

A rák már észlelt, de még nem a helyén értékelt társadalmi terhelés

Prof. Dr. Simon Tamás

Magyar Rákellenes Liga és Semmelweis Egyetem ÁOK Népegészségügyi Intézet

A 21. század második évtizedében el kell fogadtatni azt a tényt, hogy a rák diagnózis nem egyenlő a halálos ítélettel. Napjainkban a rákbetegség már krónikus betegséggé vált, amit részben meg lehet előzni, a betegek felét meg lehet gyógyítani, és azok, akik tényleg gyógyíthatatlanok, sokkal tovább élnek – elfogadható életminőségben.

A 2011 novemberében tartott Rákbeteg Szervezetek Vezetőinek Csúcstalálkozója azt ajánlja, hogy világszerte a rákkérdés társadalmi problémaként kerüljön értékelésre és négy területen fordítsanak a társadalmak figyelmet a rák problematikájára: [1] a rákmegelőző életmód, [2] a korai felismerés lehetőségeinek megszervezése és szorgalmazása, [3] a fájdalomcsillapítás és [4] a túlélők visszaillesztése a társadalomba (reszocializáció).

A közlemény mind a négy ajánlott terület rövid hazai bemutatását és aktualitásait mutatja be, aláhúzza azt, hogy mind a négy területen vannak jelentős teendők mind az egyéneknek, mind a közösségnek, de a társadalomnak is.

Cancer is a perceived, but not in the real place evaluated social burden. In the second decade of the 21st century we have to make to accept for everyone: a diagnose of cancer is not equal to a death sentence any more. Nowadays cancer became a chronic disease, which has to be partly prevented, half of the diseased people are curable, and those people, who remain incurable, can live longer in acceptable quality of life.

The World Cancer Organizations Leader' Summit (in November 2011) propose for societies worldwide to estimate the cancer as a social issue and organize activities about [1] cancer preventive lifestyle, [2] organization and acceptance of the early detection practices, [3] the pain relief and the [4] resocialisation of survivors.

This publication tries to show and actualize the state of the art in all the four proposed issues in Hungary emphasizing on the facts that in all four fields there's much to do by the individual as well as by the communities and the whole society, too.

A rák évszázadok óta itt van, rákban az évek során sokan haltak meg és ez közrejátszott abban, hogy a közvélemény többsége a rákbetegséget a halál szinonimájaként azonosítja, értékeli, és propagálja. Ez a sötét, negatív kép, pesszimizmust indukáló közfelfogás a 21. század második

évtizedében már túlhaladott, káros, megváltoztatható és megváltoztatandó szemlélet és hozzáállás [5].

Kétségtelen, hogy rákban sokan halnak meg, tehát veszélyes betegség, de például keringési betegségben háromszor annyian hagynak itt bennünket, mégis a negatív megítélésű betegségek között a köztudatban a rák a vezető életet rövidítő megbetegedés.

Az Egészségügyi Világszervezet 2002-ben, Genfben tartott értekezlete már megállapította, hogy az orvostudomány eredményeinek köszönhetően a 21. században a rák egyre inkább a krónikus betegség besorolásra tarthat igényt. Már 10 évvel ezelőtt is hangsúlyozták, hogy három lehetséges rákbeteg közül:

- az egyik megbetegedését meg lehet előzni, el lehet kerülni,
- a másikat, bár megbetegszik, véglegesen meg lehet gyógyítani,
- míg csak a harmadik beteget fogjuk a rák miatt elveszíteni, de ő is sokkal tovább életben tartható [1].

Ezt a WHO állásfoglalást és népszerűsíti a Magyar Rákellenes Liga 2006 óta alkalmazza, kiadványaiban, programjaiban rendszeresen hivatkozik rá.

