

Irányelvek és klinikum: vade mecum!

„Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez.” – áll Alaptörvényünkben. Ebből következően az egészségügyi szakigazgatás alkotmányos kötelezettsége, hogy a lakosság egészségügyi ellátásában résztvevőktől megkövetelje az orvostudomány aktuális állása szerinti legfejlettebb ellátási lehetőségek ismeretét. Ezt szolgálják a tudományos alapon nyugvó klinikai, illetve szakmai irányelvek, amelyek hiánytalan és komplett összefoglalást hivatottak nyújtani a betegségek kivizsgálásáról, kezeléséről, rehabilitációjáról és megelőzésének lehetséges módjairól. Az egészségügyi szakpolitika hivatalos csatornáján – az egészségügyi jogszabályokat tartalmazó mindenkori közlönyben – közzétett szakmai protokollok tartalmi ismerete kötelező, betartása jogilag számonkérhető.

A vizsgálati és kezelési lehetőségek kiszélesedése és a szakmai szempontok változása miatt fontos az ajánlások időnkénti felülvizsgálata és aktualizálása. Az utóbbi néhány évben e tevékenység időszakos megtorpanását tapasztalhattuk, ezért örömmel üdvözölhetjük, hogy az Egészségügyi Szakmai Kollégium Urológiai Tagozata a társszakmák tagozataival karöltve aktualizálta két terápia terület – a vizelet-inkontinencia és a veserák – diagnosztikai és terápiai irányelveit. Interjúnkban az érintett orvos-szakmákat képviselő, illetve a dokumentumok szerkesztésében, véleményezésében résztvevő szakembereket arra kértük, osszák meg velünk a műhelymunka során szerzett tapasztalataikat, és fejtsek ki véleményüket az említett irányelvek létrejöttének jelentőségéről.

QUO VADIS IRÁNYELVEK?

Dr. Nyirády Péter egyetemi tanár, a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikájának igazgatója, Az IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy szaklap Urológiai Rovatának vezetője

– Mit tart a két elkészült irányelv legfontosabb hozadékának?

Az irányelvek értékét elsősorban abban látom, hogy azokat mindegyik érintett szakma elfogadta, így a bennük foglaltak mindenki számára kötelező érvényűek. Megvalósult az a cél, hogy az összes érintett szakma kiválóságai megfogalmazzák az elérhető tudományos bizonyítékokkal alátámasztott ajánlásaikat a különböző ellátási módzatok meghatározására, majd konszenzus szülessen a szakmák között a meg tárgyalta kérdésekben. Az, hogy valójában mennyit ér egy irányelv, annak alapján dől el, hogy milyen mértékben valósul meg a gyakorlati alkalmazása. Természetesen az irányelvek ismerete jogilag is kötelező az egészségügyi ellátásban dol-

gozók számára, ennek megfelelően annak hiánya nem ment fel senkit, ha nem a leírtak szerint járt el. Azt látom, hogy az urológia szakma és az érintett társszakmák fokozott érdeklődéssel fordulnak a már hatályba lépett vizelet-inkontinencia irányelv, és a már elkészült, de közlönyben még nem közzétett veserák irányelv felé. Bizakodó vagyok abban a tekintetben, hogy az új irányelvek megismerése és implementációja akár a vártnál hamarabb is bekövetkezik.

– Ha az irányelvekben leírtak mindenki számára kötelező érvényűek, hol van a gyógyítás hippokratészi esküben foglalt szabadsága?

Az irányelv nem kőbe vésett szabály, hanem sorvezető az egészségügyi ellátásban dolgozók számára. Ennek értelmében az attól való eltérés lehetséges, ám ez elsősorban a szakmát legmagasabb szinten művelő intézetek privilégiuma azokban a speciális esetekben, amikor az adott betegség, vagy komorbiditás azt indokolja, esetleg más megoldás tűnik biztatósnak. Akkor lehet ezt megtenni, ha megfelelően alá tudjuk támasztani, és meg tudjuk védeni a döntésünket. Az onkológiai irányelvektől – így a veserák ajánlásról – történő eltérés kizárólag a gyógyításban résztvevő szakemberek – az onkoteam – közös döntése nyomán keresztülvihető. Ha pedig a vizelet-inkontinencia ellátására gondolunk, a Magyarországon eddig igen magas számban végzett mellsőfali hüvelyplasztika egyáltalán nem élvezi a kérdésében említett hippokratészi szabadságot. Az irányelvben leszögeztük, hogy ezt a műtéti eljárást nem szabad elvégezni, mivel a sikeressége rendkívül alacsony, gyakorlatilag nem jár eredménnyel.

