

A betegbiztonság fokmérője az ellátás színvonala

A korszerű gyógyszerek a korábban használtakhoz képest nagyobb hatásokkal kezelik ugyan a különféle betegségeket, mégis az egészségügyi beavatkozások (legyenek bármilyen jellegűek) továbbra is hordoznak bizonyos fokú kockázatot. Mivel a napjainkban általánosan használt – az EU tagállamaiban elérhető – szerek is okozhatnak egészségkárosodást, a betegbiztonság, az ellátás minőségének kérdése az Európai Unió programokban előkelő helyen áll, és a legfőbb célkitűzések sorában a jövőben is élen marad – hangsúlyozták uniós szakemberek egy nemrégiben tartott nemzetközi szemináriumon (Róma, 2014. december 2-3.). Minden előadó leszögezte: a betegek maximális biztonsága csak a magas színvonalú egészségügyi ellátás keretei között képzelhető el. A tartós eredményeket a hatékony terápia alkalmazása szavatolja.

Az Európai Unió országaiban kórházba fektetett csaknem minden tizedik betegről elmondható, hogy a kapott kezelésnek valamiféle negatív következményét is megtapasztalja. Gyakori kockázat a fertőzés, különösen az invazív beavatkozások után, amikor is a kezelőszemélyzet szerint minden negyedik esetben ez jelenti a legfőbb veszélyforrást. A szakemberek úgy vélik, még nagyobb kihívás az antimikrobiális rezisztencia riasztó növekedése. Mindez arra világít rá, hogy a hatékony infekció kontroll (IC) mellett, az antimikrobiális szerek átgondolt, körültekintő alkalmazására van szükség. A betegek biztonságát szem előtt tartva, minimalizálni kell a kezelés során rájuk leselkedő veszélyeket, maximalni kell az igazolt, bizonyított terápiák hasznát. Emellett meg kell teremteni annak feltételeit is, hogy a páciens beleszólhasson a rá vonatkozó egészségügyi döntések megtervezésébe, sőt, bizonyos esetekben a kivitelezésébe is – szögezték le az előadók, fogalmazták meg az írásos ajánlások.

A betegeknek segítséget, azaz pontos tájékoztatást kell nyújtani ahhoz, hogy tudatosabban lássák, fel tudják mérni saját helyzetüket, állapotukat, mert csak ezáltal lesznek képesek beleszólni gyógykezelésükbe. Európa-szerte ezzel is fejleszhető a valódi minőségi ellátás és a betegbiztonság. Az EU szakmai tagozatának (a fogyasztásért, az egészségügyért és az élelmiszerbiztonságért felelős hivatal – EU Consumers, Health and Food Executive Agency, CHAFEA) nemzetközi szemináriumán további fontos elvárásként nevezték meg azt is, hogy a gyógyítók rendszeresen vegyenek részt szakmai továbbképzésen és az intézményvezetők gondoskodjanak a visszacsatolás lehetőségéről. Azaz építsék ki az ellátás során előforduló hibák jelentésének rend-

szerét, de úgy, hogy a műhibák ne csak egy listára kerüljenek, hanem történjen esetelemzés és beavatkozás is. A szakmai munka hatékonyságát javítja, ha a gyógyítási folyamat többi szereplője is értesül az adott hibáról, az elkövetés okáról. A tanulságot pedig célszerű közösen levonni, mert a hasonló tévedés így könnyebben elkerülhető. Az elmondottak hasznosságában az összes résztvevő (egészségügyi szakemberek, politikai döntéshozók, szakújságírók) mélységesen egyetértettek.

LEGYEN KOCKÁZATMENTES ÉS HATÉKONY

Az EU által támogatott projektek fontos célja, hogy biztosítsa a megfelelő feltételeket a gyógyítás kockázatainak minimalizálására, s egyben annak lehetőségét is megteremtse, hogy a páciensek – szükségleteiknek, preferenciájuknak megfelelő – hatékony, biztonságos, magas szintű ellátásban részesüljenek – vezette be a római szeminárium előadásait az egészségügyért, és élelmiszerbiztonságért felelős EU biztos Vytenis Andriukaitis. Az unióban e téren tapasztalható fejlődés képét árnyalja, hogy a tagállamokból érkező statisztikák alapján nehéz pontos helyzetelemzést adni. Ami kirajzolódik, az pedig olykor inkább aggodalomra ad okot – hőkentette meg a szeminárium hallgatóságát az EU biztos, majd példával folytatta: a betegbiztonsági statisztikák szerint minden évben a kórházba fektetett páciensek 8-12%-ánál alakul ki a kezelés során (következtében) nem várt mellékhatás. Az EU tagállamaiban 37 ezer haláleset írható a kezelés során kialakuló fertőzés számlájára! Holott ezen infekciók nagy része megelőzhető, ezáltal elkerülhető, kivédhető lett volna – hangsúlyozta Andriukaitis. A mérhetetlen humán veszteség mellett pénzben könnyebben kifejezhető súlyos terhet okoz – évi 7 milliárd euróra tehető – a kórházi fertőzések ellátásának, illetve a következtében fellépő szövődmények kezelésének költsége.