A világ rákellenes szervezetei vezetőinek 2011 novemberében Dublinban megtartott csúcstalálkozóján elhangzott, hogy a rák azon kívül, hogy egyéni problémája az érintetteknek, kiemelten társadalmi kérdésként és problémaként is értékelendő. Állást foglalt az említett csúcstalálkozó abban is, hogy minden országban fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a globalizált világban globális gondként jelentkező rákos megbetegedések súlyosan terhelik mind az egyént, mind a társadalom egészének életét. Megállapították, hogy az egyéni felelősségen túl a társadalom egészének kiemelt felelőssége van abban, hogy mennyire terheli az emberiséget a rákbetegség.

Arra is felhívta az említett fórum a figyelmet, hogy nem elég tudomásul venni a problémát. Felelősségünk ott kezdődik, hogy ki, hol, milyen körülmények között mit tesz egyénileg és maga a társadalom a tudomásulvételén túl milyen intézkedéseket, programokat, tevékenységet tervez, vagy végez a rákbetegség elkerülése, időbeni felismerése, a betegek gyógyítása, rehabilitálása és gyógyulása terén, miként támogatja a gyógyultak visszavezetését a társadalomba.

Az mindenkiben tudatosítható tény, hogy nem lehet ezt a veszteséget, amit megelőzhetőként és elkerülhetőként is értékelhetünk 2011-ben. A világ rákszervezeteinek csúcstalálkozója javasolja kiemelten foglalkozni világszerte [3]:

- a rákmegelőző életmóddal,
- a korai felismerés terjesztésével,
- a hatásos fájdalomcsillapítással,
- a túlélők reszocializálásával.

Mind a négy területen vannak teendőink, és el kell gondolkodnunk azon, hogy ismerjük-e azokat és hogy akarunk, tudunk-e tenni és mit a célkitűzések érdekében.

A RÁKMEGELŐZŐ ÉLETMÓDRÓL

A rákmegelőző életmód az egészséges életmód szabályainak ismeretén és betartásán múlik. Tudja-e a lakosság, tudják-e az emberek, hogy miért és hogyan kell egészségesen élni, hogy ők maguk is meghatározhatják, hogy meddig és hogyan éljenek? Tudják-e, hogy egészségük a vagyonuk része, amivel nekik kell gazdálkodniuk?

Azt mindenki tudja, hogy ha van egy lakása, autója, kérekpárja, telke, háziállatai, földje, az része a vagyonának – és ha ezzel tisztában van, akkor vagyontárgyait védi, karbantartja, gyarapítja. Azt viszont igen kevesen tudják és értik, hogy egészségünk is része ennek a vagyonnak, amellyel szintén gazdálkodnunk kell, óvni, gyarapítani és nem elfecsérelni. Ha ezzel tisztában vagyunk, akkor nincs baj. De baj van, mert a lakosság egyötöde nem értékeli, nem értékeli egészségét vagyonként. Ha ez a tudatos egészségfelfogás nem általános – akkor a lakosság egészségi állapota elmarad attól az optimumtól, aminek lehetőségei már most is adottak – és ennek következményei megmutatkoznak a lakosság rövidebb várható élettartamában. Magyarországon a férfiak születéskor várható élettartama nyolc-kilenc évvel, a nők hat-ét évvel elmarad az Európai Unió fejlett tizenöt országának hasonló értékeitől. Ennek az elmaradásnak fő okai a lakosság egészségtelen életmódjából eredeztethetőek [7].

A népesség egészségi állapotát közismerten négy tényező határozza meg:

- az öröklés 20%,
- az életmód 40%,
- a környezet 25%,
- az egészségügyi ellátó rendszer 15%.

Látható, hogy az életmód részesedése a legmagasabb, tehát tisztában kell lenni azzal, hogy mit jelent az egészséges életmód „egészségvagyonunkban”. Az egészséges életmód egyszerű, tizenkét pontba sorolható szabályai a következők:

- személyi higiéné,
- egészséges táplálkozás,
- több mozgás,
- stressztűrés, -kezelés, lelki egészség,
- balesetmegelőzés,
- kiegyensúlyozott szexualitás,
- nemdohányzás,
- kevesebb alkoholos ital fogyasztás,
- drogtagadás,

- időben orvoshoz fordulás,
- egészségüggyel együttműködés,
- egyéni környezettiszttelet, környezetvédelem.