– Hogyan sikerült megvalósítani az együttműködést az urológia és az onkológia szakma között a veserákról szóló irányelv kidolgozása során?

Ahogy az urológia és a nőgyógyászat összefogott a vizelet-inkontinencia irányelv létrehozásáért, ugyanez a kooperatív hozzáállás jellemezte az onkológiai tagozattal folytatott egyeztetéseket is. A veserák irányelv kidolgozása a legjobb példája a két szakma közötti kiváló együttműködésnek. Mindkét fél a maga szakterületének megfelelően vett részt az egyes kezelési módok meghatározásában, így az onkológusok elsősorban a gyógyszeres és sugárterápia, az urológusok pedig a műtéti beavatkozások részletes kidolgozását vállalták. Természetesen mindkét szakma áttekintette és véleményezte a munkaanyag teljes egészét, így az ajánlás teljes egyetértéssel született meg, deklarálva a két tagozat konszenzusát.

– Nemzetközi ajánlásokat is figyelembe vesz a hazai irányelv?

A hazai veserák ajánlás alapját az Európai Onkológus Társaság (ESMO) és az Európai Urológus Társaság (EAU) irányelvei képezik. Mindkettő mögött nemzetközi szaktekintélyeket felsorakoztató szerzői gárda áll, és magában foglalja a legújabb diagnosztikai és terápiai lehetőségeket, valamint

azok tudományos bizonyítékait. E két ajánlás adaptációját végeztük el, figyelembe véve és belefoglalva a hazai ellátórendszer sajátosságait a jobb gyakorlati alkalmazhatóság érdekében. Kiemelendő, hogy az EAU veserák ajánlása a legmagasabb szakértői minősítést kapta elsősorban a függetlenségének köszönhetően, ami a mi irányelvünk szakmai minőségét is emeli.

– Önök letették az asztalra a két szakmai anyagot, de mi történik ezután?

A közlönyben történő közzétételt követően kerül sor a finanszírozási eljárásrend kidolgozására. Úgy gondolom, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztárnak könnyebbé jelent, hogy csak az irányelvekben meghatározott beavatkozások és terápiás eszközök támogatását kell mérlegelnie. Azt reméljük, hogy az új finanszírozási protokoll tükrözni fogja a betegellátásról alkotott és az irányelvben definiált elképzeléseinket.

– Milyen tervei vannak az urológus szakmának a további irányelveket illetően?

A szakmai kollégium már kérte tőlünk a következő kettő – nevezetesen a vesekövességet és a húgyúti fertőzéseket tárgyaló – irányelvet, amelyek reményeink szerint az idén elkészülnek, és további ajánlások kidolgozását is tervezzük. Eleget téve a tájékoztatási kötelezettségünknek, minden lehetséges fórumon felhívjuk a kollégák figyelmét az új irányelvekre, és a posztgraduális továbbképzéseinken ismertetjük azok tartalmát.

ELŐRELÉPÉS A VESERÁK KEZELÉSÉBEN

Dr. Géczi Lajos klinikai onkológus, farmakológus és belgyógyász, az Országos Onkológiai Intézet centrumvezető főorvosa, a Magyar Onkológusok Társaságának volt elnöke

– Hogyan tükrözi az újonnan elkészült veserák irányelv az onkológiában megfigyelhető nagy léptékű fejlődést?

Az irányelv megjeleníti mindazt a jelentőst változást, amelyet az Európai Onkológus Társaság és az Európai Urológus Társaság ajánlásai tartalmaznak a veserák gyógyszeres kezelésére vonatkozóan. Ezek közül a legfontosabb, hogy újfajta terápiák kerültek a másodvonalbeli kezelésben alkalmazható gyógyszerek sorába. Az egyik egy teljesen új hatásmechanizmusú, immunrendszerre ható készítmény a nivolumab, amely a vizsgálatok során hatékonyabbnak bizonyult az eddigi második vonalú standard kezeléshez képest. A PD-1-gátló nivolumab az immunterápia új gyógyszere, egy teljes mértékben humanizált immunglobulin (IgG4), amely megszünteti azt a gátlást a daganat mikro környezetében, amely miatt a daganat körüli fehérvérsejtek nem képesek elpusztítani a daganatsejteket. A másik, szintén új hatásmechanizmusú terápia, amely belépett a másodvonalbeli kezelésbe, a cabozantinib nevű tirozinkináz-gátló gyógyszer. A cabozantinib az első vonalbeli kezelés után kialakuló rezisztenciára képes hatni azáltal, hogy azokat a biológiai folyamatokat blok-

olja, amelyek felelősek annak kialakulásáért. Olyan molekula van a kezünkben, amely a rezisztencia kialakulása után hatékonyabb, mint a standard második vonalú kezelések. Mindkét készítmény esetén a legmagasabb szintű (1/a) evidenciák állnak rendelkezésünkre, amelyek Fázis III, multicentrikus, randomizált klinikai vizsgálatok során nyertek bizonyítékot. Ezeket a jelentős tudományos eredményeket idén közzétették a New England Journal of Medicine nevű rangos szakfolyóiratban és az ESMO októberi kongresszusán is bemutatták.

