyi rendszer.* Ez sok, egymástól is elkülönülő részből áll, első pillantásra egyenesen kaotikusnak tűnik. Az állami szabályozási mechanizmusokat ötvözi korporativista megoldásokkal, de össze-egyeztethető piaci, versenyszerű elemekkel is, noha alapvetően nem piaci alapú. Európában persze más modellek is vannak, illetve ezek különböző hibridjei. A másik alapmodell a nagyrészt általános adókból finanszírozott és köztulajdonban működő ellátórendszerre támaszkodó állami egészségügyi szolgálat modellje. A nyolcvanas évek végén, kilencvenes évek elején szinte mindenhol igyekeztek piaci, versenyszerű elemeket meghonosítani az állami egészségügyi szolgálatok keretei között is. A bismarcki szisztemában is megjelentek versenyszerű elemek. *Noha nem piaci alapú, hanem kötelező biztosításról van szó, és döntően nem profitorientált pénztárakról beszélünk, a több-biztosítás rendszer, amit az SZDSZ idehaza képvisel, eltérő lehetőséget ad az egyik pénztárból a másikba való átlépésre, mégis becsempész egy piaci elemet a finanszírozás oldalán is.* Magyarországon a szocializmus időszakában centralizált állami egészségügyi rendszer működött. Ehhez képest megjelentek nálunk a bismarcki rendszer elemei, ami megmutatkozik abban is, hogy elkülönített pénzügyi alapról, az egészség-biztosítási alapról történik a finanszírozás. A rendszer kritikusai viszont úgy vélik, hogy ez felemás megoldás, mert továbbra is egy nagy társadalombiztosító van, ami valamilyen egyvelege az állami egészségügyi rendszernek és a bismarcki modellnek. Tehát nálunk van egy nagy egészségbiztosítási alap, amelyik összekapcsolódik egy meglehetősen szegregált szolgáltatói oldalal, ami alapvetően önkormányzati tulajdonban lévő ellátóintézményekből áll, mivel az önkormányzati törvény az egészségügyi ellátás felelősségét az önkormányzatokra testálta. Azonnal megmutatkoznak az önkormányzati rendszer szétpaprózottságának és a koordináció nehézségeinek a problémái. Ezért súlyos feszültség érzékelhető egy alapvetően decentralizált szolgáltató és egy centralizált finanszírozó struktúra között. Az állam persze időnként igyekszik közvetlenül is beavatkozni, ezért hozták létre például az ÁNTSZ-ek közvetlenül a kormányzatához kapcsolódó hálózatát. Mindenesetre megalapozottan lehet érvelni amellett, hogy érzékelhető egy folyamatos feszültség a bismarcki hagyomány felemás adaptációja és az állami egészségügyi rendszer struktúrája között.

■ **Talán ezért állítják sokan, hogy az eddigi reformlépések ad hoc jellegűek voltak, amelyek nemigen mutatnak egy irányba, inkább növelik a káoszt és az átláthatatlanságot...**

– Rendben, de azért azt a közhelyet nem árt leszögezni, hogy az egészségügy hihetetlenül bonyolult rendszer. Ráadásul olyan rendszer, amelyikben bármelyik megoldást választjuk is, mindenképpen szembesülünk a piaci kudarcok problémáival és ennek káros hatásai-val, vagy pedig a kormányzati, bürokratikus kudarcok problémáival, vagy, mint például a magyar esetben, ezek sajátos kombinációjával, a hálapénzzel, ami nem más, mint a piaci és a bürokratikus kudarcok egyvelege. Csak akkor van értelme arról beszélni, hogy a változtatások ötletszerűek, ha ismerjük azt az ideális receptet, amihez képest azok. Ha van képzetünk arról, hogy létezik valami olyanmi, hogy az egészségügy át-fogó reformja, amit nagyon okos emberek részletekbe menően át tudnak gondolni, és aztán nekilátnak pont-ról pontra megvalósítani. Én viszont úgy gondolom, hogy egy ilyen bonyolult rendszer esetében ilyen átfogó, a végpontot egyértelműen kijelölő vízió nem létez-



„Elégedetlenség a színvonal miatt és félelem a biztonság elvesztésétől. Elég paradox, hogy annak a rendszernek a biztonságát féltik, amellyel másfelől elégedetlenek.”

FOTO: NARA VIEIRA DA SILVA OSGA, BRAZÍLIA

het. Az utóbbi két évtizedben szinte mindent eluralt valamiféle társadalommérnöki várakozás és illúzió: ha valamivel baj van, akkor ott valami nagy-nagy reform-mot kell csinálni. Meglehet, hogy ez más területekre érvényes, az egészségügyre nem. Valamikor a kilencvenes évek elején jelent meg egy tanulmánykötet az oktatásról, melyet jeles szaktudósok jegyeztek, aminek az volt a címe, hogy Csak reformot ne! Láttam a saját szememmel olyan országot, Nagy-Britanniát, ahol minden évben végrehajtottak egészségügyi reformot, és mondhatom, ami ott folyt, az kész örület. Ez jó illusztráció lehet arra is: a reformok sokat árthatnak azzal, hogy teljesen elbizonytalanítják a szereplőket. Az én felfogásom szerint az ideális reform egy komplex rendszer esetében lehetőséget ad az önmozgásra, az önkorrrekcióra és a szereplőknek a tanulásra. Figyelembe veszi, hogy nem lehet tabula rasát csinálni, és hogy egy ilyen többszereplős rendszerben építeni kell a múltbeli tudásra, a múltbeli intézményekre. Az egészségügyi reformoknak lehetőséget kell adni arra, hogy mozgásba lendítsék a szereplőket, akár úgy, hogy a helyi innovációk útján meglepetéseket is okoznak a reformereknek. Miközben a leegyszerűsített reform-retorikával tehát nehezen tudok azonosulni, az is aggodalomra adhat okot, hogy a kormányfőváltás óta, továbbá az ellátásszervezői reformjavaslattal napirendről való lekerülése óta a fennálló viszonyokat konzerváló nézetek látszanak uralkodóvá válni.

■ **A tavaly decemberi népszavazás kórház-privatizáció-val kapcsolatos eredménye viszont azt mutatta, hogy az emberek a kis lépésekből sem nagyon kérnek...**

– Természetesen minden reform esetében számolni kell azzal, hogy miközben hosszú távú, kormányzatokon átívelő változásokat kíván előidézni, a politikai feszültségek és kockázatok rövid távon jelentkeznek. Ezért érthető, hogy a kormányok ódzkodnak tőlük. Ebből az következik, hogy szélesebb konszenzusra volna szükség. *De a fő kérdés mégis az, hogy mi lenne a reform célja, és ma Magyarországon erről sincs szakmai és politikai konszenzus.* Elméletileg különböző célokat lehet beazonosítani. Az egészségügy legyen olcsóbb. Vagy: honosítsuk meg itt is a magántulajdont és a piacgazdaságot, ami persze furcsa cél, mert a piac csak egy eszköz. Van, aki szerint a reform célja az kell, hogy legyen, hogy hatékonyabban érvényesítsük a társadalmi egyenlőség szempontjait. Mások szerint az egészségügyi reform célja az, hogy javítsuk a lakosság általános egészségi állapotát. Ezek mind értelmes célok, de az egyes célokhoz rendelhető megoldások nem feltétlenül esnek egybe. A fogyasztói preferenciákat hangsúlyozó és a fizetőképes kereslethez differenciáltan igazodó egészségügyi rendszer víziója és a szükségletekben, illetve a szükségletek értékelésében gondolkodó társadalompolitikai megközelítés között nehezen feloldható feszültség áll fenn.

■ **A centralizáció-decentralizáció feszültségeiről már esett szó. Milyen más strukturális feszültségek vannak?**

– A centralizáció-decentralizáció problémájával csak arra akartam utalni, hogy nálunk a bismarcki és az állami egészségügyi rendszer logikája keveredik, gyakran ellentmondásos módon, de hozzá kell tegyem, ebből nem következik, hogy valamiféle vegytiszta rendszert kéne előállítanunk. A másik jól beazonosítható feszültségforrás, hogy a magyar egészségügyi rendszer még mindig alapvetően kórházcentrikus. 1996-ban ugyan sor került egy mechanikus ágyszám-csökkentésre, de az alapszervezetek ez nem változtatott, és még mindig jelentős többletkapacitásról beszélhetünk. Ehhez ké-

pest Magyarországon minőségében és tartalmában elégtelen a járóbeteg-ellátás, igen korlátozott a napi sebészet szerepe, amelyik más országokban domináns szerepet kezd betölteni a tervezhető sebészeti beavatkozások területén. Súlyos gond, hogy nálunk még mindig nagyon alacsony szintű az alapellátás betegmegtartó képessége: azokat a betegeket, akiket az alapellátásban is el lehetne látni, továbbküldik szakorvoshoz, akiket pedig lehetne kezelni járóbeteg-szakrendelésen, a kórházi fekvőbeteg-ellátásba terelik. Ez egy feje tetejére állított struktúra, annak ellenére, hogy a kilencvenes évek eleje óta jelentős erőfeszítéseket tettek annak érdekében, hogy nőjön az alapellátás, a háziorvosi ellátás presztízse. Egy szétaprózott rendszer tünetei ezek, amelybe nincs beiktatva olyan szereplő, aki nem valamely egészségügyi intézmény, hanem egy lakosságcsoport ellátásának a menedzsere. Az irányított betegellátás bevezetése ezt a hiányt részben elkezdte pótolni, de még ma is az a jellemző, hogy aki teheti, nem a rendszerre bízta magát, hanem ismerőseihez fordul, akiknek pedig nincsenek ilyen kapcsolatai, azok meg olykor hoppon maradnak. Tehát van egy bonyolult, áttekinthetetlen rendszer változó és kiszámíthatatlan minőséggel, amit nem is ismerünk, amelyikkel szemben önmagunkat kiszolgáltatótnak érezzük, és próbáljuk valamilyen szinten megszervezni a saját ellátásunkat.

■ **Mi a helye és a szerepe a hálapénznek a rendszerben? Egyáltalán mekkora hányadát képviseli az egészségügyi „kiadásoknak”?**

– A mértékére nagyon nehéz becslést adni. Egyes számítások szerint évente 30–60 milliárd forint közé tehető a hálapénz összege, ami a szűkebben vett szolgáltatási kiadások 5–10%-át képviseli. Mindenesetre meglehetősen, hogy a hálapénz ennyire szívósan tartja magát. Ebben nyilván szerepe van a hiánygazdaságból örökölt reflexnek, amikor a jó farmert, a jó magnót és a rendes orvost is csak pult alól lehetett beszerezni, de talán ez valamiféle agrárius-feudális hagyomány megnyilvánulásának is tekinthető, amikor az emberek úgy tekintenek az orvosra, mint varázslóra, akinek a jóindulatát nem árt külön megvásárolni. A hálapénz szempontjából Magyarország még a hozzáán hasonló helyzetben lévő volt szocialista országokhoz képest is minden bizonnyal extrém példa. A hálapénz-jelenség érdekessége az, hogy a magyar egészségügyi rendszer elégtelen működése szempontjából nemcsak következménynek tekinthető, hanem legalább annyira számos anomália okának is. Például jórészt ennek köszönhető az osztályos rendszer szívós fennmaradása is: a szakma meghatározó szereplői kisebb, hálapénz-vadászatra alkalmas feudumokra osztják föl egymás közt a terepet. Több más ponton is torzító hatással bír, hiszen például a pazarlás egyik fő forrása. Az orvos a saját bevétele szempontjából kalkulálja a tevékenységek és a felhasználandó erőforrások költségeit, miközben ezeknek az erőforrásoknak nem ő a gazdája. Így állhat elő az a helyzet, hogy miközben a csod szelére kerülhetnek intézmények, az orvos magas plusz jövedelemre tehet szert a hálapénz révén. Jól látható a gazdaság és szegénység, a kiszolgáltatottság, a pazarlás és a szűkösség különös szimbiózisa, amit a hálapénz tart egyben. *De miközben a hálapénz virul, az utóbbi években megjelent egy új korrupciós forma, ami lassacskán túlszárnyalja a hálapénz mértékét is, nevezetesen a beszállítói korrupció.*

■ **Ez mit takar?**

– A beszállítói korrupció nem más, mint amikor a nagy, egészségügyi eszközöket, gyógyszereket gyártó és forgalmazó cégek különféle kedvezményekkel és juttatásokkal ráveszik az orvosokat arra, hogy az ő termékeiket rendeljék meg, írják föl, és így igyekeznek növelni a piaci részesedésüket. Ennek mértékéről még olyan hozzávetőleges becsléseink sincsenek, mint a hálapénzről, de annyi bizonyos, hogy megállíthatatlanul és nagy sebességgel tenyészik.

■ **Mi van a jelenség hátterében?**

– Van egy közfinanszírozási egészségügyi rendszer, ahol a szolgáltatói oldalon gyenge tulajdonosok vannak, a másik, azaz a kínálati, beszállítói oldalon pedig tőkeeros multik, akik a korrupció változatos formáit fölhasználva próbálják az utalványozó orvosokat megnyerni. Ma már az sem ritka, hogy kvázi-szerződéseket kötnek, amiben a fölírt gyógyszer mennyisége után az orvos részesedést kap. Ezeknek a kiadásoknak a tetemes részét közvetlenül a gyógyszerkassza állja, másik részét az ellátó intézmények, a kórházak tulajdonosa, vagyis az állam, illetve az önkormányzat. Természetesen a végén a járulékfizetőkön, vagyis rajtunk csattan az ostar. A jelenséget értelmezhetjük a gyenge tulajdonosok által felügyelt köztulajdon korrupciós megcsapolásaként. Egy másik megközelítés alapján pedig az úgynevezett „harmadik fél fizet” problémájának kóros leképeződéséről beszélhetünk. A beszállító és az orvos extraprofitját egy, a tranzakcióban részt nem vevő és azt befolyásolni nem tudó fél, a biztosító, végső soron a járulékfizető állja. Lényegében a biztosítás egyik alapproblémájáról van szó. *Nem a felhasználó viseli közvetlenül a költségeket, és egy olyan szereplő dönt, aki szaktudása okán domináns szerepben van, és szinte korlátlan a lehetősége arra, hogy a költségeket egy harmadik félre hárítsa.*

■ **Hogyan lehet ez ellen védekezni?**

– Az egyik lehetőség az, hogy az állam megpróbálja szabályozni például a gyógyszerpiaci kínálatot, különféle ösztönzőkkel igyekszik rávenni a felhasználókat a generikus gyógyszerek alkalmazására, amelyek olcsóbbak. Magyar viszonylatban ennek azért is van különös jelentősége, mert a magyar gyógyszeripar

talpon maradását éppen a generikus gyógyszerek gyártása biztosította. A másik, amivel operálni lehet, hogy a költségeket valamilyen módon a döntéshozóra, vagyis a megrendelőre terhelik. Erre volt kísérlet például a briteknél, ahol a háziorvoshoz telepítették a körzetbe tartozó lakosság gyógyszerkasszáját. Az orvos ebből a kasszából gazdálkodhatott, és ha megtakarítást ért el, azt a saját szolgáltatásaira átcsoportosíthatta. Ezzel érdekeltté tették a megtakarításban. A magyar irányított betegellátási rendszernek szintén része a gyógyszerkassza döntéshozókhoz való telepítése. Így tehát megint oda jutunk el, hogy a betegellátás költségérzékeny menedzselésére van szükség.

■ **Beszéljünk a tavaly decemberi népszavazás kissé elégedett kérdéséről, a kórház-privatizációról. Hogyan szavaztál?**

– Nemmel szavaztam, vagyis nem támogattam, hogy állítsák le a privatizációt az egészségügyben, és hogy mindenképpen maradjanak a jelenlegi szolgáltatók az önkormányzatok tulajdonában.