Ha megkérdezzük bármilyen közösséget, hogy sorolják fel, ki él egészségesen, a fenti tizenkét szabály közül általában négyet-ötöt említenek. Szükséges lenne, hogy az ország minden felnőtt lakosa ismerje a fenti tizenkét szabályt, fogadja el azokat, és életvitelét ezek figyelembevételével szervezze. Ezen a téren van sok teendőnk és ezek aktualizálása, megvalósítása az egészség fenntartása, erősítése, védelme érdekében alapvető – mivel ezeknek nem ismerése esetén nem kívánhatjuk sem elfogadásukat, sem betartásukat [4].

A környezet szerepe

Az egészség meghatározói közül a környezet (beleértve a természetes és az épített környezetet) szerepe is jelentős és javítható. Ami általában hiányzik ezen a téren – az egyének és a társadalom részéről egyaránt, az a környezet tisztelte. Sajnos a modern élet sodrában gyakran elfelejtjük, hogy csak egy Földünk van – és hogy a Földet nem örököltük nagyszüleinktől – szüleinktől, hanem gyermekeinktől, unokáinktól kaptuk kölcsön.

Ezt az alapvető különbséget kell megértenünk, elfogadnunk, mivel azt, amit örököltünk, azt elfecsérelhetjük, eltékozolhatjuk, de a kölcsönt azt maradéktalanul – esetleg kamatostul kell visszaadnunk annak, akitől kaptuk.

Vajon így járunk-e el a kölcsönkapott Földdel?

Sajnos a 20. század közepén dátumhoz kötve meghatározható, hogy a homo sapiens – a gondolkodó ember – kihalt. A ma is élő emberiség már nem a homo sapiens körébe sorolható, hanem egy új, egy igen kártékony és veszélyes fajba, a homo naturam destruens (a környezetromboló ember) fájába. A modern embernek a hulladékgyártás, szemetelés az egyik legjellemzőbb tulajdonsága és a szemetelés, hulladékgyártás kapcsán kialakuló természetrombolás igencsak károsan befolyásolja az egészséget. A környezetrombolás – környezetszennyezés nem csupán egyéni hiba, de állami felelőtlenség is.

Az egészségügyi ellátás

Az egészségügyi ellátásnak bár csak 15%-os a felelősége az egészség meghatározói között, de azt tudni kell, hogy társadalmi felelősség a közösség tagjairól úgy is gondoskodni, hogy ne maradjanak a szükséges egészségügyi ellátás nélkül.

Az öröklés szerepe

Sokan úgy gondolják, hogy az öröklés hatásait az egészségi állapotra nem tudjuk befolyásolni.

Ez nagy tévedés! Gondoljunk csak a kötelező védőoltásokra, amelyekkel egy veleszületett hajlamot egyes betegségekre tudunk megváltoztatni, de a modern genetikai és patológiai kutatások fel tudnak tártani olyan lehetőségeket, hogy egyes receptorok közömbösítésével megakadályozzunk egyes megbetegedéseket.

Látható, hogy az egészségre ható tényezők tanulmányozása, értékelése, befolyásolása tulajdonképpen egyszerű dolog, de éppen egyszerűségük, magától értetődésük miatt nem eléggé tudatosan értékelt és nem kellő mértékben indukál mindennapi tevékenységet.

A fentiekből világosan látható, hogy az egészséges életmód és az egészséget meghatározó egyéb tényezők tudomásul vétele és helyén kezelése terén vannak sürgős teendők.