– A másodvonalban korábban már használt készítmények továbbra is alkalmazhatók?

Igen, az axitinib változatlanul helyet kap a másodvonalbeli kezelésben, ahogy bizonyos mértékig az everolimus is. Újdonság, hogy egy Fázis II vizsgálat eredményei alapján bekerülhetett a második vonalbeli kezelések sorába két célzott terápia, a lenvatinib és az everolimus kombinációja. Ez az egyetlen olyan párosítás, amelyben két célzott kezelést úgy sikerült kombinálni egymással, hogy hatékonyabbnak bizonyult a monoterápiánál, ugyanakkor az alkalmazás során nem nőttek jelentősen a mellékhatások. Összességében tehát elmondhatjuk, hogy a vesedaganat második vonalbeli kezelése teljesen átalakult, és ezt hűen tükrözi az újonnan elkészült hazai irányelv.

– Az első vonalbeli kezelések is megváltoztak?

Az első vonalbeli kezelések nem módosultak, de valószínűleg hamarosan ezen a téren is változás fog bekövetkezni. Az Amerikai Klinikai Onkológus Társaság (ASCO) idei kongresszusán bemutatott ajánlások és a jelenleg zajló vizsgálatok már az eddigi első vonalbeli kezelést támadják. Ezek a vizsgálatok két különböző hatásmechanizmusú – egy célzott és egy immunológiai – terápia kombinációját alkalmazzák a veserák első vonalbeli kezelésében, tovább növelve e szerek hatékonyságát. Az ASCO jövő tavaszi kongresszusán fogják prezentálni az első két vizsgálat eredményeit, amelyek várhatóan át fogják írni a veserák első vonalbeli kezelését. Fontos megemlíteni továbbá, hogy a minap lezajlott ESMO kongresszuson már harmadik vonalbeli kezeléseket is bemutattak, amelyek a legfrissebb, néhány napja közzétett európai ajánlásban már szerepelnek. Az ESMO négy alternatívát jelöl meg, amelyek harmadik vonalbeli alkalmazása annak függvényében alakul, hogy a beteg korábban milyen terápiában részesült. Sajnos a hazai irányelvbe ezt nem tudtuk beépíteni, mivel a dokumentum lezárása már korábban megtörtént.

– Ezek szerint máris aktuális lenne az irányelv frissítése?

A gyakorlatban két-háromévente kerül sor az irányelvek aktualizálására, attól függően, hogy mikor érkezik erre vonatkozó felkérés az illetékes hatóságtól. A célzott terápiák megjelenését követően, 2012 és 2015 között átmeneti megtorpanás volt megfigyelhető, mert rájöttünk arra, hogy a célzott kezelés elérte a maximumát. 2016-ban viszont vizsgálatok sora fejeződik be, amelyek alapjaiban fogják megváltoztatni meg a kezeléseinket. Látva a veserák kezelésében végbe menő forradalmi változást, úgy vélem, a most elkészült irányelv három év múlva túlhaladottá válik.

– Hogyan tudja követni mindezt a finanszírozás?

A mi célunk az volt, hogy minden újfajta terápiás lehetőség kerüljön be az irányelvbe. Ez a másodvonalbeli új kezelések tekintetében meg is valósult, amit a finanszírozási eljárásrend minden bizonnyal követni fog. A harmadik vonalbeli új terápiák esetében pedig vélhetően méltányossági kérelmet fogunk benyújtani az OEP felé, hogy minél hatékonyabb kezelést tudjunk nyújtani a vesedaganatos betegeinknek.

AZ INTERDISZCIPLINARITÁS JEGYÉBEN

Dr. Majoros Attila urológus, szülész-nőgyógyász szakorvos, a Semmelweis Egyetem ÁOK Urológiai Klinika tudományos igazgatóhelyettese

– Miért jelentős lépés az urológia és a társszakmák számára, hogy ez év tavaszán hatályba lépett a vizeletinkontinencia ellátásáról szóló új irányelv?