■ **Mi volt ennek a szavazásnak a tétje? Mit akadályozhatott volna meg, ha érvényes, és helyes lett volna-e azt a várható fejleményt megakadályozni?**

– Abban az értelemben, ahogyan ezt megpróbálták sulykolni, hogy valami radikális és ellenőrizhetetlen privatizációs folyamatnak kellett az utolsó pillanatban elejét venni, nem volt tétje. Többek között azért sem, mert ennek a privatizációs folyamatnak a föltételei meglehetősen korlátozottak a mai rendszerben.

■ **Milyen feltételek nem adóttak?**

– A jogi feltételek részben adóttak, mert jelenleg az önkormányzatok elvben szabadon rendelkezhetnek a tulajdonukkal, ami pedig a nem önkormányzati tulajdonban lévő szolgáltatókat illeti, azokra is az államháztartási törvény által megfogalmazott általános privatizációs szabályok vonatkoznak. Tehát ebben az értelemben nem beszélhetünk jelentős jogi korlátokról. A gazdasági korlátok azonban már jelentősebbek: a jelenlegi finanszírozási rendszerben – többek között azért, mert elkülönül egymástól a működési és a beruházási kiadások finanszírozása – a magánbefektetések megtérülési kilátásai meglehetősen korlátozottak. Ha még ettől a problémától el is tekintünk, komoly közgazdász a legjobb lelkiismerete mellett sem lett volna képes a népszavazási kérdésre igennel szavazni, mert a privatizáció vagy a kórházak önkormányzati tulajdona önmagában többféleképpen valósulhat meg. Számos módon lehet egyrészt magántulajdont vagy magán-szereplőket bevonni az egészségügyi ellátó rendszerbe, a köztulajdonú és közfinanszírozási ellátó rendszerbe is, eltekintve attól a szélsőséges esettől, amikor tokkal, vonóval, állóeszköztől új tulajdonos kezébe kerül a szolgáltató. Például lehetséges, hogy csak annyi történik, hogy a köztulajdonban lévő szolgáltató új befektetés formájában gyakorlatilag közvetve magánhathoz jut, mondjuk azáltal, hogy egy új szárnyat egy magán-befektető épít föl és ad bérbe. A privatizáció magában foglalhatja a funkcionális privatizációt is, amikor az állóeszközök köztulajdonban maradnak, de a szolgáltatás működtetését egy vállalkozói csoport gyakorlatilag koncessziós szerződés formában végzi.

■ **Ha jól értem, az épületek eladásáról nem volt szó...**

– Az igenre buzdító kampány azt a remképet festette a falra, hogy a kórház-privatizáció nem más, mint hogy elköttyavetjük az ingatlanokat, megveszik arab befektetők, hogy luxusszállodákat építsenek a kórházak helyére, az emberek pedig az árokparton elhagyatva meghalnak. A privatizáció réme ebben a leegyszerűsített formában jelent meg, holott valójában a tőkebevonásnak és a magánmenedzsment megjelenésének a változatos formáiról beszélhetünk. Közgazdasági értelemben így nem is értelmezhető az, ahogyan erről a közbeszéd folyt. Végére is a Csatornázási Művek is hasonló konstrukcióban működik Budapesten: az eszközállomány a főváros tulajdonában van, amit egy magánmenedzsment üzemeltet.

■ **Ám ha a részvétel nagyobb, a nemek elsőpró több-séggel győztek volna...**

– Ma Magyarországon a közvéleményben uralkodó nézetnek tekinthető, hogy komoly aggodalommal kell nézni a privatizációt az egészségügyi szektorban. Ezt lehet magyarázni a demagóg politikuskok és a tájékozatlan közvélemény egymásra találásával, de én azért színesíteném a képet. Tölgyessy Péter írt a kormányfőváltás környékén egy cikket a Népszabadságban, aminek egyik kitétele az volt, hogy miközben az úgynevezett reformértelmiség több mint egy évtizede folyamatosan a radikális, neoliberalis ihletésű reformok kiterjesztését sürgeti, figyelmen kívül hagyja azt az új realitást, hogy a többség éppenséggel a piaccal szembeni védelmet kéri számon a kormányon. A népszavazás eredménye a jóléti elkötelezettségeket is vállaló közpolitika iránti igény kifejeződéseként is értelmezhető. A népszavazás előtti közvélemény-kutatások azt tükrözték, hogy az emberek ugyanakkor elégedetlenek az egészségügyi rendszerrel, és nő az igény, hogy a kormányok kezdjenek ezzel valamit. Az egészségügy az utóbbi években egyre előrébb kerül az emberek prioritási rangsorában, holott a kilencvenes években még nem szerepelt az élbolyban, de az is látható, hogy mindenekelőtt az államtól várják a minőségi egészségügyi ellátás garantálását, az államtól várják az egészségügyi szolgáltatásokhoz fűződő biztonság-igény kielégítését. Elégedetlenség a színvonal miatt és félelem a biztonság elvesztésétől. Elég paradox, hogy annak a rendszernek a biztonságát féltik, amellyel másfelől elégedetlenek.

FORRÁS: BESZÉLŐ ONLINE 2005/2-ES SZÁM

Törvény a gyógyszerpiacról

Hónapokon át tartó egyeztetések, viták és olykor kemény csaták után az Országgyűlés július elején elfogadta az emberi alkalmazásra kerülő gyógyszerekről és egyéb, a gyógyszerpiacot szabályozó jogszabályok módosításáról szóló törvényt.

A jelenleg is hatályos jogszabályokat – az uniós előírásokkal harmonizálva – egy helyre rendező törvénynek a gyógyszergyártók és orvosok számára legfontosabb újdonságai:

- A törvényjavaslat lehetővé teszi, hogy szükség esetén a betegek akkor is hozzájuthassanak a gyógyszerekhez, ha az Magyarországon nem került még forgalomba. (a gyártó nem kérte az engedélyezést, vagy még nem fejlődtek be a klinikai vizsgálatok.)
- Új elemként jelenik meg a gyógyszerellátás körében az állam mögöttes szerepe: ha valamely, hazánkban forgalomban levő, támogatott gyógyszer gyártója a készítményét a továbbiakban nem forgalmazza hazánkban, azonban a készítmény eltűnése a magyar piacról súlyosan veszélyezteti az ezzel kezelt betegek életét, egészségét, akkor az állami egészségügyi, katasztrófa és védelmi készlet kezelője jogosult a gyógyszert beszerezni.
- A javaslat tartalmazza a gyógyszerek ismertetésére, csomagolására vonatkozó betegtájékoztatási kötelezettséget. (► *Bővebben erről ezen Látlelet 1-es oldalán.*)
- Az új jogszabályban sok más törvény mellett a Büntető Törvénykönyv egy-egy passzusa is módosításra került. (Pl: öt évig

terjedő szabadságvesztéssel büntetendő, aki emberen orvostudományi kutatást engedély nélkül, vagy attól eltérően végez.)

A törvény 2005. október 30-án lép hatályba, ezzel eleget téve Magyarország tagállami kötelezettségének.

Szigorú etikai normák

A négy hazai gyártói szövetség elfogadta és tagjai számára kötelezővé tette az EFPIA (Európai Gyógyszergyártók Szövetsége) új Etikai Kódexét, amely szigorította a gyógyszerpromóció szabályait. A kódexet aláírókhoz első ízben csatlakozott a magyarországi Generikus Gyártók Egyesülete. Ezzel a gyógyszerpiac nagy részét kitevő cégek egységes szabályok szerint végzik tevékenységüket hazánkban. Jelentős előrelépés, hogy sikerült szigorúbb szabályozás alá vonni a promóció neuralgikus kérdését, például a közvélemény számára is leginkább szúró **külföldi utaztatásokat**. A szigorítás célja, hogy kiszűrje a „turista” jellegű utaztatásokat, amelyek nélkülözik az igazi szakmai tartalmat. Míg változatlanul megengedett a szakmai partnerek kongresszuson való részvételének támogatása, szigorúan tiltott viszont minden olyan céges rendezvény megszervezése,

illetve támogatása, amelyet a cég működési országán kívül rendeznek meg.

Szabályozásra került a **beavatkozással nem járó vizsgálatok** ellentételezésének kérdése is. A változtatással ki akarják szűrni, hogy *bárki fizetséget kapjon receptíráser*t, amelyet klinikai vizsgálatnak tüntetnek fel. A klinikai vizsgálatoknál az orvoslátogató szerepe minimálisra korlátozódott, csak ún. logisztikai feladatot láthat el. Nem tárgyalhat semmilyen anyagi juttatásról és a kifizetés is csak központosilag történhet. A vizsgálatnak meg kell felelnie egyéb szakmai kritériumoknak is, így a vizsgálat befejezése után elfogadott protokollként kell kezelni.

A **promóció során átadandó információk körét** is meg kell ezután határozni, köztük az ún. Esszenciális információkat is, amelyek közé tartozik a termék hatóanyaga, a javallat-ellenjavallat, a legfontosabb mellékhatások, a figyelmeztető szöveg, az ár megjelölése és a tb-támogatás. Ezen túlmenően a cégeknek tudományos információs szolgáltatást is kell működtetniük termékeikről.

Lényeges változást jelent, hogy az **egészségügyben dolgozók számára nyújtható támogatást** csak nyilvános pályázat útján történhet.

Orvosi kommunikáció a mindennapokban

„Az orvos-beteg párbeszéd nem mindig zökkenőmentes” – derült ki a Pfizer gyógyszergyár kvantitatív kérdőíves vizsgálatából, amit 2005. áprilisában 371 gyógyszert szedő beteg körében végzett. A felmérések szerint a megkérdezettek mintegy 40%-a nem szedi pontosan a gyógyszereket, és csak 6,7% vallotta be, hogy nem követi pontosan az utasításokat. Ez az arány azonnal 31%-ra ugrott, mikorra kérdést az ismerősökre vonatkoztatták. Mi lehet ennek az oka? – teszik fel a kérdést a szakemberek. Ezen el kell gondolkodni, mert az utasítások be nem tartása nagymértékben rontja a gyógyulás kimenetelét.

A megvizsgáltak 66%-a jelezte, hogy az egészségügyi tájékoztatást nem mindig könnyű megérteni és kérte annak könnyítését, míg 25% egyszerű információt kért, és csak 2,2% igényelt rövid tájékoztatást. Vagyis nem feltétlenül a tájékoztatás hossza, inkább annak egyszerűbb megfogalmazása a fontosabb. A betegtájékoztató (68%) mellett sokan az asszisztentától kapott szó-

beli tájékoztatást jelölték meg forrásnak. (17,5%), az internetről pedig 13,5% szerzi információit.

Furcsa paradoxon, hogy míg a megkérdezettek 89% állítja, hogy az orvosa mindig érthetően elmagyarázza, hogyan kell gyógyszerét szednie, addig 27% szerint az orvosa magyarázat közben gyakran használ számára érthetetlen latin kifejezéseket.

De nem csupán gyógyszereszedéssel kapcsolatban vannak problémák, hanem például a betegek olyan alapvető ismeretekkel, mint például az „*éhygomri vizsgálat*” nincsen tisztában. A megkérdezettek 41,5%-a értelmezte helyesen. Ebből az következik, hogy közel 60% eszik vagy iszik cukros folyadékot a vizsgálat előtt. E kifejezés rosszul értelmezéséből adódó nem megfelelő kezelési stratégiák felállítása a beteg számára jelenti a legnagyobb hátrányt. Ez az eset is a kommunikációs hibákra utal. Ezt kell értetni – akár lejegyeztetéssel is – azt az alapvető néhány kulcsszót, amely elengedhetetlen az orvos-beteg kommunikációjában.



A beteg nem érti az orvos megfogalmazását:	55%
A beteg nem emlékszik pontosan az utasításokra:	40,4%
Kellemetlen újrakérdezni:	34,8%
Túl komplikált az orvosi utasítás:	33,4%
Szegény bevallani, hogy nem érti az utasításokat:	12,7%

Fővárosi akut infarctus ellátás

2003 január elseje óta Budapesten és vonzáskörzetében szervezett katéterterápiás ügyeleti ellátás működik az akut szívinfarktusos betegek ellátására.

Infarctus halálozás Magyarországon

Ez év tavaszán az interneten megjelent a magyarországi kórházak infarctus halálzási statisztikája, mint az OEP minőségi indikátora. A nagy sajtóvisszhangot kiváltó eseménnyel kapcsolatban a Kardiológiai Szakmai Kollégium és a Magyar Kardiológusok Társaságának elnöksége az alábbi nyilatkozatot fogadta el:

1. A Kardiológiai Szakmai Kollégium támogatja, hogy a finanszírozó vizsgálja a kardiológiai ellátás hozzáférhetőségét, minőségi indikátorait. A kollégium igyekszik minden segítséget megadni már a tervezés időszakában, hogy metodikailag értékelhető, az ellátás valós eredményeit és problémáit feltáró minőségi indikátorokat lehessen kialakítani.
2. A jelenlegi rendelkezésre álló és közölt indikátorok – az adatszolgáltatás nehézségei és számos metodikai probléma miatt – csak korlátozott mértékben alkalmasak az akut miokardiális infarktus ellátásának jellemzésére, ezért szakmailag félrevezető.
3. A Kardiológiai Szakmai Kollégium javasolja egy közös munkacsoport létrehozását, a finanszírozó és a Kollégium rendszeres egyeztetését a kardiológiai ellátás javítása érdekében.

Katéterterápiás ellátást végző kórházak

Budapest

▪ SOTE, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Cardiovascularis Centrum
1122 Budapest, Városmajor u. 68
Tel.: 1/355-3611

▪ Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Kardiológiai Osztály
1106 Budapest, Maglódi út 89-91
Tel.: 1/432-7500

▪ Budai Irgalmasrendi Kórház, Kardiológiai Osztály
1027 Budapest, Frankel Leó út 17-19.
Tel.: 1/ 438-8400

▪ Országos Gyógyintézeti Központ Szív- és Érszűkületi Osztály
1135 Budapest, Szabolcs utca 33-35.
Tel: 1/350-47-60

▪ Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet,
1096 Budapest, Haller utca 29
Tel.: 215-1220, Fax:215-7067

Ország egyéb régiói

▪ Szívgyógyászati Centrum
7621 Pécs, Irgalmasok u. 1.
Tel.: 72/311-785, 311-522 Fax: 72/324-358.

▪ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház
3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76
Tel.: 46/515-200

▪ Debreceni Kardiológiai Centrum
4032 Debrecen, Móricz Zsigmond körút 22.
Tel.: 52/414-928

▪ Kardiológiai Centrum
6720 Szeged, Korányi fasor 6.
Tel.: 62/545-260

▪ Zala Megyei Kórház
8900 Zalaegerszeg, Zrínyi Miklós út 1.
Tel.: 92/507-500

▪ Balatonfüredi Állami Szívkórház
8231 Balatonfüred, Gyógy tér 2.
Tel: 87 /584 - 584 Fax: 87 / 584 - 580

Egy felmérés margójára...

„Kifejezett orvos és gyógyszerellenesség, információs káosz a fejekben” – így foglatható össze egy piackutatás végeredménye. Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének megbízásából felmérték a fogyasztók (gyógyszert szedők, betegek) viszonyulását a gyógyszerekhez, a gyógyuláshoz és az egészséghez.

A kutatás alapvetően a közép és felsőfokú végzettséggel rendelkező, városban élő nőket célozta meg, mint az egészség-betegség problematikájára leginkább fogékony célközönséget.

„Az eredmény minden várakozást felülmúlt” – mondja a felmérést kezdeményező illetékes. – Az első, ami az eredmények alapján szembetűnt, az a főváros és a vidék különbsége volt. Míg a vidéki városok lakosaiban még él a bizalom az orvosok iránt, a budapestiek körében kifejezetten orvosellenesség tapasztalható. A bizalomhiány oka összetett. A megkérdezett nők egyaránt kételkedtek az orvos szaktudásában és abban, hogy az orvos elsődleges szándéka a betegek gyógyítása.