A korai felismerés kérdéséről

Az közismert, hogy lakossági rákszűrés a mellrák és a méhnyakrák irányában folyik már közel tíz éve. Hatékonyságának azonban komoly gátja, hogy a behívottak jelentős hányada nem jelenik meg. Az Egészségügyi Világszervezet állásfoglalása alapján akkor eredményes a lakossági szűrés, ha bevezetése után 2-3 évvel jelentős csökkenés mutatkozik a kérdéses betegség halálozásában. Ez az állapot akkor következik be, ha a szűrővizsgálatra behívottak legalább 70%-a megjelenik. Hazánkban ettől az aránytól mindkét szűrés tekintetében még távol vagyunk, bár a mellrák-szűrésen a közel 50%-os megjelenést, ha kiegészítjük azok adataival, akik a szűrendő korcsoportba tartoznak – és orvosi beutalásra vettek részt a mammográfiás vizsgálaton, akkor megközelítjük az elvárt 70%-os vizsgálati arányt – és már mutatkozik is a halálozás csökkenése. Négy éve lassan csökken a mellrák halálozás hazánkban, és ezt bizvást mondhatjuk a szűrővizsgálat kívánt következményének. Mindezek mellett a 45-65 éves hölgyeket folyamatosan kell kérni, hogy jelenjenek meg a szűrővizsgálaton.

A méhnyakrák szűrés „eredményei” korántsem ilyen biztatóak. Jelenleg 100 behívott hölgy közül tíznél kevesebben mennek el a szűrővizsgálatra. Ezt a szomorú arányt javítja, hogy a rendszeres nőgyógyászati vizsgálat is kiterjed a méhnyakrák szűrésre, de még ez sem emeli fel az átszűrési arányt 35-40% fölé. Mindenképpen el kellene érni, hogy a megjelenés mindkét vizsgálaton elérje, vagy haladja meg a 70%-ot. Megoldható ennek a célkitűzésnek teljesítése, de sokkal nagyobb aktivitást igényel mind a hivatalos, mind a civil szervezetek részéről. Magyarországon méhnyakrák miatt még mindig 4-500 jórészt 50 évnél fiatalabb nőt veszítünk el évente, ugyanez a szám pl. Finnországban nem éri el a tízet sem, de ott méhnyakszűrésen a behívottak megjelenési aránya több, mint 75%-os.

A vastagbélrák korai felismerésére a széklelettel ürülő vér meghatározása szolgál, ez a szűrővizsgálat jelenleg bevezetés alatt áll.

A fentiekben kívül vannak egyéni szűrővizsgálati lehetőségek is, amit vagy a háziorvos vagy szakorvos kezdeményezhet. Ezek közül a prosztata specifikus antigén (PSA) meghatározást emelném ki, aminek elvégzését 50 év feletti férfiak esetében javasoljuk.

A fájdalomcsillapítás

A rákbetegek gyógyításának gondoljai a kemo-, radio- és biológiai gyógyítás mellékhatásainak mérséklése, valamint a végstádiumhoz közeledő vagy már abban kezelt betegek

fájdalomcsillapítása. Az Egészségügyi Világszervezet már húsz évvel ezelőtt kidolgozott egy fájdalomcsillapítási irányelvet, és javasolta, hogy minden orvos, aki rákbeteget kezel, tartsa magát az abban meghatározottakhoz.

A Nemzetközi Rákellenes Unió 2011-es adatai szerint a világon fájdalommal küzdő rákbetegeknek csupán kevesebb, mint 40%-a részesül hatásos fájdalomcsillapításban.