A szakmai irányelvek kidolgozásának folyamatát korábban a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSI) irányította és koordinálta. Az irányelvek időközben hatályukat veszítették, ezért az utóbbi években aktuálissá vált a megújításuk a GYEMSI által kidolgozott egységes struktúra és követelményrendszer alapján. A protokollok frissítésének, illetve az új irányelvek megalkotásának folyamata azonban különböző okok miatt meglehetősen elhúzódott. Elsőként a vizeletinkontinencia ellátását tárgyaló új ajánlás készült el és vált hatályossá az év tavaszán. Azt gondolom, hogy korszerű interdiszciplináris irányelv született, amely az Európai Urológus Társaság és a Nemzetközi Kontinencia Társaság korszerű ajánlásaira építkezik. Fontos megjegyezni, hogy a dokumentum nem pusztán fordítása a nemzetközi irányelveknek, hanem azok lényeges szakmai elemei mellett tartalmazza mindazokat a magyar sajátosságokat a diagnosztika és a terápia tekintetében, amelyek alapján a hazai orvosi gyakorlatban jól alkalmazható útmutatót nyújt az orvosoknak.

– Mit tart az irányelv fő erényének?

Legfontosabbnak azt tartom, hogy az irányelv interdiszciplináris, vagyis a szakmai kollégium három tagozata – az urológia, a szülészlet és nőgyógyászat, valamint a mozgásterápia, fizioterápia – társszerzőként részt vett az elkészítésében. Emellett számos társszakma – háziorvostan, geriátria, fizikális medicina, rehabilitáció és gyógyászati segédeszköz, illetve ápolási tagozat – véleményezőként, egyéb tudományos társaságok, civil szervezetek – mint például a Magyar Kontinencia Társaság és az Inkontinencia Beteggyesület, Fogalmazók az egészségért szövetség – pedig tanácskozási joggal vehettek részt az új irányelv megalkotásában. A vizeletinkontinencia kérdése sok szakterülettel érintkezik, ezért fontosnak tartottuk a minél szélesebb körű szakmai egyeztetést annak érdekében, hogy az egyes szakmák ne külön-külön útmutatók alapján, hanem egy közös iránymutatás mentén vizsgálják ki és kezeljék a betegeket. Az urológia tagozat már korábban is rendelkezett a vizeletinkontinenciát tárgyaló irányelvvel, hiszen ennek a szakmának van a legnagyobb

rálátása mindkét nem vizelettartási zavaraira, beleértve a neurogén eredetű eseteket is. Ezért az urológiai tagozat országnrészét vállalt az új irányelv megírásában, majd a nőgyógyász és fizioterápiás kollégák saját szakmai tapasztalataikkal egészítették ki azt.

– Előfordultak szakmai viták az egyeztetés során?

A korábbi klinikai gyakorlatban előfordultak bizonyos diagnosztikus és terápiás pontok, amelyeket szakmailag eltérő módon ítélték meg az urológusok és a nőgyógyászok. Az egyik ilyen kérdés az inkontinencia-gátló sebészi beavatkozások műtéti technikája. Az irányelv egyik legfontosabb hozadéka, hogy konszenzus született a két szakma között abban, hogy a hagyományos hüvelyplasztika műtét nem alkalmas a vizeletinkontinencia kezelésére. Ezeket a hosszú távon alacsony sikerrátával járó, elavult műtéteket fel kell váltaniuk azoknak az antiinkontinens műtéti eljárásoknak, amelyek ma korszerűnek tekinthetők. Sikerült megállapodásra jutnunk egy másik kardinális kérdésben, nevezetesen az inkontinens betegek első ellátását illetően is. A háziorvosok, akik véleményezőként vettek részt az irányelv megalkotásában, elfogadták azt az általunk már régóta képviselt álláspontot, miszerint az inkontinencia kivizsgálása és kezelése nem szakorvosi szinten, hanem az alapellátás szintjén kell, hogy elkezdődjön. A háziorvosok eszköztárában rendelkezésre állnak azok a diagnosztikus és terápiás eszközök, amelyekkel a betegek jól vizsgálhatók és kezelésük is megvalósítható. Egyértelmű panaszok esetén az első vonalbeli konzervatív kezelést tehát a háziorvos javasolja, majd amennyiben szükséges, az urológus elvégzi a részletes szakorvosi kivizsgálást és a további kezelést.

– Ez az eljárásrend hasznos a betegeknek, mert megkíméli őket a felesleges betegutaktól, és kedvez a járóbetegek ellátást végző szakorvosoknak is, mert bizonyos terhet levesz a vállukról.