Budapesten volt megfigyelhető az a jelenség is, hogy baj esetén az emberek elsősorban a természetgyógyászokhoz, illetve az általuk javasolt szerekhez, gyógymó-

dokhoz nyúltak. A természetgyógyászat témájában megjelenő lapokat hitelesebb forrásként jelölték meg, mint az orvosukat. Érdekes észrevétele a piackutatásnak, hogy ott, ahol kifejezetten ellenszenvet tapasztaltak a hagyományos orvoslás iránt, ott a vizsgákat idején a média által is széles körben taglalt tragikus gyermek-és kismama-halálesetek álltak.

A fővárosban a gyógyszerek megítélése sem volt kedvezőbb: a szó említésére az elsődleges asszociáció a „méreg” volt. A mellékhatások társítása is kiemelkedő helyen szerepelt, mint kifogás a medicina megítélésénél. A megkérdezettek állítása szerint szinte mindenki elolvassa a gyógyszerek mellé adott betegtájékoztatót, és szinte mindenkinek a mellékhatások hosszu sora marad meg az emlékezetükben. Persze ebben közrejátszik az a tény is, hogy a gyógyszerek hatékonyságára vonatkozó ismeretek nem kerülnek közlésre a betegtájékoztatókban.

A felmérés alapján az új gyógyszerek az emberek számára nem hordoztak egyértelműen pozitív jelentést. A megkérdezettek nem vontak párhuzamot a fejlődés és a jobb gyógyszerek között. „Nem biztos, hogy ami drágább, az a jobb is” – érv igen gyakori szófordulatnak bizonyult. Az, hogy

egy gyógyszer kutatása, kialakítása idő és ráfordításigényes, az többnyire elfogadott ismeretnek bizonyult, viszont sokak ismeretében mindez az adófitetők pénzéből történő állami feladatnak tűnt.

A vizsgálat érdekes tanulsága, hogy sok emberben a betegség és a fájdalom fogalma szorosan összekapcsolódik: *csak az betegség, ami fájdalmat okoz*. Ebből következik, hogy ami nem fáj, azt nem is tartják betegségnak. Jó példa erre a gyakori magas vérnyomás. Több hipertóniás is volt a vizsgált populációban, mégsem tartották magukat betegnek. Ezek után már nem is volt meglepő, ha nem tudták, milyen gyógyszert is szednek rá. „Az t a kis pirost” – volt rá a legkézenfekvőbb válasz.

Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete levonja a felmérés konklúzióját: *orvosok, patikusok, gyógyszergyártók közös csónakban süllyednek*. Ha oda a bizalom és a beteg nem megy orvoshoz, vagy ha elmegy, de előítéletei miatt nem veszi be gyógyszerét, hiába minden erőfeszítés, valamennyi szereplő célt téveszt. A feladat közös: vissza kell szerezni a lakosság orvosok iránti bizalmát, javítani kell a gyógyszerekkel kapcsolatos kommunikáción.

A folyamatban igen nagy a média szerepe és felelőssége.

Hogy is van ez? Alkotmányossági aggályok a 2001/LXX. törvény gyógyszerertárokra vonatkozó szabályaival kapcsolatban



■ Kinics László a PHARMANOVA Rt. elnöke

A gyógyszerertárak privatizációjára a rendszerváltást követően 1994-ben került sor, a közforgalmú gyógyszerertárakkal kapcsolatos alapvető rendelkezéseket az 1994. évi LIV. törvény a gyógyszerertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól (Gytv) tartalmazza. Magyarországon a jelenlegi törvényi szabályozás értelmében patika (gyógysztértár) működtetéséhez úgynevezett **személyi jog megszerzése szükséges**, amelyet – tekintettel a gyógyszer **bizalmi áru** jellegére – **csak a patikát üzemeltető gyógyszerész kaphat a Magyar Gyógyszerész Kamarától**. Ez alapvetően meghatározta a gyógyszerertárak szervezeti formáját. Ugyanis, ha a gyógyszerész egyéni vállalkozóként maga akarta működtetni az általa privatizálandó patikát, az tőkét igényelt és a tőkeszegénység ténye közismert volt kiváltképp a rendszerváltás elején. Ezért ez a tény arra készítette a gyógyszerészeket, hogy tőkebefektetéssel oldják meg ezt a kérdést. A **személyi jog** determinizmusa okán tehát közforgalmú gyógyszerertárt **csak jogi személyiséggel nem rendelkező** gazdálkodási formák működtethetnek, így erre a **betéti társaság felelt meg, mint gazdasági forma. A beltág a gyógyszerész, a tőkét pedig a kulttag adta, a beltagnak 25% tulajdoni részesedést szabott meg a törvény**. (Több mint 90%-a a patikáknak betéti társaságként működik.)

Időközben ez a törvény módosításra került. A 2001. évi LXX. Törvény A gyógyszerertárak létesítéséről és működésük egyes sza-

bályairól szóló 1994. évi LIV. törvény módosítása szerint **a patikai betéti társaságban a gyógyszerészi tulajdonnak meg kell haladnia az 50%-ot**. A régebbi alapítású patikák esetében a törvény **2006. december 31-ig** ad lehetőséget a gyógyszerészi tulajdonrész növelésére. A törvényhez végrehajtási rendeletet nem adtak ki. [2001/LXX.12.§.(2) és 42§(6)]

Nem tisztázott tehát a tulajdonrész átadásának ellentételezési módja sem, egy viszont tény, hogy a tőkét biztosító kulttagok a tetemes összeget jelentő 25%-ot nem kívánják ajándékba adni. És mint általában az eladók, szükség esetén az árakat is ők kívánják megszabni, ami viszont a törvény beszabályozhatatlanságát jelenti. Különösen nehéz helyzetbe került a PHARMANOVA RT. Vagyonkezelő Részvénytársaság, a magyar gyógyszerertári piac meghatározó szakmai befektetője, akinek 107 gyógyszerertárban van tulajdoni részesedése.

„Egyszerűen érthetetlen a törvényalkotók szándéka mikor tulajdonrészének feladására kötelezi a tulajdonos befektetőt, arról nem is beszélve, hogy alapvető jogokat sért, mint például a vállalkozáshoz való jog, tulajdonjog és jogbiztonság. Miközben a hogyanról nem rendelkezik!” – nyilatkozta Kinics László a PHARMANOVA RT. elnöke. Meggyőződése szerint mindez alkotmányossági jogokat sért, ezért beadványukkal 2004. januárjában az Alkotmánybírósághoz fordultak és a közelmúltban az egészségügyi tárcával is felvették a kapcsolatot.

Arra a riporterre kérdésre, hogy miért vártak beadványukkal ilyen sokáig, az elnök meglepő, de ugyanakkor érthető válasza: „*letaglózott minket ez a nonszensz és most kezdünk ocsúdni, hogy mindez akár valóság is lehet...*”

-ba-

Magyar Kardiológusok Társasága

Új konszenzus az akut koronária szindróma ellátásában

A Magyar Kardiológusok Társasága 2005. június 21-én konszenzuskonferenciát tartott, amelynek célja, hogy a hazai akut infarktusellátás megelőző és gyógyító eljárásait egységesítse, kidolgozza a korszerű ellátásra vonatkozó iránymutatásokat.

Az akut koronária szindróma ellátása az utóbbi időben átalakult: a primer PCI, valamint a korszerű fibrin – specifikus tromboliticumok mellett a clopidogrel és a GP IIb/IIIa receptor blokkolók használata előtérbe került. Az eljárás sikerét Budapesten a katéterterápiás ügyeleti ellátását végző 5 akut koronáriás szívbeteg centrum tavalyi eredményei is bizonyítják: 1998 kezelt betegből 98% egészségesen tért vissza a családjához. Ez világszínvonalú eredmény. A konszenzus alapján történő korszerű betegellátás sokat segíthet a hazai egyenlőtlenségek felszámolásában, a gyakorlati ajánlást követve a hazai viszonyokhoz alkalmazkodó, egységes kezelés valósul meg az ország bármelyik centrumában.

A konszenzusos eljárás lényege, hogy részletesen ismerteti a betegellátási teendőket az első, beteg által jelzett fájdalom észlelésétől a koronária katéteres megnyitásáig. Az ajánlások között a kórház ellátást megelőzően az észlelő háziorvos és a mentőszolgálat részére a tételes feladatlista és azok alkalmazási menetrendje is rögzítésre került. Ha a háziorvos és a kikerülő mentő figyelembe veszi, hogy mióta van a betegnek fájdalma, milyen a rizikóstatusza, valamint a katéterterápiás centrum elérhetősége és fogadókészsége, illetve a fibrinolízist végző kórház elérhetősége, olyan döntést tud hozni, amellyel a centrumba jutástól függően a beteg állapota gyorsan javítható és életkilátásai javulnak. A centrumokba jutott betegek kezelésénél pedig meghatározták a lehetséges betegutakat és az alkalmazandó kezelést. A betegellátásnál alkalmazott kezelési eljárások alapelvét aszerint dolgozták ki, hogy a beteg fájdalomézésének időpontjától számítva mennyi időn belül kerül PCI centrumba. Az eljárást korszerű gyógyszerek is támogatják, amelyek hatékonyan járulnak hozzá a vérrögképződés-megelőzéshez, a koronária átjárhatóságának fenntartásához és a szívizom-elhalás megakadályozásához. A Magyar Kardiológusok Társasága a részletes, minden lehetséges helyzetre kidolgozott ajánlásától azt reméli, hogy a hazai szív- és érrendszeri betegségek száma visszaesik a leghatékonyabb és a túlélést leginkább elősegítő ellátás alkalmazása révén.

A szív- és érrendszeri betegségek száma alapján lassan Morbus Hungaricus-ként jelölik meg a nemzet-

közi statisztikák a hazai állapotokat. Köszönhető ez magyar lakosság „előkelő” nemzetközi helyezésének a szív- és érbetegségek száma, kockázata és halálzási statisztikái alapján. A WHO felmérése szerint Oroszország, Bulgária és Románia után a negyedik helyen állunk a szív- és érbetegségek kockázatát tekintve. Nemek szerint e tekintetben a magyar férfiak már a második, dobogós helyen vannak. A standardizált halálzási arány tekintetében (100.000 lakosra számítva) az Európai Unió átlag duplája a magyarországi mutató. A férfiaknál az Európai Unióban 100.000 lakosra 300 fő hal meg szív- és érbetegségek következtében, míg Magyarországon 650 fő, ugyanez az arány a nőknél 200, illetve 400 fő.

Ha tendenciájában vizsgáljuk: a koszorúér korai halálzási relatív kockázata 1970-hez képest jelentősen nőtt, amely különösen gyorsan növekszik a nők esetében. Elszomorító, hogy a 36–44 éves korosztály akut szívizominfarktus okozta halálzási relatív kockázata a francia halálzást 1-nek véve hazánkban a nők esetében 11-szeres, a férfiak esetében 5-szörös volt.

A kedvezőtlen statisztikákat megváltoztatni a gyors, hatékony, a megelőzést és a gyógyítást is komplex, korszerű, egységes eljárásnak tekintő intézkedéssorozattal lehet. A Magyar Kardiológusok Társasága már eddig is kezdeményezte és kidolgozta a gyógyítás és megelőzés hatékony rendszerét. Ennek része a rizikóstatusz felmérésének elveit rögzítő, továbbá a rizikófaktorok befolyásolására vonatkozó ajánlás, amely már korábban elkészült. A koszorúér katéteres úton történő tágitásának bevezetésével és az ellátás korszerű elveinek egységes alkalmazásával tovább javulhat a helyzet.



Magyar szívügyek az Európai Unióban

A magyar lakosság kardiovaszkuláris rizikóstatusza



A szív-érrendszeri betegségek képezik világszerte a vezető halállokokat. A lakosság halálzási aránya több, mint 50%-káért felelősek. A szív, az agy és a perifériás érrendszer betegségei egy közös okra vezethetők vissza, ez az atherosclerosis, magyarul érlemezsedés. Ma ezeket a körképeket egységesen, globális szemlélettel kezeljük. Nagy vizsgálatok bizonyították, hogy az atherosclerosis befolyásolható betegségek. A megelőzés a legfontosabb, amelyhez a rizikófaktorok befolyásolása és a szubklinikus betegségek korai felismerése és kezelése társul.

Hazánkban a szív-érrendszeri betegségek mint „Morbus Hungaricus” jelennek meg a többi országgal történő összehasonlításban az elkeserítően rossz statisztikai adatok miatt. Az ESC definíciója szerint a nagy szív-érrendszeri kockázat küszöbértéke az 5%-os szív-érrendszeri halálzási 10 év alatt: ez évi 5%-ot jelent. Az Európai Kardiológus Társaság (ESC) felmérésében Magyarországról évi 6-7% szerepel, a KSH adataiból pedig 5,5% számítható a 2002-es évre. Mindkét adat meghaladja tehát a küszöbértéket. Miután ez az adat Magyarország teljes lakosságára vonatkozik, a kockázati szint a szív-érrendszeri halálzási arányra tekintve kitűnően, >45-50 éves korosztály körében jóval magasabb. A WHO legújabb felmérése szerint a szív-érrendszeri halálzási arányában a férfiak és a nők esetében is a negyedik helyet foglaljuk el Oroszország, Bulgária és Románia mögött. Az összes halálzási arányában a magyar férfiak a második helyen állnak. A standardizált halálzási arány százezer lakosra számítva duplája Magyarországon, mint az Európai Unióban (férfiaknál 650 vs 300, nőknél 400 vs 200). A 2000-es OECD jelentés szerint – ami 1988-as adatokat dolgozott fel – 29 ország közül a 40 éves korú emberek várható élettartama Magyarországon a legalacsonyabb, pár évvel a csehek és lengyelek is megelőznek minket. A The Economist 1998 decemberi számában „Európa legerősebb országai” rangsorában 27 ország között hazánk a 24. helyen állt. Csehország 13., Szlovákia 14. Szlovénia 7. és Lengyelország a 20. helyet foglalta el. A keringési rendszer betegségei okozta korai halálzási relatív kockázata, ha az EU átlagot egynek vesszük hazánk-

ban 1970-ben a férfiak esetében 1.27, a nőknél 1.51 volt. Ez az arány 1995-re a férfiaknál 3.04-re, a nőknél 3.15-re nőtt. 1996-ban a férfiaknál kis csökkenés (2.98) mutatkozott. A koszorúér betegségek okozta korai halálzási relatív kockázata hasonlóan alakult, 1970-hez képest közel háromszorosára nőtt az EU-hoz viszonyítva. A nőknél a növekedés még kifejezettebb volt. A 35-44 éves korosztály akut szívizom infarktus okozta halálzási relatív kockázata a francia halálzást 1-nek véve hazánkban a nők esetében 11-szeres, a férfiaknál 5-szörös volt 1993-ban. A számok azt jelentik, hogy egy 45 éves magyar férfi várhatóan 8,5 évvel rövidebb ideig él, mint svájci kortársa. Egy 45 éves magyar férfi relatív kockázata korai hypertoniás és cerebrovaszkuláris halálra 9.28-szor nagyobb, mint svájci kortársáé.

Ezt a rendkívül kedvezőtlen helyzetet lehetséges eredményesen befolyásolni, hiszen az USA-ban pl. 50 év alatt a felére csökkentették a koszorúérhalálzási éves gyakoriságát.

Az utóbbi 10 évben hazánkban is a kedvező változások alig észrevehető jelei kezdtek mutatkozni. A KSH 2003-as adatai szerint a keringési rendszer betegségei okozta halálzási 100 ezer lakosra számítva 8%-kal csökkent 1999 óta. Ezek a kismértékű, de biztató változások elsősorban a magasabb szintű kardiológiai ellátásnak köszönhetőek, de nem hanyagolható el a betegek és az orvosok nagyobb figyelme sem, ami a még egészségesnek mondott egyének rizikóstatusz felmérésére, a rizikófaktorok befolyásolására és a korábban megkezdett kezelésre irányultak.