Az egészségügyi ellátó rendszerek hatékonyságának megerősítése érdekében, a bizottsági határozat szellemében közösen kell fellépni az EU-n belül. Fontos mérföldkő a határokon átnyúló ellátásban megnyilvánuló betegjogok kérdése – az e jogokra vonatkozó 2011-es direktíva szól arról, hogy minden beteg ugyanolyan minőségű ellátáshoz juthasson a különböző tagállamokban. Az egészséget érintő szolgáltatások terén szakértők szerint ez az egyik legfőbb EU-s szabályozás. Ennek értelmében a betegjog arra is vonatkozik, hogy adott személy egy másik uniós országban keresen ellátást, s ennek költségeit visszatérítsék neki, és egyben megkönnyíti, hogy biztonságos, magas minőségi szintű gondozáshoz jusson. A részleteket tekintve az eljárás EU-szerte nagyobb átláthatóságot, minőségi és a biztonsági

standardokat igényel mind az ellátó rendszertől, mind a szolgáltatóktól – hangsúlyozta a biztos. Ezzel kapcsolatban említette a farmakovigilanciára vonatkozó új törvényeket. Ez a friss szabályozás nem csak a monitorozásra vonatkozik. Erősebb beleszólást is biztosít a betegek számára, lehetőséget ad nekik arra, hogy jelentsék az orvosnak, gyógyszerésznek, az ellátó szakembernek, sőt, közvetlenül a nemzeti bejelentő (reporting) rendszernek, ha a gyógyszerelésével kapcsolatosan nem kívánt mellékhatást észlel(t).

A 2014-ES ÉV BETEGBIZTONSÁGI PROGRAMJA

2014 júniusában a Bizottság (EC) által nyilvánosságra hozott, a betegbiztonságra vonatkozó csomag azt is elemzi, hogy a tagországokban mennyire hajtották végre a 2009-es ajánlásokat. Ez a jelentés egyfelől reményt keltő fejlődésről számol be, ugyanakkor arra is rámutat, hogy sem a kórházakban, sem más ellátó helyeken nem kielégítően nő az a „kultúra”, ami garantálhatná a betegek biztonságát. A jelentés alapján végül 2014 decemberében az egyes országok szakminiszterei határozatot fogadtak el. Ebben leszögezik, mekkora kihívást jelentenek az egészségügyi ellátáshoz köthető fertőzések, és közös választ sürgetnek. Javasolják, hogy a jó gyakorlat (best practice) megosztására kell törekedni továbbra is. Ehhez az is szükséges, hogy az egészségügyi szakemberek a megelőzés és a kórházi fertőzések ellenőrzésének lehetőségeire vonatkozóan is jobb továbbképzést kapjanak. A személyzetnek tanulnia, okulnia kell az elkövetett hibákból, a vezetés a hangsúlyt ne a felelősségre vonásra helyezze! A határozat elfogadói arra is kitértek, hogy a betegbiztonságra vonatkozó kérdésekben világos, részrehajlás, elfogultságmentes információt kell nyújtani a páciensek számára.

BIZTONSÁG – A SZÁMOK TÜKRÉBEN

Becslések szerint évente 3,2 millió beteget ér az EU-ban az egészségügyi ellátáshoz kötődően fertőzés (HAI), amely eseteknek legalább 20-30%-a megelőzhető volna szakértők szerint. A 2014-ben útjára bocsátott 3. uniós egészség-program célja, hogy könnyebben elérhetővé váljon az EU polgárok számára a jobb és biztonságosabb ellátás. Sok bizonyíték gyűlt össze arra nézve, hogy egyszerű, nem drága intervenció minimalizálhatja az olyan „egyszerű” HAI kockázatát, mint amilyen a katéter okozta vérmérgezés, vagy a lélegeztető-gép használatával összefüggésbe hozható tüdőgyulladás.