Pontosan így van. Összegezve az elmondottakat, hosszú idő után, a különböző társszakmák együttműködésével sikerült létrehozni egy új irányelvet, amely interdiszciplináris módon tárgyalja a vizeletinkontinencia ellátását. A dokumentum leszögezi, hogy lehetőség szerint az alapellátás szintjén kezdődjön meg az inkontinencia első vonalbeli teljes kivizsgálása és ellátása. Konszenzus született arról is, hogy milyen diagnosztikai lépések megtétele szükséges, és a műtéti tevékenység milyen módon valósuljon meg. Bízunk abban, hogy a kollégák minél szélesebb körben fogják magukra nézve kötelezőnek tekinteni és betartani az irányelvben leírtakat.

A LEGFŐBB ÉRDEK A BETEG ÉRDEKE

Dr. Szabó László gyermekgyógyász, nefrológus, a Magyar Kontinencia Társaság elnöke

– Magyarországon a vizelet inkontinens betegek hány százaléka részesül definitív ellátásban?

A statisztikák szerint a vizeletinkontinenciában szenvedő betegek ötven százaléka nem részesül kivizsgálásban és kezelésben. Ennek oka, hogy az emberek nem szívesen mondják el – még orvosoknak sem –, hogy vizeletvesztési

problémákkal küszködnek, az alapellátó orvosok pedig nemigen kérdeznak erre rá. A betegek panaszkodnak, ha lázasak, vagy fájdalmuk van, de arról, hogy elcseppen a vizeletük, netán bevizelnek, inkább hallgatnak, mivel szégyellik. Az elkészült új ajánlás teljes körű iránymutatást ad a háziorvosok és minden érintett szakma számára, ezért azt reméljük, hogy segítséget jelenthet a betegek felkutatásában is. Az irányelv megismerését követően talán a kollégák is bátrabban fogják kikérdezni pácienseiket, és feltárni ilyen jellegű panaszait. Hosszú távon ez azt eredményezheti, hogy a betegek kevésbé fogják titkolni vizelettartási problémájukat, így mindinkább előtérbe kerülhetnek azok, akik ma még rejtőzködnek, és emiatt nem jutnak ellátáshoz.

– Melyek a vizeletvesztés leggyakoribb megjelenési formái?

Az egyik fő típus az ún. fokozott aktivitású húgyhólyag, amelynek hátterében különféle okok húzódnak. Ez gyermekkorban lehet egy érési késés, ami miatt jellemzően a 3-10 éves korú gyermekeknél ún. sürgető (urge) vizelési késztetés és inkontinencia alakulhat ki. Az éjszakai ágybavizelés a gyermek populáció 20-25 százalékát érinti. A későbbi életkorban főként szerzett formákkal találkozunk, amelyek különböző kórképek – például húgyúti gyulladás, vagy húgycső kifolyási akadály – következtében jelentkezhetnek. Felőttkorban, férfiaknál például a prosztata megnagyobbodása miatti nehezített vizelés okozhat ilyenfajta panaszokat. A másik, főleg nőket érintő típus a stressz-inkontinencia, amely a gátizom, záróizom gyengesége következtében alakul ki. A hüvelyi szülésen többször átesett nőknél a gáti műtétek gyengíthetik a zárómechanizmust, és hasi nyomásfokozódás – köhögés, tüszentés, vagy más fizikai aktivitás – hatására néhány csepp vizelet ürül vizelési inger nélkül. Ez a probléma igen gyakori felnőtt nők esetében, de kislányoknál is előfordulhat veleszületett fejlődési rendellenesség, vagy jelentős testsúlytöbblet miatt, amikor az izom helyét döntően zsírszövet foglalja el. A stressz-inkontinencia esetében igen nagy szerepe van a prevenciónak: minden nőnek gátizom tornát kellene végeznie, főként a várandósság időszakában. Amennyiben ez nem történt meg és kialakul az inkontinencia, komplex kezelésre van szükség, ami elsődlegesen a gátizom terápiai tornával történő erősítését jelenti. Ha ez nem elegendő, a hólyagnyakat érintő műtét jön szóba, amelyet az urológusok, illetve a nőgyógyászok végeznek.

– Az urológusokon és a nőgyógyászokon túl mely szakmáknak ad iránymutatást az ajánlás?