Az intervencionális kardiológia az elmúlt 5 évben jelentős eredményeket produkált. 2003-ban a koronária intervenciót illetően (koszorúér katéteres úton történő tágitása) elértük az európai átlagot, több mint 1000 beavatkozás történt 1 millió lakosra vonatkoztatva. A szívsebészet viszont nem tudta növelni a szívűtétek számát, stagnálás tapasztalható. A három nagy rizikófaktor – hypertonia, dohányzás és hypercholesterinaemia – befolyásolásában a hypertonia kezelés területén értük el a legnagyobb eredményeket, de lipidcsökkentő kezelést is nagyobb számban végzünk az utóbbi években. Az új európai prevenciók ajánlás meghatározta az orvosi prioritásokat, azt a célpopulációt, akiknél a megelőzést nagy hangsúllyal kell végezni.

Az elmúlt évben, az európai társaságok nyomán Magyarországon is létrehoztuk a szív-érrendszeri betegségek prevenciójának gyakorlati útmutatóját.

» Dr. Zámolyi Károly
a Magyar Kardiológusok Társaságának elnöke «

Csökkenthető a második szívinfarktus veszélye

Nagyobb biztonsággal előzhető meg a második szívinfarktus, ha a standard terápiát clopidogréll egészítik ki – bizonyította egy nemrégiben végzett nemzetközi vizsgálat. Világszerte kb. 10 millióra becsülik a szívinfarktusos esetek számát, melyeknek kb. egy harmada ún. ST-elevációval járó szívinfarktus. Ezen betegek túlnyomó részét fibrinolytikumokkal kezelik a standard terápia mellett, mely az esetek jelentős részében képes az elzárt koszorúér megnyitására. Azonban a betegek 20-25%-ánál nem teljes a reperfüzió, amely a halálzási kétszeres növekedésével jár, illetve gyakori a megnyílt koszorúér újraelzáródása, mely a mortalitást háromszorosára növeli.

Ennek kivédésére szolgálhat az acetilszalicilsavval együtt adott clopidogréll. Nagyobb biztonsággal előzhető meg a második szívinfarktus, ha a standard terápiát clopidogréll egészítik ki. Az Amerikai Kardiológia Társaság márciusi ülésén ismertették a

CLARITY-TIMI 28 (Clopidogrel as Adjunctive Reperfusion Therapy – Thrombolysis In Myocardial Infarction Study 28) eredményeit. A nemzetközi vizsgálatban – amelyben már korábban szívinfarktuson átesett betegek vettek részt – megállapították:

- A standard terápia clopidogréll kombinálva szívinfarktuson átesett betegekben szignifikáns mértékben javítja a koszorúér perfúziót, csökkentve koszorúér elzáró thrombus nagyságát.

- Jelentős mértékben csökkenti a különböző klinikai események előfordulásának esélyét (szív- és érrendszeri történés miatti halálzási, stroke, újabb szívinfarktus)

- A clopidogréll hatékony, egyszerű, megfizethető és biztonságos terápia a szívinfarktuson átesett magas kockázatú betegek számára a reperfüzió mértékének javítására és egy újabb szívroham kivédésére.

Mint ismeretes, a szívinfarktus kialakulásában alapvető szerepe van a koszorúerekben található plakknak, amely az atherothromboticus folyamatok elindítója lehet. A thrombus feloldása tehát elsőrendű, mert megóvjá a beteg életét. A feloldás gyorsasága is fontos, mert minél tovább tart az elzáródás, annál nagyobb mértékű lehet a szívizomkárosodás mértéke.

A 319 helyszínen zajló CLARITY-TIMI 28 vizsgálatban 23 országból 3491 férfi és nő vett részt, mind 75 év alattiak. Valamennyi páciensnek a kezelés megkezdése előtti 12 órában volt szívroham és a standard terápiának megfelelően valamennyien „thrombus-oldó” kezelésben részesültek acetilszalicilsav kezeléssel kombinálva. A vizsgálatban részt vevők egyik csoportja clopidogréll (300 mg telítő adagot, majd 75 mg-ot naponta egyszer), a másik csoport pedig placebo kapott az angiográfia megkezdésének időpontjáig. Az eredmények konzisztensek voltak a betegek különböző alcsoportjaiban. A 30 napig tartó utánkövetés

alatt is megmaradtak a clopidogréllkezelés kedvező eredményei. 20%-kal csökkent a klinikai események (szív- és érrendszeri történés miatti halálzási, stroke, újabb szívinfarktus, sürgős coronaria revaszkularizációt igénylő elzáródás).

A standard terápia mellett alkalmazott clopidogréll nem növelte szignifikáns mértékben a major és az intracranialis (koponyán belüli) vérzések kockázatát a placebo csoporthoz képest.

A clopidogréll, mint azt már számos nemzetközi vizsgálat bizonyította, hatékony védelmet jelent rövid és hosszútávon egyaránt az atherothrombotizisos betegek kezelésében. A gyógyszer hatékonyságát és biztonságosságát a több mint 100 000 páciens részvételével végzett klinikai vizsgálat, valamint 41 millió páciens clopidogréllrel való kezelése bizonyítja.

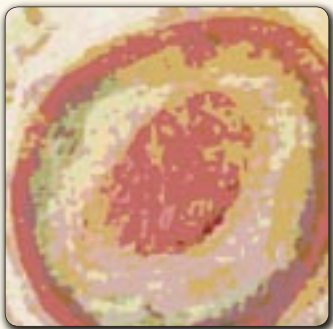
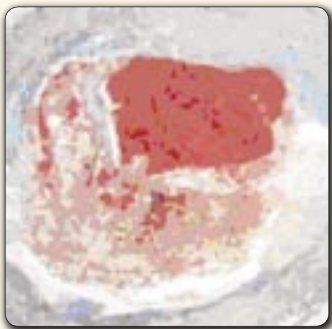
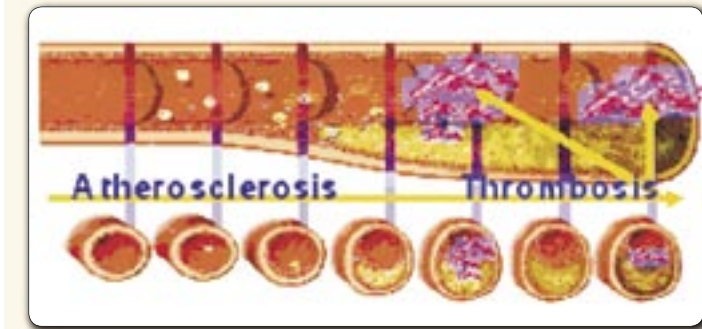
A CLARITY-TIMI 28 vizsgálatokat a sanofi-aventis és a Bristol-Myers Squibb közösen támogatta.

WM.KOMM.IRODA

A szívkoszorúérben keletkezett elzáródás világméretű betegség. Évi 17 millió halálesettel riasztó statisztikai adat, amely a gyakorlatban az összes halál kb. 1/3-át jelenti.

Az akut koronária szindróma

egy összefoglaló kifejezés: klinikai diagnózisok azon csoportját jelenti, melyeket a szívkoszorúér szűkülése okoz. Az artériák elzáródása elégtelen vérkeringést eredményez, így csökken a szívbe eljutott oxigén mennyisége, ami mellkasi fájdalomhoz vezethet. Ez a mellkasi fájdalom jelentkezhet megerőltető munka vagy akár pihenés közben is. Az akut koronária szindróma legveszélyesebb formája a szívinfarktus. Azoknak a betegeknek, akik túlélnek egy infarktust igen kevés esélyük van a felépülésre, esetükben viszont 15-ször magasabb a mortalitás illetve a morbiditás aránya, mint a populáció többi tagjánál.



Rizikófaktorok

Kiemelt kockázati tényezőt jelentenek a dohányzás, cukorbetegség, magas koleszterinszint, magas vérnyomás, családban előfordult szívbetegségek, bal kamrai rendellenesség. Emellett a férfiak, az idős korúak és az ülőmunkát végzők kiemelten veszélyeztetettek.

A koronária betegségek epidemiológiája

A coronaria betegség statisztikai megítélésében a tünetmentes/tünetes állapot között jelentős különbség van. A tünetmentes coronaria betegségre csak indirekt módon következtethetünk. Az utóbbi években a koronária betegségeknek az a fázisa került a diagnosztika és a terápia érdeklődési körébe, amikor plakk képződés van, tehát a koronária szűkület első, kezdeti fázisa. Az infarktus tekintetében a mortalitás az utóbbi évtizedben 30%-kal csökkent, a betegség ma is az esetek egyharmadában halálos kimenetelű. A halál az esetek 50%-ában az első órában következik be. Magyarországon az isémiás szívbetegség halálzási rátája 10 ezer lakosra vonatkoztatva, 25,6%.

Az isémiás szívbetegségek a magyarországi halálzási adatok meghatározó részét képezik. A betegség már fiatal korban is jelentkezhet, a lakosság körében több mint 650.000 embert érint. A szív- és érrendszeri elhalálzási arány tekintetében Magyarország férfi lakossága a világon Oroszország után a második legrosszabb helyen áll, éppen csak megelőzve Romániát. A nők tekintetében sem jobb a helyzetünk, ebben a rangsorban Románia mögött a harmadik helyen állunk. Az elhízás, az egészségtelen étrend, a dohányzás és a kevés mozgás a szív- és érrendszeri betegségek legfontosabb kockázati tényezői, amelyek ma már vészesen korai életszakaszban jelentkeznek.

► az 1. oldal folytatása

Háromelemes biztosítási csomag

Háromféle egészségügyi ellátási csomag lesz a jövőben, legalábbis ezt tartalmazza a szaktárca (az egészségügy 21 lépésének részét képező) egészségbiztosítási csomagokról szóló koncepciója. Rácz Jenő egészségügyi miniszter elmondta: a koncepció társadalmi vitát követően kap jogi formát. Az elképzelés szerint megmarad a kötelező, a szolidaritás elvén nyugvó, egységes társadalombiztosítás, ám valakinek be kell fizetni az ország teljes, 10 millió lakosa után a járulékot, ma azonban csak 3,8 millióan róják ezt le. Jelenleg például a munkanélküliek, a tanulók után a központi költségvetés fizet. Az első csomagba az állam ez irányú kötelezettségeit sorolták be, feladata például a sürgősségi, az anyasági és csecsemőellátás, a járványügyi finanszírozása. A másodikba az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) által ma is finanszírozott szolgáltatások kerülnek. Míg az első fedezetét a központi költségvetés, a másodikét az OEP állja. A harmadik csomagba kerülnek az extra igényeket kielégítő ellátások – külön kórházi szoba, plasztikai műtétek –, amelyeket külön biztosítás ellenében lehet megvásárolni.

A minisztertől megtudtuk azt is, hogy becslések szerint az idén 32 milliárddal lesz több a tb gyógyszer-támogatási kiadása a tervezett 284 milliárdnál. Ám a gyógyszergyártókkal kötött kormánymegállapodás 2006 végéig érvényes, s e szerint a költségvetésben elfogadott támogatási keret túllépésének összegén – sávos rendszer szerint – a központi költségvetés és a cégek osztoznak. A kassza 314 milliárd forintig való túllépését fele-fele arányban vállalják, az a fölötti rész már a cégeket terheli. A miniszter szerint a vita most a gyártók között folyik a többletterhel megosztásáról, ám úgy véli, csakúgy, mint az elmúlt évben, az idén is sikerül megegyezniük. Az erről folyó tárgyalásokban a szaktárca is részt vesz, ugyanis szeretné megőrizni a gyógyszerpiaci békét. Rácz Jenő elismerte, hogy a gyógyszerkassza deficitjében szerepe van a tavalyi 15%-kal csökkentett gyógyszerár-befagyasztásnak, ezért a központi költségvetés további egymilliárd forinttal kiegészít a keretet. Elmondta azt is, hogy jövőre 5%-kal nő a tb gyógyszerköltségvetése, s arról még folynak a tárgyalások, hogy azt az idei előirányzathoz, vagy az azt meghaladó összeghez viszonyítják-e. A miniszter cáfolta, hogy a tb-gyógyszerkassza hiányát a háziorvosi kassza átcsoportosításával mérsékelnék. Azt azonban tervezik, hogy jövőre olyan érdekelt-ségi rendszert vezetnek be, amely a költséghatékony gyógyszerrendelésben teszi érdekeltté a háziorvosokat. Ennek technikája lehetne, hogy az általuk utaltványozott gyógyszerek költségét és a háziorvosi kasszázt átjárhatóvá tennék, s a gyógyszeren megspórolt pénzt rendelőjük fejlesztésre fordíthatnák. Az irányított betegellátási modellkísérletben ez már jól bevált.

A hosszú távú cél, hogy a pénz kövesse a beteget, így a járó- és fekvőbeteg-ellátásra fordítható tb-kasszákat is fokozatosan összevonnák. Az idén már több gyógyító beavatkozásnál ezen elv szerint fizet a biztosító, esetenként többet kap az intézmény, ha ambulánsan látja el a beteget. A miniszter arról is tájékoztatót, hogy szeptembertől kétezer forinttal, 134 ezerre nő a kórházak betegként járó alapdíja, a szakrendelők pedig 1,32 forintról, 1,34-ra növelik az ügynevezett pontértéket. (A különféle beavatkozásokért meghatározott pontérték jár.) Ez fedezi majd a szeptembertől esedékes kötelező béremlés az egészségügyi intézményekben.

Az egészségügyi szakellátás finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosításáról

A Kormány által a 21 lépés programban vállalt változtatások alapvető célja a színvonalasabb gyógyítás, ellátás, a betegérdekek erőteljesebb érvényre juttatása. A cél egy olyan fenntartható finanszírozási rendszer, mely nem gátja, hanem ösztönzője és támogatója a további változásoknak, az egészségügyben alakuló egészséges folyamatoknak. Ugyanakkor a pénzügyi



lehetőségek szem előtt tartása, a gyógyító-megelőző előirányzat betartása azt követeli, hogy egyre inkább előtérbe kerüljenek a gazdaságos, egyben szakmailag korrekt megoldások. Ennek a folyamatnak fontos része az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosítása, melynek legfontosabb elemei az alábbiak:

■ BŐVÜL AZ EGYNAPOS ELLÁTÁSOK KÖRE

A rendelet módosítása 41 beavatkozással bővíti az egynapos ellátások körét. A néhány hetes vagy napos kórházi ellátások jelentős része a kórházon kívül is megfelelően kezelhető, ezek a betegek a járóbeteg-szakellátásban vagy egynapos – kassza- és betegkímélő – sebészeti ellátás keretében is eredményesen gyógyíthatók. Eddig, elsősorban a beavatkozások finanszírozási gyakorlata miatt az intézményeknek jobban megérte a beteg kórházba fektetése. Ennek felismerése vezetett arra a döntésre, hogy a fekvő- és járóbeteg-kasszák összenyitásával, egy egységes gyógyító-megelőző kassza jöjjön létre. Így az az egészségügyi intézmény sem jár rosszabbul, aki a beteget a járóbeteg-szakellátásban gyógyítja.

A következőkben: ambuláns keretek között, de a beavatkozás minősége szerinti műtéti feltételek teljes biztosításával végrehajtott műtétek, melyek alatt vagy után nem kell szükségellenül napokat kórházban fekvődni, esetenként nem kell kilométereket utazni a kórházig. Így a betegek nagyobb arányban kaphatják meg a lakóhelyükhöz közeli, korszerű járóbeteg-ellátásban a számukra szükséges kezeléseket. A betegségben, kereséktelelenségben töltött idő is csökkenni fog, s egyértelműen javul, gazdaságosabbá válik az egészségügyi szolgáltatások kihasználtsága. Az egynapos ellátás során nem éri hátrány a beteget, ugyanaz a felkészültségű személyzet, ugyanazokkal az eszközökkel, ugyanolyan orvostechnikai színvonalon, ugyanolyan biztonságosan látja el, mint kórházi kezelése esetén. Szigorú – rendeletben megfogalmazott – szakmai szabályok mondják ki, hogy mely esetekben látható el egynapos ellátás során a beteg, illetve mely műtétek, eljárások végezhetők el így.