A tanács sokféle rendszabályt, lépést, ajánlást fogalmazott meg korábban is az általános betegbiztonsággal, illetve az egészségügyi ellátásokhoz köthetően fellépő fertőzések (HAI) ügyével kapcsolatban. Újabban azt vizsgálták a szakértők, hogy ezek a lépések mennyire bizonyultak hatékonyak, valamint azt, hogy még milyen további beavatkozásokra van szükség.

A bizottság 2012-ben kiadott első jelentéséből az olvasható ki, hogy történt bizonyos előre lépés nemzeti szinten,

egy-egy programokban, születtek hasznos irányelvek, elvi álláspontok. Azonban további cél az ellátó szakszemélyzet speciális képzése, a betegbiztonságnak megfelelő lépések, eljárások begyakoroltatása. Ami pedig az ellátás „tárgyát” illeti, a betegeket jobban fel kell készíteni arra, hogy megértésük állapotukat és ennek megfelelően hozhassák meg a rájuk vonatkozó, a terápiát érintő döntéseiket! Mindkét fél (az orvos és a beteg) számára egyaránt fontos teendő, kialakítani a hibákból való tanulás kultúráját. A fejlődés üteme országonként eltérő, sok helyütt vannak finanszírozási korlátok, ezért az EU szakemberei úgy döntöttek, haladékat nyújtanak a lemaradóknak, s a monitorozást további 2 évvel meghosszabbítják. A megállapítások alátámasztására az Eurobarométer adatai, a polgárok tapasztalatai, megfigyelései szolgálnak.

Az ECDC (European Center for Disease Control) legfrissebb megfigyelései szerint a HAI továbbra is súlyos gond Európában. Jelenleg 23 tagországban működik kompetens, a betegbiztonságot felügyelő, felelős hatóság (2012-ben 19 volt), de csak 16 nyújtotta be az ezt igazoló iratokat. 20 országban kötelezőek a betegbiztonsági standardok (2012-ben 11) és 4 másikban ajánlottak. Betegbiztonságra vonatkozó guideline-t/guideline-okat 19 tagállamban alkalmaznak, nemzeti szinten leginkább az egészségügyi minisztérium, vagy a kormányzat által kijelölt szervezet fogalmazta meg az ajánlást. Nagyon nehéz EU szinten megállapítani és összehasonlítani a fejlődést, hallottuk a római szeminárium előadójától. Elmondásuk szerint ugyanis egyes országok jelentéseiben bizonyos nem várt mellékhatásokra vonatkozó speciális standardokról számolnak be, mások a menedzsment minőségét elemzik, megint másutt pedig a jelentésre, illetve az elkövetett hibákból való tapasztalatszerzésre vonatkozó („tanulás”) eseteit hozzák fel példaként a beszámolóban.

A 2012-es EC (European Commission) jelentés megállapítása szerint azonban az általánosan kiolvasható, hogy sok tagállamban kevésbé hatalmazzák fel döntésre a betegeket, sem az egyéneket, sem szervezeteiket nem vonják be az eljárásrend kialakításába, sőt arról sem tájékoztatják őket, hogy biztonságuk védelmére vonatkozóan milyen szabályok, előírások léteznek.

Az egyének érdekeire való tekintettel az EU azt ajánlja, hogy a tagállamok osszák meg egymás között a standardokra, a biztonsági szabályokra vonatkozó helyi, nemzeti információikat, ezzel is segítve, hogy a gyógyítás helyszínein csökkentsék a hibák számát. Terjesszék, hogy a betegnek a tájékoztatás után joga van dönteni a kezelés elfogadásáról (rights to informed consent to treatment) – e téren némi javulásról szóltak a jelentések: a fentiekről 18 országban tájékoztatják a betegeket (2012-ben csak 5 ilyen országról szóltak az adatok), s a panasz lehetőségére vonatkozó adatokat is széles körben terjesztették. Az EU összes tagállamából csak 18-ban gyűjtötték – többnyire felmérések keretében – az információhoz való hozzáférésre, illetve az infó pontosságára vonatkozóan a visszajelzéseket.