Számos szakma érintett, a háziorvosoktól kezdve a gyermekgyógyászokon, neurológusokon, gerontológusokon át a rehabilitációs szakorvosokig. Emellett a prevencióban és a terápiában komoly szerep jut a fizioterápiának, a gyógytornának, de még a dietetikának is, hiszen bizonyos ételek és italok provokálhatják az inkontinenciát. Ezen túlmenően az ajánlás irányt mutat a gyógyszerterápiájának, a gyógyászati segédeszközökkel foglalkozók és az otthoni, illetve kórházi ápolásban tevékenykedő nővérek számára is. Hozzáteszem, minden szakterületnek megvan a saját diagnosztikus és terápiás rendje, ám a szakmák kevéssé ismerik egymás vizsgálati

és kezelési eljárásait. Ezért van különös jelentősége annak, hogy egységes vizelet-inkontinencia ellátást szolgáló irányelv született, amelynek kidolgozásában minden érintett szakma részt vett, és amelynek betartása mindenki számára ajánlott.

– Hogyan segíti az irányelv a bizonyítékokon alapuló orvoslást?

Az orvoslás tapasztalati tudomány, vagyis nem az írással mellett, hanem sok beteg kezelése alapján szűrődik le az ismeretanyag, amelyet publikáció formájában megjelentetünk a szaklapokban. Különbség van azonban abban, hogy néhány beteg kezelésének tapasztalata, vagy megtervezett, több száz beteg bevonásával végzett összehasonlító, kettős-vak vizsgálat alapján jutunk valamilyen megállapításra. Az irányelv kidolgozását hosszas irodalomkutatás előzte meg, melynek során hozzáértő specialisták vizsgálták és tárgyalták meg, hogy mely evidenciák tekinthetők mértékadónak minden érintett számára.

– Az inkontinens betegek gondozása komoly ápolási feladatot jelent. Hogyan szabályozza az irányelv az ápolók munkáját?

Az irányelvnek az a megállapítása, hogy az első alapellátó orvos nyugodtan adhat pelenkát, vagy betétet a betegnek mindaddig, amíg a részletes kivizsgálás meg nem történik. Ezt követően, lehetőség szerint célzott gyógyszeres, vagy műtéti kezelésre, illetve gyógytornára kerül sor. Az ápolásnak kell gondoskodnia arról, hogy a beteg – akár mozgóképes, akár nem, akár dolgozó, akár már nyugdíjas – ne szennyeződjön. Ennek érdekében megfelelő védőeszközt kell használni, mégpedig oly módon, hogy annak mérete és formája illeszkedjen a beteg testalkatához, mozgásigényéhez és az elvesztett vizelet mennyiségéhez. Ellenkező esetben a pelenka áttereszt, nem zár jól és a vizelet elcsepeg. Ezt a problémát a kórházakban nem egyszer állandó katéter felhelyezésével oldják meg, ami fertőzésekhez és egyéb szövődményekhez vezethet. Az irányelvben erre nézve is állást foglaltunk, és leírtuk, hogy egyénre szabottan kell kialakítani a betegek kezelését. A témával kapcsolatos továbbképző programokat is tervezünk a Magyar Kontinencia Társasággal: a hazai kórházakat végigjárva kívánjuk ismertetni a vizelet-inkontinencia ápolására vonatkozó alapvető tudnivalókat.

– Feltételezem, hogy a finanszírozás mikéntje nagyban befolyásolja a pelenkák és betétek használatát...

A döntéshozók nem szívesen nyúlnak hozzá a finanszírozáshoz, attól tartva, hogy anyagi hátrányt okozna, ha e tekintetben nagyobb szabadságot kapnának az egészségügyi ellátók. Valójában ez nem igaz, hiszen a fő cél az, hogy a betegek mielőbb vissza tudjanak térni a munkájukhoz. Sajnos számos új, és hatékony gyógyszer támogatása várat magára, ahogy bizonyos esetekben a gátizom tornát és a gyógyászati segédeszközök (pelenkák, intim betétek) egy részét is a zsebükből kell fizetniük a betegeknek. Elképedve látjuk, hogy a huszonegyedik században egyes betegek papír zsebkendőt használnak, mert nem engedhetik meg maguknak, hogy megvásárolják az intimbetétet. Akkor takarítunk meg a legtöbbet az egészségügyi és az államkasszának, ha személyre szabott

kezelést nyújtunk a betegeknek. Mai tudásunk szerint az inkontinensek 99,9 százalékánál alkalmazható olyan kezelés, amely mellett a betegek normális életvitelt folytathatnak, és megszűnhet a társadalomból való kirekesztettségük.

INKONTINENCIA AZ AKUT ÉS KRÓNIKUS ELLÁTÁSBAN

Dr. Hollósi Antal sebész főorvos, Újpesti Egészségügyi Nonprofit Kft.