■ VÁLTOZÁSOK A LABORÁTORIUMI FINANSZÍROZÁSBAN

A laboratóriumi ellátások terén is fontos változtatásokra került sor az elmúlt időszakban, s ezeknek nyilván a finanszírozásban is tükröződnie kell. Könnyen belátható, hogy pazarlóvá teszi a rendszert, és a betegek érdekeivel is ellentétes, ha az egyes laboratóriumok korlátozott lehetőségei miatt nem megfelelően elvégzett vizsgálatot egy magasabban kvalifikált laboratóriumban meg kell ismételni. Az átalakítást követően lesznek olyan laboratóriumok is, melyek csak mintavételi helyként működhetnek. Azért hogy egyes laboratóriumok mintavételi helyé minősítése ne okozon ellátási problémát az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat és a Megyei Egészségbiztosító Pénztárak szakemberei helyszíni ellenőrzésen megvizsgálták, hogy a mintavételi hely és a vizsgálatot végző laboratórium közötti kapcsolat kialakítása megtörtént-e. A laboratóriumi finanszírozásában bekövetkező módosítások éves szinten várhatóan 1,7 milliárd kasszán belüli „megtakarítást” eredményeznek.

■ ÚJ VIZSGÁLATI ELJÁRÁSOK KERÜLNEK

A TÁMOGATOTT ELJÁRÁSOK KÖRÉ

A rosszindulatú daganatos betegségek Magyarországon az összes haláleset mintegy egynegyedét okozzák. A daganatos halálozás mérséklésének egyik legígéretesebb stratégiája a szűrővizsgálat, azaz a magukat egészségesnek vélő, tünet- és panaszmentes személyek idő-

Kérdezze meg kezelőorvosát és gyógyszerészét...

Miniszteri rendeletek

... és olvassa el figyelmesen a betegtájékoztatót!

ről-időre megismételt vizsgálata a még rejtett betegség kimutatására alkalmas módszerrel. Magyarországon évente 5400-5500 új emlőrákos beteget fedeznek fel. A szűrővizsgálattal megelőzhető a betegség halálos kimenetele, mivel korábban szakorvoshoz juttatja a kezelésre szoruló betegeket, mintha a tünetek, vagy panaszok miatt orvoshoz fordultak volna. Mostantól egy olyan új, egyszer használatos eszközt („stereotaxiás vákuum core biopszia (vcb) Mammotome”) támogat az egészségpénztár, mely segíti az igen korai stádiumú emlőelváltozások felismerését. A vizsgálathoz szükséges egyszer használatos eszköz finanszírozásával a felesleges sebészi beavatkozások száma csökken.

■ ÚJ VIZSGÁLATI ELJÁRÁSOK SÚLYOS BETEGSÉGEK, SÉRÜLÉSEK KORAI FELISMERÉSE ÉRDEKÉBEN

A korai diagnózis és beavatkozás érdekében két új vizsgálat kerül a finanszírozott eljárások közé: a látópálya rendszer, és a központi idegrendszer szemmozgató idegének neuro-ophtalmológiai vizsgálata. A vezető szemtünetek révén felismerhetők és időben kezelhetők a súlyos következményekkel járó kórképek, illetve a koponyasérülés okozta súlyos funkcióvesztések. Pl.: agyi vérömleny vagy daganatok korai felismerése.

■ VIZSGÁLAT A DOHÁNYZÁSRÓL VALÓ LESZOKÁS SEGÍTÉSÉRE

A dohányzásról való leszokás támogatására a nemzetközi módszertani ajánlásból átvett 3 új vizsgálat kerül a finanszírozottak közé: a paciens vizsgálat, a leszokási vizit, és a kileggett levegő szénmonoxid mértékének a meghatározása. Az eljárásokat kizárólag tanfolyamot végzett (elsősorban tüdőgyógyász) szakorvosok végezhetik.

■ PORPHYRIÁSOK GYÓGYÍTÁSA

Megoldódnak a porphyriások ellátásában kiemelkedő aktivitású intézmény, a MÁV Kórház – ahol a korszerű diagnosztika és gyógyszer rendelkezésre áll – finanszírozási problémái, a betegcsoport ellátási feltételei tovább javulnak. A porphyriás betegek gyógyítása ezután biztonságosan, magas szakmai színvonalon történik. A több mint félmillióba kerülő vérkétszintmennyi folyamatos beszerzésének anyagi akadályai megszűnnek.

■ ÚJ GYÓGYSZER A VÉRMÉRGEZÉS GYÓGYÍTÁSÁRA

A szeptis világszerte hozzávetőlegesen több mint 1400 életet követel naponta. A betegség előfordulása az elmúlt 10 évben 139%-kal nőtt, ma már a világ tizedik leggyakoribb halál oka! Az intenzív osztályokon dolgozó szakemberek az egyik legtöbb kihívással és nehézséggel járó betegségnek tartják, amely egyben az intenzív osztályokon kezelt betegek vezető halál oka is. A szakmai erőfeszítéseket az egészségügyi tárca az Infektológiai Szakmai Kollégium által javasolt a Xigris (APC) terápia rendszerszerű társadalombiztosítási támogatásával is támogatja.

■ A MINŐSÉGI, BIZTONSÁGOS

VÉRELLÁTÁS ÉRDEKÉBEN

Az Országos Vérellátó Szolgálat javaslatára változnak az egyes vérkészítmények árai. A változtatás indoka, hogy a tervezett módosítások az európai gyakorlatnak megfelelően a minőségi vérellátás szakpolitikai szempontjainak érvényesítését segíti elő. A módosítás számos eleme – új eljárások, terápiák befogadása – szakmai testületek javaslata alapján került a rendeletbe. (Megjelent a Magyar Közlöny 2005/98. számában.)

Az egészségügyi miniszter 31/2005. (VIII. 2.) EüM rendelete az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szóló 9/1993. (IV. 2.) NM rendelet módosításáról

Az egészségügyi ellátórendszer átláthatóbbá, igazságosabbá és finanszírozhatóbbá tétele érdekében a 21 lépésben megfogalmazott intézkedések-sorozat egyik jelentős pontja az egészségbiztosítási kasszában

- a fekvő- és járóbeteg-ellátásra rendelkezésre álló források összevonása,
- a finanszírozási eljárásrend módosítása.

A rendelet legfontosabb elemei:

Az egészségügyi ellátás költséghatékonyabb, ésszerűbb, a betegek számára is előnyösebb működésének egyik feltétele a járóbeteg-ellátás szerepének erősítése a kórházi fekvőbeteg-ellátással szemben. Ez a lépés a beteg és a költségvetés érdekeit egyszerre szolgáló finanszírozás alkalmazásában teszi érdekeltté az egészségügyi szolgáltatókat.

- Emelkednek a járóbeteg-szakellátás egyes eljárásainak finanszírozási díjtételei Azon beavatkozások esetében, amelyek fekvő- és járóbeteg-ellátásban egyaránt elvégezhetők, az egészségbiztosítási kasszából az eddiginél magasabb térítést fog kapni az a szolgáltató, amelyik az adott beavatkozást járóbeteg-szakellátásban végzi el. Mintegy 70 beavatkozás típus esetében 3-6-szorosára, egyes eljárásoknál 10-szeresére emelkedik a biztosító által fizetett térítés. Több eljárás pontszáma más hasonló eljáráshoz viszonyítva harmonizáltan, egységes pontértéken került meghatározásra.
- A HBcs karbantartás célja a napi gyakorlatot tükröző, ésszerű, arányos díjtételek megállapítása. A finanszírozási eljárás során a szakpolitikai elvek

érvényesülése, illetve a valós gyakorlat szerinti működés érdekében, az egészségügyi kormányzat, illetve a finanszírozó folyamatosan figyelemmel kíséri, és az egészséggazdasági adatok ismeretében szükség szerint felülvizsgálja, karban tartja a rendszer működését. A módosítások megfogalmazásában nagy segítségünkre voltak az illetékes szakmai kollégiumok.

(A rendelet megjelent a Magyar Közlöny 2005/107. számában. Hatályba lép 2005. szeptember 1-én.)

Közlemény – a beutalási rend változásáról Cél a betegellátás minőségi javulása, az ellátás ésszerűbb szervezése

Jelenleg több mint 50 szakrendelés igénybevételéhez szükséges beutaló, 2007. január 1-től a sebészeti, fül-orr-gége és szemészeti szakrendelésekre is háziorvosi beutaló kell. A tervezett intézkedések az ésszerűbb szervezést, a jobbminőségű betegellátást, a háziorvosok kapuóri szerepének erősítését, a szakmai szabályok fokozottabb érvényesülését szolgálják. Fontos, hogy egy beteg a lehető leghamarabb kapja meg a megfelelő orvosi kezelést – és itt a hangsúly a megfelelő szón van! Nagyon lényeges, hogy a beteg ne maga találgassa, hogy miért zúg a füle, hanem menjen el a háziorvosához, aki meg tudja állapítani, mire van szüksége: fülmosásra helyben, középfül-gyulladás elleni kezelésre a fül-orr-gége szakrendelésen, speciális egyenztel-nyakrendelésre, vagy magasvérnyomás-kezelésre, horribile dictu koponyaűri daganatra utal a fülzúgás. A háziorvos biztosan oda küldi a beteget, ahol az állapotának megfelelő legjobb ellátást kapja, és abban is tudja majd segíteni a beteget, hogy azt a leghamarabb kapja meg. A háziorvos ugyanis – az elkövetkező másfél évben kiépülő komfortrendszerek, pl. az elektronikus bejelentkezés segítségével – időpontot is kérhet majd a betegnek, sok felesleges várakozástól, utazgatótól megkímélve őt. A háziorvos mindannyiunk első számú egészségügyi partnere, nála jobban senki nem ismeri általános állapotunkat, rendszeresen szedett gyógyszerünket – élni kell ezzel a bizalmi kapcsolattal. Továbbra sem kell majd beutaló a szentivít rendelésekre: pl.: nőgyógyászat, urológia, bőr-és nemibetegrendelés, pszichiátria, addiktológia. Az első beutaló után nem kell újabb – hiszen a gondozást már a szakrendelés végzi, és ott adnak újabb időpontokat – pl.: reuma, onkológia, tüdőgyógyászat rendeléseken, és a hosszú távú kezelést igénylő krónikus betegség esetén sem.

Fontos: *A sürgősségi ellátásra nem vonatkozik az előírás. Ha például valaki súlyos háztartási balesetet szenved, azonnal jár a sürgősségi ellátás. Ugyanez vonatkozik az életveszélyes állapotokra (pl.: infarktus, stroke), vagy nagy fájdalommal járó heves görcsökre is (pl.: vesze, epe).*

(Törvényi hely: A kötelező egészségbiztosítás ellátásairól szóló 1997. évi 83. tv. 217/1997 számú végrehajtási rendeletének módosításáról.)

Jövő évtől jönnek az újfajta kötelező védőoltások – EüM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről szóló 18/1998. (VI. 3.) NM rendelet módosításáról

Magyarországon a védőoltásokkal megelőzhető fertőző betegségek járványügyi helyzete kiemelkedően jó. A lakosság 98%-a védett ezekkel a halálos betegségekkel szemben, mivel gyermekkorukban megkapták a kötelező védőoltásokat. Ez a helyzet csak úgy őrizhető meg, amennyiben az életkorhoz kötött kötelező védőoltások beadása kerülnek. Hazánkban eddig az oltóanyagokat a Human Rt. vakcina-termelő üzemében állították elő. A Human Rt. által készített oltóanyagokkat az ország ellátottsága 2005. év végéig biztosított, ezt követően a szükséges oltóanyagokat a nemzetközi piacról kell beszerezni. Ez a folyamat elkezdődött, a nemzetközi tender kiírásra került.

Az új oltás gyermekbarát, hiszen a többkomponensű oltóanyagok – amit egyetlen oltással, szűrővel kapnak meg a gyermekek – egyszerre több, még ma is súlyos következményekkel járó, esetenként halálal végződő betegséget ellen biztosít védelmet. Ilyen betegség pl: torokgyík, szamárköhögés, tetanusz, járványos gyermekbénulás, Hib – az agyhártyagyulladás egy fajtája. Az új oltás alkalmazásával egyszerűbbé, átláthatóbbá válik az oltások nyilvántartása, tárolása, az oltási munka végzése, továbbá lényegesen csökken:

- az oltási reakciók aránya (láz, duzzanat, bőrpír, sírás)
- az oltási szövődmények gyakorisága.

Mindezek következtében remélhetőleg a lakosságon belül tovább nő az életkorhoz kötött kötelező oltások elfogadottsága. Nem lehet eléggé hangsúlyozni, hogy a kötelező, életkorhoz kötött védőoltások kihatnak a gyermekek várható életminőségére, illetve beadatásuk nélkül csökken az egészségben megélt életek száma. Ezért meg kell érteni a szülőkkel, hogy az oltások kötelező beadása gyermekük egészségét szolgálja. Az új oltási rend bevezetése az állam számára több milliárdos költséget jelent, a rendelet tervezet szerint az új oltóanyagok bevezetése 2006. január 1.

(A rendeletben foglaltak 2006. január 1-jén lépnek életbe. Megjelent 2005. augusztus 24-én, a Magyar Közlöny 115. számában.)

Forrás: www.eum.hu/kozlemenyek.hirek

Begyűjtik a lejárt gyógyszert

Decemberben kezdik meg a lakosságnál keletkezett gyógyszerhulladék összegyűjtését a patikákban. Elkészült az egyszer használatos doboz, amelybe csak betenni lehet a felesleges patikaszert. A megvásárolt orvosságok ötödét nem használják fel az emberek, így az évente keletkező 2500 tonna gyógyszerhulladék – 56 millió doboz – vagy a szeméttelpeken, vagy a piacokon landol – mondta Zalai Károly, a Magyar Gyógyszerész Kamara alelnöke. Az előző esetben a kommunális szeméttel elégetve szennyezi a piacot pedig egy doboz Algyopyrinért egy kisüveg vodka jár.

A feleslegessé vált gyógyszerek összegyűjtését és megsemmisítését szabályozó rendelet harmonizál a tagállamok gyakorlatával, annak ellenére, hogy az Európai Unióban nincs egységes szabályozás – állítja Hamvas József, az Egészségügyi Minisztérium főosztályvezetője. Az EU-direktíva szerint az uniós országoknak úgy kell megoldani a gyógyszerhulladék ártalmatlanítását, hogy az ne veszélyeztesse az emberek egészségét. Nyolc hazai gyógyszerceg és -forgalmazó két éve 50 millió forint alaptőkével e célból alapította meg a Recyclomed közhasznú társaságot, ők koordinálják majd az ország 2040 patikájában összegyűjtött hulladék elszállítását. Elkészült az egyszer használatos egyutas kartondoboz, amelybe csak berakni lehet a feleslegessé vált patikaszert. A 40 literes dobozt az Országos Röntgen- és Kórháztechnikai Intézet e célra alkalmasnak minősítette. A dobozokat a patikákon belül, a gyógyszerház tulajdonosának döntésétől függően vagy az officinában, vagy a raktárban tárolják. Előző esetben a betérők szó nélkül bedobhatják a feleslegessé vált készleteiket, másik esetben a patikus megnézi, mi kerül a szeméttbe. Ám mint azt Zalai Károly mondta: csakúgy, mint eddig, a lakosok kérésére a gyógyszer érzékek ezután is megvizsgálják, lejártak-e már a nem használt orvosságok.