A 2014. dec. 1-jén elfogadott tanácsi következtetéseket az olasz egészségügyi miniszter, Alessandro Ghirardini

azzal foglalta össze a szemináriumon, hogy „a képzés és a gyakorlat az a két terület, ahol jobban kell teljesíteni és az ediginél többet kell tenni”. A legfrissebb EU ajánlás most azt hangsúlyozza, hogy fejlesszék ki a betegekben a biztonságra vonatkozóan azon kompetenciát (core competence), hogy a maguk szintjén a lényegyet érintő szaktudást szerezhessenek, a természetes illetékességük mellé. E téren 2012 óta nem történt előrelépés, ugyanis több tagállamban magát a fogalmat sem értik pontosan. A beszámolóban minden érintett kiemelte azon területeket, ahol volt fejlődés. Büszkén közölték adott tagállamok, ha történetesen sikeresen oldottak meg egy-egy feladatot. Ha például a náluk kidolgozott szisztéma alkalmas volt arra, hogy a kezelés vagy kezelési hiba nyomán fellépő nem várt mellékhatásokra vonatkozó jelentésekből következőkre tudtak jutni, és a módszer segítségével alkalom nyílt tanulságokat levonni, sőt tanulni – az elkerülendő lépések, hibák bemutatásával, megnevezésével. Napjainkban mind a 27 tagállamban működik is ez a rendszer – érdemes utalni rá, 2012-ben mindössze 15 helyen létezett. Viszont csak 6 tagállam jelentési rendszere felel meg teljesen az ajánlások elvárásainak. Az elvárások ugyanis a mellékhatások teljes körű ismertetését tűzik ki célul, hogy az egészségügyi dolgozók különböztesse meg az alapeljárástól, tegyék lehetővé a betegek számára a jelentéstevést, egészítsék ki egyéb biztonsági jelentési (pl. a farmakovigilanciát vagy a sugárbiztonságot érintő) rendszerekkel.

Az elmúlt 4 év folyamán 25 tagállamban nőtt az egészségügyi személyzettől érkező jelentések száma, de csak 15 országban jelentik ugyanazt a betegek nézőpontjából – igaz mindkét számszor magasabb, mint amekkora 2012-ben volt.

A BIZTONSÁGRA, MINŐSÉGRE VONATKOZÓ CÉLKITŰZÉSEK

Az EU megállapította, hogy „a megbízhatóságra vonatkozó képzés nincsen mélyen beágyazódva az egészségügyi dolgozók képzésébe – sem közép-, sem felsőfokon, sem a munkahelyi feladatvégzésben, sem a továbbképzésekben”. Kivételként 6 tagállamot neveztek meg. Ugyanakkor 8 tagállamban formálisan semmilyen formában nem létezik számon kérés. Azon országokban viszont, ahol a megbízhatóság az egyetemi oktatásnak és gyakorlatnak is a része, a téma szerepel az orvosok, nővérek, gyógyszerészek munkahelyi továbbképzésében is.

Az EU-s programokban tehát arra hívják fel a figyelmet, kellene a nemzeti stratégiák. Állítsanak fel kompetens hatóságot, dolgozzanak ki sajátos szabályokat a gyógyszerelés tévedéseinek megelőzésére, a kórházi fertőzések megakadályozására. A betegek biztonsága érdekében, gondoskodni kell az infekciókontroll megfelelő szabályozásáról, a szükséges eszközpark beszerzéséről. Fontos cél, hogy a rendszer híre eljusson a betegekhez, legyen belülről megélt véleményük (kompetenciájuk) a betegségükről, a kezelésről, szervezeteik vegyenek részt a döntéshozatali mechanizmusban. Épüljön ki, a hibákat feltáró jelentési (majd ebből következő „tanulási”) rendszer.

A legtöbb tagállamban az uniós elvárásoknak felerésben tesznek eleget, 11 helyen 50%-nál kevesebbnek, és csak néhányan járnak közel ahhoz, hogy mindegyiknek megfeleljenek. (A római szemináriumon kiosztott táblázatok szerint Magyarország a 13 elvárásból 8-at képes teljesíteni.) A betegek biztonságát szolgáló tudáscserét, minőségi gondozást az EU 2 fórumon tudja segíteni: a Bizottság munkacsoportjai egy asztalhoz ültetik a tagállamok, az EFTA országok, a nemzetközi szervezetek (WHO, OECD) képviselőit, valamint az EU területén a témában érintetteket: a betegek, az ellátás és a minőségi gondozás szakembereit, a menedzsereket.