– Ön több éven át igazgatta a Károlyi Sándor Kórházat, így rálátása nyílt a krónikus és rehabilitációs osztályok működésére. Milyen problémák merültek fel a vizelet-inkontinenciában szenvedő betegek ellátása kapcsán?

Nagyon sok idős beteget láttunk el, nemcsak a krónikus osztályunkon, hanem a rehabilitációs és a belgyógyászati osztályokon is. Az intézmény pelenkaigénye magas volt, ám az alulfinanszírozottság miatt, amikor még az étkeztetés és a gyógyszerelés kigazdálkodása is problémát jelentett, nehezen tudtuk kifizetni a beszállítókat. Annak viszont, ha takarékosági okokból ritkábban cseréljük a pelenkát, komoly kockázata van, hiszen ha nagyon elázik, netán még az ágynemű is átnedvesedik, megnő a fertőzés veszélye. Két megoldás kínálkozik: megkérjük a betegeket, hogy hozzanak be otthonról pelenkát, ami teljesen szabálytalan, vagy hólyagkatétert helyezünk fel.

– Úgy tudom, hogy a katéter hosszas használata is fertőzéshez vezethet...

Amennyiben a beteg széklet inkontinenciában is szenved, a katéter eleve nem megoldás. Ha nem áll fenn ilyen körülmény, a katéter kezelése lényegesen egyszerűbb a nővér számára, mivel látja, mennyi vizelet gyűlik össze a zsákban, és nem kell emelgetnie a beteget, ugyanakkor viszont ereszthet, kicsúszhat, kilyukadhat, a kifolyó vizelet pedig felmaródást, felfekvést okozhat. A jó pelenka mindenképpen hasznosabb a beteg számára, hiszen külsőleg hat, nem kerül a hólyagba, így nincs olyan tényező, ami fertőzést okozhatna.

– Feltéve, ha időben kicserélik...

Így van, ezért nagyon fontos az ápolószemélyzet oktatása. A Károlyi Sándor Kórházban több alkalommal tartottunk edukációs programot az ápolók számára, ami igen hasznosnak bizonyult. Az egyik legnagyobb beszállító cég szakemberei elmagyarázták és bemutatták a nővéreknek a segéd-eszközök és kiegészítők megfelelő használatát, így a megszerzett ismeretek gyakorlati alkalmazása rögtön megmutatkozott: könnyebbé vált az ellátás, kevesebb pelenka fogyott és több idő maradt az egyéb ápolási feladatokra. Mindezzel kismértékű költségcsökkenést is elértünk, de a legfontosabb, hogy jelentősen nőtt a betegek komfortézete.

– Sebészként milyen tapasztalatokat gyűjtött az inkontinencia kapcsán?

Az a tapasztalatom, hogy az akut ellátásban legalább annyira fontos a jó minőségű inkontinenciatermék, mint a krónikus ellátásban. Sok esetben a betegek nincsenek tudatá-

ban, hogy vizelet-inkontinenciában szenvednek, amire a sebészi beavatkozás közben derül csak fény. Egy sikeres intervenció eredményét nagymértékben csökkentheti, ha a beteg ázik a vizeletben és megfertőződik a friss operált seb. Ezért általában átmeneti megoldásként – főleg nőbetegeknek – már a műtőben behelyezzük a katétert, és férfiak esetében is, amennyiben a beavatkozás hosszú időt vesz igénybe, és fennáll a vizeletürítési zavar veszélye. Tartósabb inkontinencia esetén itt is célszerűbb a pelenka használata.

– Ön szerint milyen gyakorlati előnyt jelenthet az új vizelet-inkontinenciáról szóló irányelv a betegellátók számára?

Alapvetően abban látom hasznát az irányelvnek, hogy számos segédanyagként szolgálhat az edukációban, az ápolószemélyzet képzésében. Az inkontinencia termékek megfelelő használatához hozzátartozik, hogy a nővérek kövessék a mennyiségi megjelöléseket, aminek meghatározása orvosi feladat. A szabályok betartatása az osztályvezető főorvos felelőssége, az egész rendszer kialakítása pedig a minőségbiztosításé. Ha az egészségügyi személyzet és maga az ellátó osztály kellő szakmai igényességgel viszonyul a kérdéshez, valamint elegendő forrás áll rendelkezésre, nagymértékben csökkenthető a szövődmények kialakulásának kockázata, és – nem utolsósorban – növelhető a betegek elégedettsége.

INKONTINENCIA AZ ŐSZÜLŐ TÁRSADALOMBAN

Dr. Iván László pszichiáter, neurológus, geriáter szakorvos, a Semmelweis Egyetem professor emeritusa

– A magyar lakosság mekkora hányadát teszik ki az idősek?