A gyógyszerhulladék gyűjtése és elszállítása nem a patikák, hanem a gyógyszergyártók költsége, ám az érintettek nem tudtak megegyezni arról, hogy az évi 150-200 millió forint költséget hogyan osszák meg egymás között. A hazai cégek az árbevételhez, a külföldiek pedig a dobozsámhoz kötnék a költségmegosztást. Zalai szerint lehet, hogy a kettő között lesz a végső megállapodás. Erre azért lenne gyorsan szükség, mert a Recyclomed Kht.-nek szerződést kellene kötni a patikákkal, amelyben szabályoznák a dobozok elszállításának gyakoriságát. Legolcsóbb megoldásként kínálnak, hogy a patikáknak 2-3 naponta gyógyszert szállító nagykereskedő egyúttal elvinnék a hulladékkal megtelt dobozokat. E célra a furgonokban külön rekeszt alakítanak ki. A gyógyszerhulladékok a tervek szerint a regionális égetőkben semmisítik meg. Miklósi Andrásról megtudtuk, hogy egy kilogramm hulladék elégetésének költsége száz forint körüli.

(Világgazdaság)

Újraépíti a szívizmot az őssejt

Európa-szerte most elterjedőben lévő gyógymód kísérleti bevezetésére vállalkozik a debreceni Szívsebészeti és Kardiológiai Klinika: CD34+ elnevezésű őssejtek segítségével próbálják újjáépíteni az infarktus miatt elhalt szívizmok. Az Édes István professzor vezette kísérlet a napokban kapott szabad utat, így áprilisban hét beteg el is kezdik a kezelést. Ha a módszer beválik, és a tb is talárlá forrásokat, jövőre már több kórház is vállalkozhat az őssejtek alkalmazására a szívgyógyászatban.

Magyarországon a szív- és érrendszeri betegségek vezetnek a halálzási statisztikákat. Évente mintegy 25 ezer ember kap szívinfarktust, s közülük mintegy húszezren élnek túl a rohamot. E szerencsések mintegy fele négy-hat órán belül szakszerű orvosi ellátásban részesül – vagyis katéterrel kitágítják az infarktust következtében elzáródott eret, s ezzel megakadályozzák, hogy az adott ér vérellátási területéhez tartozó szívizom oxigén hiányában elhaljon. Az első infarktust túlélő betegek mintegy fele azonban hat órán túl kerül szakember kezébe. Ennyi időt a szívizom nem bír ki friss vér nélkül, és teljesen elhal. Ilyen esetben katéterezéssel már nem lehet eredményt elérni, s gyógyszerrel is csak lassítani lehet a folyamatot, visszafordítani nem. Ezekben az esetekben segíthet az őssejtterápia, ha beváltja a hozzá fűzött reményeket. Az őssejtek – vagyis a differenciálatlan, többféle testi sejté átalakulni képes testi építőkövek – orvosi alkalmazása nem a szívgyógyászatban kezdődött, hanem jó tíz évvel ezelőtt a gyermekkori leukémia kezelésében.

Bebizonyosodott, hogy az a mechanizmus, amely a sérült bőr viszonylag gyors gyógyulását előidézi, kisebb-nagyobb hatékonysággal minden egyéb szövetünkben is működik. Ebből következett a később igazolt feltételezés, hogy az őssejtek, e természetes gyógyítók jelenlétének fokozása a beteg területen meglepően jó eredményre vezethet addig reménytelennek hitt körcsoportok kezelésében is. A leukémia gyógyításánál alkalmazott eljárás lényege, hogy a beteg saját csontveléből kinyert sokféle feladat betöltésére alkalmas (pluripotens) sejteket – a daganathordozó fehérvérsejtek gyógyszeres kezeléssel történő teljes elpusztítása után – bejuttatják a beteg testébe. A jó hatékonyságú eljárás kockázata, hogy néhány napig fehérvérsejtek hiányában egyáltalán nem képes a fertőzések ellen védekezni a szervezet, így bármilyen, egyébként teljesen veszélytelen mennyiségű kórokozó is halálos kimenetelű betegséget okozhat. Ezért kell e betegeket steril kamrában tartani, s ezért kell gondoskodni arról, hogy teljesen csíramentes élelmiszert kapjanak. Viszont, ha ez sikerül, egészségesen kezdhetik újra az életüket.

Az őssejtek szívgyógyászatban történő felhasználása ehhez képest annyiban tér el, hogy ott nem távolítják el

a betegség miatt elhalt testszöveteket, hanem őssejtek segítségével megkísérik újjáépíteni őket. Édes István klinikáján áprilistól azt tesztelik, vizsgálatokkal igazolható-e, hogy a szívizom újjáépülése egyértelműen az őssejteknek köszönhető, és ha igen, akkor ez a javulás óriási perspektívákat nyithat előttünk – mondja a professzor –, de egy kismértékű is nagyon megbecsülendő. A gyógyszeres kezelés ugyanis csak arra alkalmas, hogy a kedvezőtlen folyamatokat lassítsa, esetleg megállítsa, de hogy visszafordítsa, arra nem áll rendelkezésre szintetikus úton előállított hatóanyag. A CD 34+ típusú őssejtek azonban az elsősorban német és osztrák tapasztalatokra alapozó szakirodalom szerint képesek a csodára, vagyis a halott szövetek „feltámasztására”. A külföldi tudományos eredményeket igazolni hivatott kísérletek rövidesen megkezdődnek Debrecenben, s ehhez az alapinfrastruktúra rendelkezésre is áll, hiszen a leukémia gyógyításában alkalmazzák az őssejtterápiát.

Az Ominvest nevű biogenetikai társaság több mint egymilliárd forintot áldozott az őssejt-előállítás technikai hátterére, s így elektrolízis segítségével gyorsan és nagy tisztaságban tudják elkészíteni a beteg saját sejtjeiből álló koncentrátumot. A szívinfarktusos beteg kezeléséhez mintegy ötven-száz milligramm csontvelőt kell leszívni, majd a tiszta őssejteket a beteg területre bejuttatni. A kezelés során az infarktust szenvedett eret egy katéterrel bejuttatott mini ballon segítségével három-négy percre lezárják, hogy a véráram ne vigye el az őssejteket a gyógyítani kívánt területéről. A beteg szövetekben megtapadva e pluripotens sejtek szinte azonnal felismerik a dolgukat, s megkezdik áldásos építő munkájukat – legalábbis a néhány száz eset leírásából álló szakirodalmi adatok tanúsága szerint.

– A most indult kísérletek során pozitron emissziós tomográf (pet) segítségével megmérjük, hogy az elhalt szívizomban keletkeztek-e élő sejtek, illetve milyen számban – mondja Édes professzor. – Ez több száz ezer forintos vizsgálat, ám szerencsére a kísérletek befejezését követően nem szükséges minden esetben elvégezni, hiszen ultrahanggal is kimutatható, hogy az infarktusos terület milyen állapotban van. Ami viszont nem spórolhat meg, az az az őssejtek nyérése, illetve tárolása, kezelése. Ez több millió forint minden egyes beteg esetében. Ám, ha azt vesszük, hogy a leukémia őssejttel történő kezelése mintegy húszmillió forint páciensenként, akkor az infarktusos betegek életéért is joggal elvárható a tb részéről a finanszírozás lehetőségének megtalálása. Feltéve, ha bizonyíthatóan javuló esetekkel tudjuk bizonyítani, hogy a módszer tényleg hatásos. Amiben őszintén bízunk.

Dombi Margit | MAGYAR NEMZET

Aritmiát is kimutató vérenyomásmérő

Az Egyesült Államokban már forgalmazható az első olyan vérenyomásmérő készülék, amely az aritmiát is kimutatja. Azon betegek között, akiknek gyakran kell mérni a vérenyomását, nagy arányban vannak kóros szívritmuszavarban szenvedők. Nekik mostantól fogva lehetőségük lesz idejekorán észlelni e rendellenességet. Az első olyan vérenyomásmérőt, amely a beteges szívritmuszavart is kimutatja, az orlandói American College of Cardiology kardiológiai intézetben mutatták be.

A kifejlesztett és szabadalmaztatott szívritmuszavar-mérő (pulse arrhythmia detection, PAD) technika a világon egyedülálló módon képes arra, hogy a szívritmusmérés során megkülönböztesse a mérési hibát – amelyet például izommozgás idéz elő – a valóban szabálytalan szívveréstől. A készülék, amelynek forgalmazását már engedélyezte az illetékes amerikai hatóság (FDA), szívritmuszavar esetén

hangjelzéssel és a készülék kijelzőjén megjelenő jellel figyelmezteti a beteget. – Ez a technika mérőldkő a vérenyomásmérő készülékek fejlesztése területén – jelentette ki Dr James R. Mault szívsebész, a kifejlesztő cég orvosszakmai vezetője. Az új, felkarra helyezhető, otthoni vérenyomásmérővel a betegek a szívritmuszavar jelentkezését is könnyen meg tudják állapítani.

A szakintézményben elvégzendő kardiológiai vizsgálat nem helyettesíthető az otthoni méréssel, de a készülék jóvoltából a betegnek lehetősége van időben orvoshoz fordulni. A házi használatra tervezett készülék minősége független szakértők szerint vetekszik a professzionális készülékével. A készülék tesztelésére a magas vérenyomás elleni küzdelemre alakult brit társaság (BHS) vizsgálati eljárását alkalmazták, amelyet az amerikai társszervezet (ASH) és az amerikai szívítársaság (AHA) a lehető legszigorúbbnak ismer el.

Bővebb információ, elérhetőség szerkesztőségben

Új pacemaker modellt próbálnak ki

A pacemakerrel élők nagyobb valószínűséggel halnak meg vagy kerülnek kórházba szívelégtelenség következtében, gyakran már a beültetést követő hat hónapon belül, olvasható egy nagyszabású tanulmányban.

A tanulmány New Jersey-beli betegek nagyméretű adatbázisán alapul. 1997 és 1999 között 11 426 betegnek ültettek be pacemakert összesen 85 kórházban. A betegek közül egynél sem fordult elő korábban szívelégtelenség. A kutatók a következő 3 évben a fenti betegek, valamint egy nem pacemakeres kontrollcsoport adatait hasonlították össze. Valamennyi résztvevő átlagéletkora 75 év volt, faj, nem és a szív-érrendszeri betegségeket illetően (magas vérnyomás, lezajlott szívinfarktust) tekintetében meggyeztek az adataik.

Dr. Stephen Hamill, a Mayo-klinika kardiológusa szerint egy különféle pacemakereket összehasonlító

kisebb tanulmány azt állapította meg, hogy a szívelégtelenség kockázata nagyobb, ha az eszköz a kamrák alsó részét aszinkron stimulálta. A szakemberek szerint a szívritmus-szabályzóval élők tízezreinek nem kell pánikba esniük, néhány havonta azonban ellenőriztetni kell az eszközt, illetve azonnal orvoshoz kell fordulni, ha nehéz légzés és fáradtság jelentkezik. Egyeseknél meg lehet előzni a szívelégtelenség fellépését, ha a régi eszköz helyett egy újfajta modellt ültetnek be, mondja dr. Michael Sweeney, a bostoni Brigham and Women's-kórház orvosa.

Az új pacemaker a korábbi modellek hibáját kiküszöböli, a szív hatékonyabban képes pumpálni a vért, ami megakadályozza a szervezeten a folyadék felgyülemledését. Jelenleg folyik a korábbi modellek kétszeresébe, mintegy tízezer dollárba kerülő új pacemaker tanulmányozása, hogy megállapítsák, valóban megakadályozza-e a szívelégtelenség létrejöttét.

Új európai irányelvek a szívelégtelenség kezelésére

Az Európai Kardiológiai Társaság stockholmi kongresszusán öt vezető orvostechnológiai cég – a Medtronic, a Sorin Group, a Biotronik, a Guidant és a St. Jude Medical – tovább folytatta kampányát, hogy tájékoztassa az orvosársadalmat a szívelégtelenség kezelésére vonatkozó új európai irányelvekről. A cél az, hogy az európai szívgyógyászok megismerjék a betegség műszeres kezelésének előnyeit és gazdaságosságát, így optimális döntéseket hozzanak a szívelégtelenségben szenvedő betegek kezeléséről.

Az Európai Kardiológiai Társaság (ESC) „A krónikus szívelégtelenség diagnosztizálásának és kezelésének irányelvei” című átdolgozott dokumentuma először tesz hivatalos ajánlásokat arra, hogy az enyhe vagy súlyos szívelégtelenségben szenvedő pácienseket műszerek alkalmazásával kezeljék. (1) A beültethető cardioverter defibrillátorok (ICD-k) és a szív reszinkronizációs terápia (CRT) előnyeit bizonyító meggyőző adatok fényében az új irányelvek azt ajánlják, hogy az erre alkalmas betegek kezelésénél feltétlenül vegyék figyelembe ezeket a műszereket. A legfontosabb irányelv kimondja, hogy a már eddig is optimális farmakológiai kezelésben (OPT) részesített, szívelégtelenségben szenvedő páciensek közül:

- az ICD-ket azoknak ajánlják, akiknek csökkent a bal kamrai ejekciós frakciójuk (LVEF);
- a CRT-t azoknak ajánlják, akiknek csökkent az LVEF-ük, és kamrai aszinkroniájuk van;
- a CRT-D-t (az ICD és a CRT kombinációját) azoknak ajánlják, akiknek csökkent az LVEF-ük, és szív aszinkroniájuk van.

Az ICD (és a CRT-D) terápia kapcsán az új irányelvek emlékeztetnek arra, hogy nyolc nagyszabású ICD vizsgálat meta-analízisének tanúsága szerint az ICD hatékonysága az idő függvénye. Kiderült ugyanis, hogy a terápiának köszönhetően nyert életevek száma az utókezelés hosszával párhuzamosan látványosan növekszik. (8)

Az új irányelvek várható következményei

Az új irányelvek közzététele nyomán valószínűleg egyre több helyen honosítják meg a szívelégtelenségben szenvedő betegek műszeres gyógyítását, mint általános klinikai gyakorlatot. Számtalan olyan beteg van, aki az ESC új ajánlásai alapján műszeres kezelésben részesülhet. A dokumentum szerint a súlyos szívelégtelenségben szenvedők mintegy 20%-ának széles (legalább 120 msec-es) QRS-komplexusa van, ami kamrán belüli vagy kamraközi áramlási rendellenességekre utal.

A ferrarai (Olaszország) Roberto Ferrari professzor, a szívelégtelenség egyik legnevesebb európai szakértője szerint figyelemre méltó, hogy az ESC ajánlások hamarabb láttak napvilágot, mint az Amerikai Kardiológiai Társaság (ACC/AHA) ajánlásai (10), amelyek csak augusztus 16-án jelentek meg az interneten. Az ACC/AHA szívelégtelenségre vonatkozó, átdolgozott irányelvei igencsak alátámasztják az ESC irányelveit, és összhangban állnak velük. Az ICD és a CRT terápiaikat jelenleg I. osztályú. A szinten bizonyított indikációként javallják számos szívelégtelenségben szenvedő beteg, köztük azok számára, akik a MADIT II, az SCD-HeFT CARE-HF és a COMPANION kísérletben részt vettek.

Szívelégtelenség

– a probléma súlya és az eddigi terápia

A szívelégtelenség krónikus, folytonos állapot, amely legyengíti az embereket, csökkenti mozgásképességüket, és korlátozza függetlenségüket. A világon több mint 22 millióan szenvednek ebben a betegségben, közülük 6 millióan Európában, 5 millióan pedig az Egyesült Államokban élnek. A szívelégtelenség egyre gyakoribb betegség, kezelése komoly költségeket emészt fel, hiszen a beteget gyakran kórházba kell szállítani, és az életminősége is romlik. Európában évente egymillió beteg kerül kórházba szívelégtelenségi panaszokkal. A szívelégtelenségben szenvedők körében az átlagosnál sokkal gyakoribb fordul elő hirtelen szívéllás. (9).