A WHO fájdalomcsillapítási protokolljának legfelső fokán kábító hatású (opioid) szerek vannak – és sajnos ez az oka annak, hogy a kezelőorvosok sokszor későn kezdik ezeket alkalmazni – félvén a kábító hatású szerekhez való hozzászokás okozásától, de az adott ország kábítószer rendelésének előírásától is. Amióta a 20. század utolsó harmadában az Egyesült Királyságban Cecily Saunders asszony az általa vezetett hospice-ban engedélyezte a tulajdonképpeni korlátozás nélküli opioid használatot, kiderült, hogy az ilyen típusú fájdalomcsillapítók adásának korlátozás alóli felmentése igen pozitív életminőséget tud adni, a már az étlettől eddig méltatlan körülmények között búcsúzó rákbetegeknek. A rákbetegek fájdalomcsillapításának kérdése a Magyar Rákellenes Ligában mindig központi kérdés volt. A Liga előző elnöke, dr. Vasváry Artúrné a múlt század utolsó és e század első évtizedében „fájdalomcsillapító roadshow”-kat szervezett, első sorban háziorvosok részére a hatásos fájdalomcsillapítás lehetőségeiről. Ezt a hagyományt kívánjuk az elkövetkezendő évek során folytatni – feleleveníteni, hogy ne kelljen csillapítatlan fájdalmak között búcsúzni számos rákbetegnek.

A fájdalomcsillapítás terén az orvostudomány, a gyógyszerkutatás új eredményeket is hozott. Közel tíz év óta a rákbetegeket igen meggyőző áttöréses fájdalom ellen is van már feltalált, kipróbált gyógyszer, de ezek társadalombiztosítási befogadása jelenleg még (főleg bürokratikus okok miatt) nehézkes [6].

A jövőben mind az orvos szakmának, mind a betegeket képviselő civil szervezeteknek közös felelőssége a fájdalomcsillapítás lehetőségeinek és gyakorlatának további javítása.

A civil aktivitás erősítése ezen a téren fokozható és fokozni is kívánjuk, hogy minden szinten, minden döntéshozó fórum és az abban résztvevők érzékelték a betegeknek azt a jogos igényt, hogy róluk és nélkülük ne hozzanak se határozatokat, se rendeleteket, se irányelveket, hogy a szigorú költséghatékonysági elvek a gyógyítás lehetőségeit ne korlátozzák.

A túlélők visszavezetése a társadalomba (reszocializáció)

A tudomány, az orvoslás és az egészségügy közös munkájának eredményeképpen egyre többen gyógyulnak meg a rákban megbetegedettek közül. Ez igen örömdetes, hiszen aki meggyógyult, az megszabadult attól a nyomástól, amit a rákbetegség még ma is okoz minden érintettnek és családjának. Ez az örömdetes tény a tudomásul vételén, annak elfogadásán túl viszont egyéni, családi és társadalmi gondokat is jelenthet. Aki teljesen meggyógyult, azzal először el kell hitetni, hogy tényleg a győztesek közé került, azok közé, akik legyőzték a rákot. De felmerül a kérdés, hogy hogyan tovább [3].

Eddig az volt a társadalmi gyakorlat, hogy igen könnyen került rokkant állományba és így rokkant nyugdíjba a leg-

több túlélő. Nem ez volt a gyógyítás célja és ez nem lehet a gyógyítás eredménye. Vissza is kell vezetni a munka világába azokat, akiket meggyógyítottunk. Ez gyönyörű cél, de megvalósítása főleg az eddigi társadalmi gyakorlat alapján kialakult szemlélet miatt hihetetlenül nehéz.

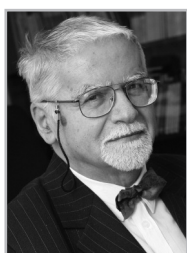
Ha már az érintett elhiszi és elfogadja, hogy ő már gyógyult – kvázi egészséges – az nem elég. Társadalmi intézkedésekre is szükség van a gyógyultak elfogadására, befogadására, foglalkoztatására is. Ezek a fenti célok új társadalmi gondok – de mellőzésük csak azt eredményezheti,