A jó gyakorlat megosztását szolgáló másik fórum a 2015 márciusában véget érő – EU kofinanszírozásában zajló – 3 éves közös program (joint action), amely célja a jó klinikai és a jó szervezeti gyakorlat bemutatása, miként lehet más országok egészségügyi környezetébe a sikeres megoldásokat átültetni. A bizottság felkérte a WHO-t, hogy dolgozzon ki a megbízhatóságra vonatkozó nemzetközi klasszifikációs keretet, hogy jelenteni lehessen az EU területén előforduló biztonsági (pontosabban a biztonság hiányából fakadó) káreseteket. Ez egyfelől egy „minimál információs modellből” áll, amelyben gyógyító intézmények gyűjtik össze az űrlapokat, majd összehasonlítják, elemzik a jelentéseket. A későbbiekben ennek alapján határoznák meg a betegek biztonságát sértő események főbb típusait.

Az OECD vezetésével, a Bizottság társfinanszírozásával született „egészségügyi minőségi indikátor projekt” keretében pedig egy olyan minőségi indikátorlistát állítottak össze, amelyben nem helyi, hanem az egészségügyi rendszer szintjén szerepel a megbízhatóság. Az adatok alapján meg lehet határozni, hogyan jelenik meg bizonyos elemek hatása, s az miként befolyásolja az ellátás minőségét. Az EU 24 tagállama mellett jelenleg Norvégia vesz részt a projektben. 2012 júliusától hatályos az a rendelkezés, hogy a tagállamoknak biztosítaniuk kell, ha feltételezhetően gyógyászati termék alkalmazásának hibájából fakadóan fordult elő nem kívánt (nem várt) mellékhatás, az eseményt be kell jelenteni a felügyeletnek, továbbá minden adatot hozzáférhetővé kell tenni a megbízhatóságért felelős hatóság számára is.

A 2014-20 közötti időszakra szóló 3. Egészségprogram és a Horizont 2020 elnevezésű új kutatási projekt keretében további finanszírozást nyújt az Európai Unió a megbízhatóság, a gyógyító ellátás minőségének biztosítására, beleértve a kórházi fertőzések (HAI) előfordulásának csökkentését. Ismert tény, hogy minden egyes tagállam mindig a saját nemzeti szintjén tapasztalható anyagi korlátokra hivatkozik.

AZT HISZEM, AMIT LÁTOK (SZKEPTIKUS TAPASZTALATOK)

2009-ben a válaszadók több mint 50%-a vélte úgy, hogy a kórházi vagy kórházon kívüli gyógyító beavatkozás, orvosi ellátás veszélyt jelenthet a betegek számára. A válaszadók 25%-a közölte, hogy saját maga vagy valamelyik családtagja tapasztalt káros mellékhatást.

„A jól tájékozott betegek jobb, értelmesebb, helyesebb döntéseket hoznak saját ellátásukkal kapcsolatban” – hangsúlyozta Dr. Paul Barach (több amerikai ellátórendszer minőségi ellenőrzését kidolgozó egészségügyi szolgáltatás kutató, a betegbiztonság felügyelője, egyetemi tanár, aneszteziológus). A betegközpontú egészségügy kiépítését hatalmas feladatnak tartja. „Komoly a kihívás az amúgy is időszűkében dolgozó orvosok számára, azonban ez az a befektetés, ami busásan megtérül”, vélte a Handover projekt megálmodója és terjesztője.

Napjainkban jelentősen több beteg számol be káros mellékhatásokról (a 6 évvel ezelőtti 28%-kal szemben ma 46%). A legtöbb válaszadó azonban úgy gondolja, felesleges jelenteni, nincs semmi értelme, mert a bejelentés sem fog változáshoz vezetni. Az EU polgárok egy adott kórház minőségét egyébként annak általános híre, ismertsége, illetve más betegek tapasztalatai alapján mérik. Ebből az következik, hogy meglehetősen nehéz tárgyilagos, objektív információt szerezni egy adott kórházban nyújtott ellátás minőségi szintjéről.

A JÖVŐ TOVÁBBI BIZTONSÁGI TEENDŐI

A beteg, a családtagjai és a segítő gondozók képzésén a nem-kórházi környezetben zajló ellátásokat illetően is javítani kell, s e közegben is törekedni kell a legújabb technológia alkalmazására a beteg biztonsága érdekében. Az EU sajátos teendői: meg kell közösen határozni, pontosan mit is jelent az ellátás/gondozás minősége. EU szinten kell annak stratégiáját kidolgozni, az egészséget érintően milyen információval kell ellátni a páciens. Tekintsük úgy, hogy a betegnél felgyülemelő tapasztalat legyen a minőség javítását szolgáló rendszerek egyik eleme – véli Dr. Barach.