Az új irányelvek megjelenése előtt a betegeket szinte kizárólaggyógyszerekkel kezelték – elsősorban ACE-gátlókkal, szívetlajtókkal, béta blokkolókkal és digoxinnal. Néhány különleges esetben szívatültetést hajtottak végre, vagy olyan műszereket építettek be a szívbe, amelyek elősegítették a bal kamra működését. Az ESC szívelégtelenséggel foglalkozó munkacsoportja, amelyet a kontinens legjobb specialitáiból állítottak össze, ezekkel az irányelvekkel is elismerte, hogy a CRT-t és az ICD-ket a megfelelőképpen kiválasztott, optimális farmakológiai kezelésben részesített betegek esetében elsőrangú terápiaként kell számon tartani.

Az ICD-k és a CRT hatásosságát alátámasztó bizonyítékok

Az ESC munkacsoportja olyan nagyszabású klinikai kísérletekre támaszkodott, mint a MADIT II(2), a COMPANION(3), az SCD-HeFT(4), a CARE-HF(5) és a nemrégiben elvégzett meta-analízis (6, 7), amikor javasolta, hogy a szívelégtelenségben szenvedőket ICD-kkel és CRT-vel kezeljék. A fenti vizsgálatokba csak olyan betegeket vontak be, akik korábban már optimális farmakológiai kezelésben részesültek.

■ Az ICD beültetése a MADIT II vizsgálatban 31%-kal, az SCD-HeFT vizsgálatban pedig 23%-kal csökkentette a halálozást. Az utóbbi vizsgálatban részt vett egy harmadik, ugyancsak véletlenszerűen kiválasztott csoport. Őket amiodaronnal kezelték, de ez sem bizonyult hatásosabbnak, mint a placebo.

■ A COMPANION-ban részt vevő, CRT-vel vagy CRT-D-vel ellátott betegek körében jelentősen, 20%-kal csökkent a bármilyen okból történő kórházba szállítások és halálozások együttes száma azokhoz képest, akik csak optimális farmakológiai kezelésben részesültek. A CRT-D-vel ellátott betegek csoportjában 36%-kal csökkent a halalozás.

■ A CARE-HF vizsgálatban a CRT 37%-kal csökkentette a halálozások és a komoly szívbetegség miatt történő kórházba szállítások számát, ami a kezelés elsődleges célja volt. A bármilyen okból bekövetkezett halálozások száma 36%-kal csökkent (ez volt a vizsgálat másodlagos célja).

■ A COMPANION és a CARE-HF vizsgálat során is kiderült, hogy a CRT (és/vagy a CRT-D) jelentős mértékben enyhítette a betegek tüneteit, növelte mozgásképességüket, és javította az életük minőségét.

■ A minneapoliszi székhelyű Medtronic, Inc. társaság a világ egyik legnagyobb orvosi műszergyártó cége, amely elsősorban a krónikus betegek igényeit elégíti ki. Internetes címe: www.medtronic.com

■ A Sorin Group (www.sorin.com) a szívsebészeti technológiák kifejlesztése terén világviszonylatban is élenjáró társaság, amely újszerű eszközöket kínál a szívritmus-szabályozásra, az intervenciók kardiológiára és a krónikus vesebetegségek kezelésére.

■ A Biotronik GmbH & Co. KG (www.biotronik.com) az orvosi műszerek és berendezések egyik legnagyobb előállítója Európában, termékei a világ minden táján megtalálhatók. A cég átfogó és korszerű diagnosztikai, kezelési és terápiátámogató megoldásokat kínál a szívritmus-szabályozás és az érrendszeri beavatkozások területén.

■ A Guidant Corporation a szív- és érrendszeri betegségek gyógyításában világviszonylatban is élenjáró cég, amely üttörő jelentőségű technológiákat kidolgozva világszerte megkönnyíti a szív- és érrendszeri betegségekben szenvedők millióinak életét. További információkat a www.guidant.com honlapon olvashatnak.

■ A St. Jude Medical, Inc. (www.sjm.com) kiváló minőségű, újszerű orvosi műszereket és eszközöket tervez, gyárt és forgalmaz, amelyek páratlan klinikai lehetőségeket és komoly gazdasági előnyöket kínálnak mind az orvosok, mind pedig a betegek és az egészségbiztosítók számára.

Hivatkozások: 1. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, és mások: Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. [Irányelvek a krónikus szívelégtelenség diagnosztizálására és kezelésére: összefoglaló (2005-ös átdolgozás).

Az Európai Kardiológiai Társaság krónikus szívelégtelenség diagnosztizálásával és kezelésével foglalkozó munkacsoportja.] Eur Heart J 2005;26:1115-40; a teljes szöveg az alábbi internetes cím alatt olvasható: http://www.escardio.org/knowledge/guidelines/Chronic-Heart-Failure. | 2. Moss AJ, Zareba W, Hall WJ, és mások: Prophylactic implantation of a defibrillator in patients with myocardial infarction and reduced ejection fraction. [Defibrillátor profilaktikus beültetése szívizom-infarktuson átmert, csökkent ejekciós frakciójú betegekbe.] N Engl J Med 2002;346:877-83. | 3. Bardy GH, Lee KL, Mark DB, és mások: Amiodarone or an implantable cardioverter-defibrillator for congestive heart failure. [Amiodaron vagy beültethető cardioverter defibrillátor a pangásos szívelégtelenség kezelésére.] N Engl J Med 2005;352:225-37. | 4. Bristow MR, Saxon LA, Boehmer J, és mások: Cardiac-resynchronization therapy with or without an implantable defibrillator in advanced chronic heart failure. [Szív reszinkronizációs terápia beültethető cardioverter defibrillátorral vagy anélkül előrehaladott krónikus szívelégtelenségben szenvedőknél.] N Engl J Med 2004;350:2140-50. | 5. Cleland JG, Daubert JC, Erdmann E, és mások: The effect of cardiac resynchronization on morbidity and mortality in heart failure. [A szív reszinkronizáció hatása a szívelégtelenséggel összefüggő morbiditásra és mortalitásra.] N Engl J Med 2005. | 6. Nanthakumar K, Epstein AE, Kay GN, Plumb VJ, Lee DS. Prophylactic implantable cardioverter-defibrillator therapy in patients with left ventricular systolic dysfunction: a pooled analysis of 10 primary prevention trials. [Bal oldali kamra szisztolés diszfunkciójú betegek kezelésére profilaktikus beültethető cardioverter defibrillátorral: 10 elsődleges megelőzési kísérlet adatainak összevont elemzése.] J Am Coll Cardiol 2004;44:2166-72. |

7. Desai AS, Fang JC, Maisel WH, Baughman KL. Implantable defibrillators for the prevention of mortality in patients with nonischemic cardiomyopathy: a meta-analysis of randomized controlled trials. [Beültethető defibrillátorok a nem-ischaemiás szívmegbetegségben szenvedő betegek halálzásiának csökkentésére: véletlenszerűen kiválasztott mintán elvégzett, ellenőrzött vizsgálatok metaanalízise.] JAMA 2004;292:2874-9. | 8. Salukhe TV Dimopoulos K Francis D. Editorial. Cardiac resynchronization may reduce all-cause mortality: meta-analysis of preliminary COMPANION data with CONTAK-CD, InSync ICD, MIRACLE, and MUSTIC. [A szív reszinkronizáció csökkentheti a bármely okból bekövetkező halálozást; a COMPANION adatainak metaanalízise a CONTAK-CD, az InSync ICD, a MIRACLE és a MUSTIC figyelembevételével. Inter J Cardiol 2004; 93:101-103. | 9. Merit-HF (metoprolol, a BB in HF patients) @ 1 year from KM curve: 11 percent - 7.2 percent, NNT 26 LANCET 1999; 353:2001-07. | 10. Hunt és mások: ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult; ACC/AHA Practice Guidelines; 2005. [Az ACC/AHA 2005-ös, átdolgozott irányelvei a felnőtt korban kialakuló krónikus szívelégtelenség diagnosztizálására és kezelésére.]

Az irányelvek teljes szövege az alábbi internetes cím alatt olvasható: <http://www.acc.org/clinical/guidelines/failure/index.pdf>

Látlelet

EGÉSZSÉGÜGYI KOMMUNIKÁCIÓS SZAKLAP
AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓ JOGUTÓDJA

Kiadó: HUNGA-COORD Kiadói Kft. Felelős kiadó: a Kft. tulajdonosa.

újságíró-főszerkesztő: **Balla M. Anna**, orvos-főszerkesztő: **dr. Kollár László**, orvos-szerkesztő: **dr. Salamon Sándor**,

tördelőszerkesztő: **Tick Ervin**, marketing igazgató: **Kéner Zoltán** (Tel.: 06-20/933-1652),

Kiadó és szerkesztőség címe: 2001 Szentendre, Fiastyúk út 2., Pf.: 56.

Tel./fax: **06 (26) 316-659, 06 20 9785-662**, e-mail: **latlelet@dunakanyar.net**

A lap előfizetési díja: 3000 Ft./év. Darabonkénti ára: 425 Ft. ISSN 0865-7424

A Látlelet egymásutánítását a lapon található sorszámozás tükrözi.





A demencia napjaink egyik legsúlyosabb egészségügyi és szociális kihívása, de ennek ellenére az egész világon nem kap megfelelő figyelmet. A világ nagyobbik részén a demenciát még mindig az öregedési folyamat normális velejárójának tekintik. Világszerte **18 millió** ember szenved demenciában. A demencia leggyakoribb oka az Alzheimer-kór, a demenciák **60-70%-át** képezi. **Az elkövetkező 20 évben a demenciával élők száma várhatóan megduplázódik, így 2025-re már eléri a 34 milliót, ami azt jelenti, hogy mindennap újabb 2000 ember betegszik meg demenciában világszerte, és ebből naponta legalább 1200-1400 a rettegett Alzheimer-kór áldozata lesz.** Az Alzheimer-kór nem válogat és nincsenek társadalmi, gazdasági, kulturális, etnikai vagy földrajzi határai, így bárki „áldozata” lehet a gyógyíthatatlan kórnak. A lista hosszú, csak néhányan az ismertebb személyek közül: Kant, Jonathan Swift, Robert Graves, Somerset Maugham, Iris Murdoch, Maurice Ravel, Thomas Dorsey, Helmut Zacharias, Aaron Copland, Frank Sinatra, Rita Hayworth, Geraldine Fitzgerald, Charlton Heston, Charles Bronson, Winston Churchill, Cyrus Vance, Henry Ford, Ronald Reagan, Sugar Ray Robinson és a világhírű élő magyar legenda, Puskás Ferenc.

Alzheimer Világnap Magyarországon

A szakértők és a szakirodalom becslései alapján, valamint figyelembe véve a demencia-előfordulás európai gyakoriságát, **Magyarországon a 60 év feletti lakosság 12-15%-nál azaz 250-300 ezer embernél fordul elő valamilyen demencia.** Az Alzheimer-kórban szenvedők száma elérheti a **160 ezret**, de a betegségben érintettek (családtagok) száma viszont ennek a többszöröse, **hiszen a 160 ezer beteg ugyanennyi család, gyermek és unoka életét változtatja meg gyökeresen a későbbiek során.** Az Alzheimer-kór nemcsak a beteg és családja, szűkebb környezete problémája, **hanem össztársadalmi probléma gazdaságilag és szociálisan egyaránt.** A hazai Alzheimer világnapi rendezvények – a Nemzetközi Alzheimer Társaság felhívásához csatlakozva – azt az üzenetet kívánják közvetíteni, hogy mindenki segíthet a demenciával küzdő emberek megbélyegzése elleni világszerte zajló küzdelmekben, ha nyilvánosan és hangosan elmondhatják a demenciával kapcsolatos tapasztalataikat.

Ha valamennyi érintett – az egészségügyi és szociális terület szakemberei, a napi 24 órás ellátást biztosító gondozó családtagok, a kormányzati döntéshozók, az egészségpolitikai kérdésekben szavazó parlamenti képviselők, a művésztszadalom (írók, költők, énekesek, színészek, képzőművészek), a egyházi közösségek, a rendőrök és a bolti eladók, akik munkájuk során igen gyakran találkoznak összezavarodott emberrel akár az utcán vagy egy bevásárlóközpontban is – egyszerre kap szót.

Egyszerre beszélhetnek a demenciával kapcsolatos tapasztalataikról – az iskolában, a templomban, a munkahelyen vagy a médiában. Ily módon demonstrálhatják, hogy valamilyen módon – ha mégoly csekély mértékben is – **mindannyiunkat érint a demencia problémája**, de ezáltal válnak a tévhitet is legyőzhetővé. Az Alzheimer Világnap hazánkban is a cselekvés katalizátoraként működhet, és az dei Világnapi események nemcsak a betegségre hívják fel a társadalom figyelmét, hanem segíthetnek megteremtetni az alapvető és szükséges forrásokat. A Világnap szervezői nyomatékosan szeretnék felhívni a figyelmet arra, hogy ha a szakma, a döntéshozók, és a civilek között nem kezdődik el időben a közös gondolkodás a problémák kezelésének hogyanjáról, úgy a növekvő számú betegek magas ellátási költségei hirtelen rónak majd óriási terhet az amúgy is alulfinanszírozott egészségügyi és szociális ellátórendszerre.

Az előrelépés nélkülözhetetlen elemei

1.) GYÓGYSZERTÁMOGATÁS

Mivel még 2005-ben is elérhetetlenek a korszerű terápiát jelentő gyógyszerek az Alzheimer-kórban szenvedők többsége számára, **különösen fontos a betegek jogainak érvényesülése és szociális biztonsága érdekében,** hogy legkésőbb 2006. január 1-től **már hazánkban is legalább 70%-os támogatással juthassanak hozzá a betegek** mindhárom korszerű terápiát jelentő gyógyszerhez, csakúgy, mint az EU országai-ban, ahol a támogatás mértéke 80-100% közötti, és csakúgy, mint az összes többi krónikus betegségben szenvedő sorstársuk itthon. „...Szomorú tény, de 2003. decemberében csupán 579 és 2005. január-februárban is mindössze 1408 magyar Alzheimer-beteg jutott hozzá támogatással a korszerű terápiához. Az OJEP ezen legutolsó adatai is egyértelműen azt mutatják, hogy még az 50%-os támogatás mellett is alig nőtt a gyógyszerhez jutó betegek száma.” – olvasható betegek érdekeit képviselő civil jelentésben

Alzheimer világnap
2005. szeptember 21.

Az Alzheimer Világnap évenkénti megrendezését 1994-ben indította útjára a Nemzetközi Alzheimer Társaság (ADI) az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával, és napjainkra már 70 ország csatlakozott ehhez a kezdeményezéshez. Minden év szeptember 21-én, Ausztráliától Zimbabwéig emberek tömegei vesznek részt olyan eseményeken, amelyek segítségével felhívhatják a figyelmet az Alzheimer Világnapra és kifejezhetik szolidaritásukat a globális ügy mellett.

2.) ÁPOLÁSI DÍJ

A „Feledékeny Emberek Hozzáértőinek Társasága” azt szeretné elérni, hogy **az országgyűlés tárgyaljon az ápolási díjnak legalább a minimálbér szintjére történő felemeléséről.** Alkosson új törvényt, amelyben teljes értékű munkának és munkaviszonynak ismerik el a demens-beteg ápolását végző családtag gondozói tevékenységét. Még a korszerű gyógyszeres terápia mellett is néhány év után a beteg mindenképpen napi 24 órás ápolásra szorul, amit az ellátórendszer hiányossága miatt egyedül a családnak kell biztosítani. Ez fizikailag, lelkiileg és anyagilag is hihetetlen terhet ró az egész családra. Ma Magyarországon alig több mint 13 ezer forintot kapnak havonta azok a hozzátartozók, akik az Alzheimer-betegek ápolását saját otthonukban végzi. A törvény ugyan ma is lehetővé teszi a rászoruló családtagok otthoni gondozását, de a jelenlegi szigorú feltételek korlátozzák az igénybevételt. Ez különösen igaz az Alzheimer-beteg esetében, aki bár betegsége következtében – még az orvosi szakvélemény alapján is – súlyosan és végleg fogyatékosokká válik, de törvényileg azonban mégsem minősülnek annak.