hogy a gyógyult rákbeteg elhelyezkedési nehézségek miatt társadalmi szinten nem lesz gyógyult. Ezért kell ezt a kérdést, a gyógyult rákbetegek reszocializálásának kérdését állandóan szorgalmazni, hogy ne vesszen el társadalmi oldalról az a csodálatos eredmény, hogy orvosi-egészségügyi szempontból annyi embert meggyógyítanak. Az ő társadalmi rehabilitációjuk lesz az a végső eredmény, amiért mind az egyén, mind az orvostudomány, mind az egészségügy – de az egész társadalom is tett és tehet többet a jövőben.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines WHO 2002 Geneva
- [2] World Cancer Report 2008 IARC-WHO 2010 Geneva
- [3] M. Richards et al The National Cancer Survivorship Initiative British Journal of Cancer 105 Supplement 2011
- [4] Simon T. Az egészség alapja az egészségnevelés Természet Világa 134. 2. különszám 3-5, 2003
- [5] Is it safe, is it tolerable. Editorial Cancer World 38. 3-4 2010
- [6] Telekes A. Áttörő fájdalom kezelése az onkológiában Onkológia 1 (4) 243-248. 2011
- [7] Sándor J. Ártány R. A daganatos megbetegedések incidenciája, és az általuk okozott halálozás alakulása Magyarországon. In Kásler M. szerk. Az onkológia alapjai 71-..0 Medicina 2011

A SZERZŐ BEMUTATÁSA



Dr. Simon Tamás professzor emeritus a Semmelweis Egyetemen töltötte aktív éveit a megelőző egészségügy oktatásában, kutatásában. Fő érdeklődési területe az egészségfejlesztés elméleti és gyakorlati művelése. Meghonosította hazánkban az ifjúsági egészségne-

velésen belül a kortársoktatást, kortárs segítséget. A Magyar Rákellenes Ligának alapító tagja, 2009 szeptembere óta a Liga elnöke. Tagja volt a Nemzetközi Rákellenes Unió (UICC) Rákotatás az iskolákban és közösségekben Szakbizottságának (1992-1999) és az Európai iskolai és egyetemi egészségügyi szervezetek uniójának (1999-2002).

Közlemény

Az egészségügyi közvagyon védelméről

A Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkársága elkötelezett a közvagyon védelme iránt. Éppen ezért a 10 évnél korábban készült röntgenfelvételek újrahasznosításával – a sajtóban ma megjelentekkel ellentétben – nem az előnytelen haszonszerzés támogatása, hanem az egészségügyben keletkező és megőrzött nemzeti vagyon megőrzése és annak visszaforgatása a cél.

30 évvel ezelőtt több, mint 10 millió röntgenfelvétel készült évente Magyarországon. Az egészségügyi technológia fejlesztésével ez a szám némileg csökkent, de még napjainkban is több milliónyi hagyományos röntgenfelvétel készül. A százmillió nagyságrendű röntgenfelvétel 10 évnél hosszabb ideig tartó megőrzése szakmai szempontból nem indokolt, miközben a tárolás aránytalanul magas költségeket ró a szolgáltatókra. Éppen ezért született meg az a jogszabály, amely előírja, hogy 2012. január elseje után a képalkotó diagnosztikai eljárással készült felvételt annak keletkezésétől számított 10 évig kell megőrizni.

A NEFMI Egészségügyért Felelős Államtitkárságának tudomására jutott, hogy különböző vállalkozások megkerestek több egészségügyi szolgáltatót, hogy a leselejtezett filmeket átveszik, akár ingyen elszállítás fejében is. Az ágazati vezetés azonban a filmek újrahasznosításából származó hasznot az egészségügybe – részben a kórházak elavult röntgentechnológiájának fejlesztésére, részben más célokra – kívánja visszaforgatni.

Az egészségügyi közvagyon védelme kiemelten fontos a minőségi betegellátás érdekében. A félreértések elkerülése érdekében hangsúlyozzuk, hogy a NEFMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága a GYEMSZI-n keresztül arra utasította a fenntartásában lévő intézményeket, hogy a selejtezésre ítélt röntgenfelvételeket kizárólag az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézetnek (EKI) adják át. A további hasznosításról egyelőre nem született döntés.

Nemzeti Erőforrás Minisztérium Egészségügyért Felelős Államtitkárság