Allandó európai fórum szolgálja a legjobb gyakorlat megosztását. Hirdessenek közös akciókat, bocsássanak ki guideline-okat, nevezzenek meg célokat (target). Vegyék figyelembe, hogy az egészségügyben hiányzó munkaerőnek, illetve a meglévő dolgozók munkakörülményeinek milyen szerepe, hatása van az ellátás minőségére. Az Ajánlás megfogalmazza azt is, mit kell tenni az ellátáshoz köthető fertőzések kivédésére nemzeti, illetve uniós szinten.

Az európai HAI surveillance modulban való részvétel 9 tagállamban magas volt, 13 országban közepes (ezek közé tartozik Magyarország is) és 22 államban alacsony. Az ECDC több útmutatót jelentetett meg segítségként a tagállamoknak nyújtott segítségképpen: például a megfelelő an-

tibiotikum használatával kapcsolatban. Céljuk elsősorban a sebészethez köthető fertőzések megelőzésére, hogy javuljon az ellátó személyzet hozzáállása (compliance) a megfelelő alkalmazás, időzítés, dózis, és a perioperatív szakaszban való AB profilaxis tartamára vonatkozóan.

CÉL, FELADAT, ELVÁRÁS

Az idők és a tartósan gondozó otthonban élők számára nemzeti eljárás-indikátorokat határoztak meg az infekció megelőzésre és kontrollra, antimikrobiális intézkedéseket (stewardship) vezettek be – a későbbiekben ezek alapján fogják monitorozni a tagállamok fejlődését. Kidolgozták az IC valamint a kórházi higiénikus szakemberek számára az elváramint kompetencia rendszert, amelyek a tagállamokban már érvényben vannak.

EU-s elvárás, a nemzeti diagnosztikus guideline kidolgozásával javítani kell a rutin HAI eset meghatározást, erre kell képezni a személyzetet, meg kell erősíteni a gyógyító intézmény labor és egyéb diagnosztikus kapacitását. Azaz megoldandó feladat, hogy a kórházakban, más ellátó helyeken megfelelő számban álljon rendelkezésre szakképzett IC személyzet. Az akut ellátó helyeken legyen megfelelő izolációs kapacitás olyan betegek számára, akik klinikailag releváns mikroorganizmusokkal fertőződtek. Standardizáltan ellenőrizzék az alkoholos kézmosószer fogyasztást. A jövőben legyen nagyobb a betegbiztonság „kultúrája”, a szakszemélyzet tudjon tanulni saját (vagy a kollégák) hibájából – s ha lehet, szemrehányás, felelősségre vonás nélküli közegben.

Az Ajánlás bevezetése nem járt azzal az eredménnyel, – szögezik le a római szeminárium előadói, – hogy az EU polgároknak megerősödött volna a saját hazájuk egészségügyi ellátásának biztonságába és jó minőségébe vetett bizalma. Talán épp ezért tartja ezt a témát az EU-s közmeghallgatások szereplőinek 90%-a továbbra is nagyon fontosnak. A kutatási adatok szerint a betegbiztonsági stratégiák terén jelentős a szakadék a tudás és a gyakorlat között. Arra is rámutat a kutatás, hogy az európai polgárok jelentős része számára fenyegető kockázat, hogy nem kapja meg az optimális gondozást, és ennek rá nézve következményei lesznek. Így az EU-s szeminárium szervezői avval az üzenettel engedték útjukra a résztvevőket, hogy tudatosítsák hazájukban az érintettekkel, milyen kritikus az egészségügyi személyzet szerepe.

Fazekas Erzsébet

Folytatás a 26. oldalról

A kutatási program másik része arra keresi a választ, hogy a stresszoldó módszerek, például az autogén tréning megtanulása hogyan hat az agy működésére. A stresszoldó relaxációs módszert elsajátító és alkalmazó migrénes betegek ugyanis arról számolnak be, hogy ritkábban fáj a fejük és kevesebb fájdalomcsillapítóra van szükségük.

A stressz és a migrén összefüggéséről saját tapasztalataik alapján rendszerint a betegek is beszámolnak. Érdekes, hogy legtöbbször nem a stresszhelyzetben jön a roham, hanem a stresszhatás lecsengését követően. Éppen ezért gyakori, hogy a hétköznapi stressz okozta migrén a hétvégén alakul ki.

Folytatás a 37. oldalon