„Társaságunk azt szeretné elérni, hogy az országgyűlés tárgyaljon az ápolási díjnak legalább a minimálbér szintjére történő felemeléséről. Alkosson új törvényt, amelyben teljes értékű munkának és munkaviszonynak ismerik el a demens-beteg ápolását végző családtag gondozói tevékenységét.

Véleményünk szerint, minden súlyosan fogyatékos Alzheimer-kórban vagy más demenciában szenvedő beteget gondozó hozzátartozónak jogos igénye, hogy a jelenlegi méltánytalanul alacsony havi 13-15 ezer forint helyett, legalább a minimálbér összegét kaphassa ápolási díjként csakúgy, mint az EU más országában is. Azt gondoljuk, hogy ha a demens-betegeket az állam az ellátórendszer hiánya miatt nem képes ellátni, és ezért gondozásukat valamelyik saját hozzátartozója végzi a beteg otthonában, akkor a gondozást végző hozzátartozót ezért a munkáért alanyi jogon megilleti legalább a minimálbér minden egyéb jövedelemtől, ellátástól és nyugdíjtól függetlenül is.

Fentiek alapján **Társaságunk fontosnak tartja, hogy mielőbb szülessen egyértelmű állásfoglalás arra vonatkozóan, hogy a demens-betegek saját otthonukban, hozzátartozójuk által történő napi 24 órás gondozása és ellátása teljes értékű munkavégzésnek, a Munka Törvénykönyve szerinti munkának minősül, csakúgy, mint intézményi keretek közötti ellátásuk esetén.**

Amennyiben munkának minősül a napi 24 órás gondozói tevékenység, úgy az ápolási díjat a gondozást végző hozzátartozónak, ne mint segélyt kelljen kérvényeznie, és ne tekintés kizáró szempontnak a gondozó jövedelmi helyzetét sem, hanem a gondozót az elvégzett munkájáért legalább minimálbér szintű fizetés illesse meg. (Megjegyezzük, hogy az ápolási díj, a méltánytalanul alacsony összegétől eltekintve, egyébként jelenleg is kvázi munkabéreként működik, hiszen munkában töltött időnek számít, az ápolási díj után is kell fizetni a munkabér utáni összes járulékot, valamint TB-re és nyugdíjra is jogosítja az igénybevevő személyt.)

Mivel az Alkotmány szerint az ellátásról való gondoskodás nem az önkormányzatok, hanem az állam kötelességeként meghatározott, **ezért fontosnak tartjuk, hogy a jövőben ne az önkormányzat és főleg ne méltányossági alapon dönthessen arról, hogy kinek fizet ápolási díjat és kinek nem.** (Megjegyezzük, hogy a gyes, a gyed és a nyugdíj igénylése is központilag és nem az önkormányzatoknál történik.) Szükséges lenne tisztázni annak kérdését is, hogy az ápolási díj rendszere szerint is munkának tekintett napi 24 órás gondozást miért a Szociális Törvény szabályozza a Munka Törvénykönyve helyett.

Mivel a magyar Alkotmány szerint az önmaguk ellátására képtelen személyek ellátása az állam kötelessége, ezért meggyőződésünk, hogy az ápolási díj jelenlegi rendszere következtében súlyos diszkrimináció éri a demens-betegeket gondozó családokat, továbbá alapvető emberi, állampolgári és alkotmányos jogaik is sérülnek.”

3.) DEMENS NAPKÖZI-HÁLÓZAT KIÉPÍTÉSE

Egyik legfőbb célunk elérni azt, hogy a demens napközit, mint az alapellátás része, mielőbb bekerüljön be a Szociális trv.-be.

„Sokszor halljuk még döntéshozóktól is: nincs pénz arra, hogy csak megőrzésre fizessünk meg embereket. Sajnos, az Alzheimer-kór pedig egy olyan betegség, ahol nem infúziót kell bekötni a betegnek, nem gyógytor-náztatni kell őt, hanem éppen csak ott kell lenni vele és egy másfajta terápiát – egy úgymond memória-terápiát – kell a beteggel folytatni. Ezt a demens napközi tudja a számukra biztosítani. Bármennyire is hihetelen,

de az Alzheimer-betegek is igénylik az impulzusokat, a társaságot, az együttlétet, a játékot, a simogatást és az érintést. A rendszeresen gyakorolt régi dolgok pedig tovább képessé teszi őket még az önálló cselekvésre is; a megszokott napirend és a foglalkozások pedig keretet adnak az életüknek. Azt gondoljuk, hogy nem a drága kórházi elhelyezés a megoldás, ahol csak magukba süppednek, sokszor durván bánnak velük, és nagyon gyorsan le is épülnek, hanem inkább a költségtakarékosabb napközi, ahol feladatok megoldására stimulálják, motiválják őket és ahol igazán emberi életet élhetnek.

A napközi az igazi segítség a hozzátartozóknak is, hiszen egy-egy szabadnapot jelent számukra, amikor ügyeiket intézhetik és saját egészségükkel is foglalkozhatnak, miközben nem kell aggódniuk betegük biztonságáért. Kiemelendő a napközi fontossága még abból a szempontból is, hogy ha a beteg szülő ápolása a gyermekre marad, aki egyébként még aktív dolgozó. Sok esetben kényszerül arra a 40-50 éves korú gyermek, hogy feladja az állását és havi néhány ezer forint ápolási díjért gondozza beteg szülőjét, mindamellett, hogy még saját családjáról, kiskorú gyermekeiről is neki kell gondoskodnia.”

4.) DEMENS ÁPOLÁSI TRÉNING

Jelentés: „...A hazánkban első alkalommal megrendezésre került közös szakmai és hozzátartozói tréning során széleskörű konzultáció valósulhatott meg a családoknak nyújtandó segítség és támogatás érdekében. A betegek intézményi és családon belüli problémáinak feltárásán túl a jövőbeli megoldási lehetőségek is világossá váltak a skót modell ismeretében. Célunk elérésének csak első lépését jelentette a sikerrel zárult tréning. A következő lépés a Skót Képzési Program magyarországi akkreditációja lesz. Ezt követően elkezdjük a szakmai és hozzátartozói képzéseket a kiképzett trénerek közreműködésével. Ezúton is szeretnénk tájékoztatást adni arról, hogy megrendezésre került Budapestén „Az Alzheimer-kórban és más demenciában szenvedők ápolása-gondozása” című skót-magyar tréning sorozat a Feledékeny Emberek Hozzáértőinek Társasága és az Alzheimer Scotland – Action on Dementia közös együttműködése keretében. A tréning első részében trénerek képzése történt. Demens betegek ápolása területén dolgozó 25 magyar szakember és tréner kapott egyrészt átfogó képet az évek óta sikeresen működő skót Carer Education Programme-ról, másrészt magas színvonalú elméleti és gyakorlati képzést ahhoz, hogy maguk is felkészültebben végezhessék mindennapi munkájukat, valamint hogy megszerzett tudásuk segítségével a jövőben ők képezzék ki mindazokat a jelenlegi és leendő magyarországi ápolókat, szociális munkásokat és más munkatársakat, akik demens betegekkel foglalkoznak kórházakban, ápolási otthonokban, önkormányzatoknál és a kialakulóban lévő demens napközhálózatban stb., valamint azokat a családtagokat is, akik saját otthonukban végzik szeretteik napi 24 órás gondozását. A tréning másik részében egy 27 fős hozzátartozói csoport kapott széleskörű képzést. A nagy tapasztalatokkal rendelkező Lori Stevenson előadásából megismerhették a skót ápolási program lényegét és filozófiáját is, mindamellett, hogy a hozzátartozói képzés alapvetően arra irányult, hogy minél több elméleti tudás és gyakorlati tanács átadásával felkészítse a hosszútávú otthoni ápolást végző családtagokat feladatuk további sikeres végzésére. A tréning nagyobb témái voltak pl. a demencia, a kommunikáció, a nehezen kezelhető viselkedés, a kontinencia elősegítése és a vigyázunk magunkra is. A tréning után a hozzátartozók úgy érezték, hogy kompetensebbek lettek gondozói szerepükben, hiszen bővült a demenciáról való ismeretük és a gondozási stratégiáik tára. Tréningen résztvevők véleményéből: „Azt hittem eddig, hogy csak egyedül vagyok a problémámmal és most megtudtam, hogy nem vagyok egyedül, sokan vannak még rajtam kívül hasonló helyzetben. Most sokkal erősebbnek és magbiztosabbnak érzem magam a feladatira. Megértettem azt is, hogy mi zajlik le a feleségem agyában. Megtanultam, hogy sokkal nagyobb türelemmel és sokkal több szeretettel és simogatással kell közelednem hozzá. Mindezeket soha senki nem mondta el nekem. Nagyon köszönöm Lorinak, hogy ő ezt megtette.” (Férj) „Ügy érzem sokkal tájékozottabb vagyok. A tréning hozzásegített, hogy el tudjam fogadni ezt a helyzetet, és ne harcoljak ellene. Megértettem, hogy anyu beteg.” (18 éves lány)

Az Alzheimer Világnapon megtartandó hazai események: 1. A Magyar Tudományos Akadémia Kupolatermében irodalmi Felolvasó Est | 2. Dávid Viktória gospel énekesnő Jótékonyági Koncertje Kecskeméten | 3. 46 Tesco áruházban rendezendő lakossági felvilágosító kampány | 4. IX. Magyar Alzheimer-kór Konferencia Kecskemét, szeptember 21-23.

Pontosan ezt a felismerést szeretnénk mások tudtára is adni: ők sincsenek egyedül. Nagyon fontosnak tartjuk a hozzátartozókról való fizikai és mentális gondoskodás kérdését, mivel jól tudjuk, hogy a 8-10 éven át végzett 24 órás ápolási feladatuk ellátása során gyakran maguk is pszichikai és pszichoszomatikus zavarokkal küzdenek.

5.) VIVAGO® SEGÉLYHÍVÓ RENDSZER

A betegek felügyeletében és ellátásában új lehetőséget jelentő segélyhívó rendszer széles körű használata Magyarországon is nagy segítséget nyújtana az Alzheimer-kórban és más demenciában szenvedőknek és családtagjaiknak is csakúgy, mint az Európai Unió több országában. Közismert, hogy a fiatal generáció idejét ma nagyrészen a megélhetésért folytatott mindennapi küzdelem köti le, ezért igen gyakran szembesülnek azzal, hogy sem lehetőségük sem idejük nincs idősekre vagy krónikus beteg hozzátartozóikról napi 24 órában gondoskodni. Tudvalévő az is, hogy egészen mostanáig, éppen az állapotuk és betegséjük miatt legrászorultabbnak nem állt rendelkezésre olyan korszerű otthoni segélyhívó rendszer és eszköz, amely megfelelő és megnyugtató védelmet tudott volna nyújtani számukra és aggó-dó családtagjaik számára is. Éppen ezen a helyzeten kíván változtatni a már jelenleg hazánkban is nagy sikerrel működő, forradalmian új és egyedülálló Vivago® rendszer. Technikai fejlesztések eredményeként mára már Magyarország egész területén üzemeltethető az otthoni Vivago® segélyhívó rendszerek.

Miben segíthet a rendszer?

- A hosszú távú ápolásra-gondozásra szoruló idős és beteg emberek biztonságát szavatoló új és korszerű berendezés egy folyamatosan viselendő könnyű és kényelmes karkötőhöz hasonló formájú érzékelőből, valamint a lakásban telepítésre kerülő kis méretű segélyállomásból áll.
- A Vivago® segélyhívó rendszer az idős és beteg ember aktivitási paramétereit éjjel-nappal megfigyelve, a karkötő viselőjének közreműködése nélkül, automatikusan is képes segítséget hívni.
- Vészhelyzetben – ha a karkötőt használó idős vagy beteg állapotában változás történik, például ha el-esés vagy rosszullét következtében eszméletvesztés, mozdulatlanlág lép fel – a karkötő rádióhullámokon keresztül riasztást küld a lakásban elhelyezett segélyállomásnak. A segélyállomás a riasztás információt telefonon továbbítja az értesítendő feleknek, akik leginkább a felügyelt és védelem alatt álló személy családtagjai, vagy gondozó személyzet. A segélykérések tetszőlegesen vonalas vagy mobil telefonra, ill. elektronikus levélcímekre is továbbíthatók.
- A berendezés képes azt is jelezni, ha a karkötőt viselő személy eltávolítja csuklójáról az érzékelőt, vagy esetleg elhagyja az előre meghatározott és a rendszer által felügyelt területet. Így könnyen ellenőrizhető és biztosítható a felügyelet folyamatossága.
- Mint ismeretes, az Alzheimer-kórban és más demenciában szenvedő betegek esetében az elköborlás nagyon komoly veszélyt és problémát jelent a család és a gondozók számára egyaránt. Egyedül csak a Vivago® rendszer képes jelezni, ha a beteg elhagyja az otthonát.
- Az Alzheimer-kórban és más demenciában szenvedő betegek biztonságát növeli továbbá az is, hogy a rendszerhez – igény szerint – még füst-, tűz- és vízjelző eszközök is csatlakoztathatók.
- A berendezés által az idős és beteg emberek állapotára, ill. állapotának változásaira vonatkozóan is hasznos információkat kaphatunk a személyről szolgáltatott aktivitási adatok elemzésével.
- Alzheimer-betegeknél még további segítséget és biztonságot jelenthet az is, hogy az alkalmazott gyógyszeres terápiák hatása grafikus formában, egyszerűen nyomon követhető az éjszakai/nappali ritmus hányadosának megjelenítésével.

6.) OKTATÁSI PROGRAM GYERMEK RÉSZÉRE

A Feledékeny Emberek Hozzáértőinek Társasága a Magyar Vöröskereszttel közösen 2004-ben kezdte el a Dán Alzheimer Társaság 6-9 éves korosztály részére kidolgozott „Nagyapa nem bolond” c. tananyagának magyarországi kipróbálását több ezer gyermek részvételével. A demenciának a lakosság egyre szélesebb körében történő elterjedése miatt sok gyerek közvetlenül is találkozik demens emberrel, vagy csak ismer ilyen valakit. Sajnos, ezeket a gyerekeket a szülők vagy a rokonok gyakran nem tájékoztatják kellőképpen, pedig ennek hiányában a betegség fölösleges félelmet válthat ki belőlük, és meg is ronthatja a kapcsolatukat a beteggel. Ha egy családtag demenssé válik, úgy nemcsak a beteg, hanem bizonyos értelemben a többi családtag viselkedése is megváltozik. Mindezidáig azonban nem túl nagy figyelem összpontosult arra, hogy milyen hatással van mindez a gyerekekre. Bár azt már eddig is tudni lehetett, hogy igen súlyos traumát okozhat nekik, ha a nagymama egyszer csak nem emlékszik már az unokája nevére sem, vagy minden ok nélkül megszidja, esetleg elutasítja a közeledését, illetve ha a nagypapa elszökik otthonról, vagy netán bántalmazza a nagymamát. A témát egy könnyen olvasható, színes illusztrációkkal ellátott olvasókönyv dolgozza fel, amely egy gyerek szemszögéből mutatja be a mindennapokban felmerülő problémákat. A könyv rövid történetei az órai beszélgetések bevezetéséhez nyújtanak segítséget, illetve további inspirációt is adnak több olyan fontos téma megvitatásához, mint a magárahagyatottság, a szegény, a bűntudat, a féltékenység, egy másik személy terrorizálása, a kétségbeesés, a kiábrándultság, a harag, az aggodás és a betegség miatti másság.

SAJTÓANYAGI ÖSSZEÁLLÍTÁS