Mára minden ötödik honfitársunk betöltötte a hatvanadik életévét, ami azt jelenti, hogy a hatvan év felettiek aránya húsz százalék, számszerűen kétmillió fő. A hatvan éven felüliek 51 százaléka – 1,1 millió fő – legalább egy krónikus megbetegedésben, 10 százaléka – 200 ezer fő – pedig legalább kettő időt betegségben szenved. El lehet képzelni, hogy egészségügyi ellátásuk mekkora terhet ró a társadalomra.

– Ahogyan komoly teher az inkontinencia ellátása is...

Az inkontinencia ellátása – a panaszfeltárástól a kivizsgáláson át a megfelelő kezelésig és ápolásig – szerteágazó, bonyolult és időigényes folyamat. Komplexitása miatt az egészségügyi ellátórendszer szinte minden területét érinti, költségvonzata pedig az ország gazdaságának egészére kihat. Éppen ezért igen nagy jelentősége van annak, hogy ez év március 30-án hatályba lépett a vizelet-inkontinencia ellátását tárgyaló irányelv, amely szakmai profilok szerint határozza meg és szabályozza az ellátást. Az ajánlás összeállítását hosszúságú kórházi tanulmányok és statisztikai elemzések előzték meg, és annak ellenére, hogy tényekkel és tudományos bizonyítékokkal kellően megalapozott útmutató született, csak hosszúságú viták árán sikerült közös nevezőre jutnunk az érintett testületekkel. Ez a folyamat a végére ért, így végre megkezdődhet a dokumentumban leírtak praktikus végrehajtása.

– Ön szerint min múlik az irányelv gyakorlatba ültetése?

Az irányelvben meghatározott műtéti eljárások, gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és rehabilitációs eljárások finanszírozásának megvalósulásán. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárságának írásbeli tájékoztatása szerint az Országos Egészségbiztosítás Pénztár jelenleg vizsgálja ennek lehetőségeit, döntés még nem született.

– Milyen következményei lehetnek, ha a társadalombiztosítás nem finanszíroz egyes tételeket?

A finanszírozás hiánya a probléma továbbgyűrűzését vonná maga után. Az ajánlás értékelhető adatokat tartalmaz arra nézve, hogy a protokoll követésével történő betegellátás milyen egészségnyereséget eredményez, illetve a leírtak nem megfelelő betartása mekkora költségtöbbletet okoz. Mindezen túl arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy a helytelen ellátás miatt fellépő szövődmények mennyi szenvedést okoznak a betegeknek. Gondoljunk csak arra, hogy a nem megfelelő méretű és minőségű pelenka használata bőrirritációt, akár decubitust is előidézhet. A gyorsabban átázó pelenkát gyakrabban kell cserélni, ami nem csak a betegnek kényelmetlen, hanem a környezetet is szennyezi. Ennek az ellenkezője is igaz: a pelenka irányelvben meghatározott nomenklatúra szerinti használatával nem csak a betegelégedettség fokozható, hanem a környezetterhelés is csökkenthető. Sajnos gyakori probléma, hogy a pelenka feladása helyett hólyagkatétert alkalmaznak az inkontinens fekvőbetegeknél, ami további szövődményekhez vezethet és az érintettek számára szerfelett kényelmetlen.

– Az idős emberek pedig – érthető módon – többnyire tiltakoznak a katéter ellen...

Az a tény, hogy az idős ember szeméremtellesté állandó érintkezésbe kerül valamilyen idegen anyaggal, önmagában is zavartságot provokáló tényező. Nem ritka, hogy a betegek kitépik magukból a katétert, és előfordul még az is, hogy önsértést követnek el. Az időskori zavart állapotok 15-20 szá-

zaléka nyugtalansággal, agitációval jár, amit a testidegen anyag tovább gerjeszt. A beteg önmaga számára elviselhetetlen, intoleráns állapotba kerül és a folyamat akár öngyilkossággal is végződhet. Mint említettem, az inkontinencia igen bonyolult, szerteágazó probléma, melynek számos aspektusa van. Felmerül például az ápolók túlterheltsége: amíg egy krónikus osztályon több tucat beteg jut egy nővérré, aki az anyagi megbecsülés teljes hiánya mellett végzi a munkáját, érthető – bár szakmailag nem elfogadható –, hogy a számára egy-szerűbb, ugyanakkor a beteget jobban megterhelő megoldást választja.

– Az inkontinencia nem csak a fekvőbeteg ellátásban, hanem az otthoni idősápolásban is mindennapos probléma. Hogyan szabályozza az irányelv az alapellátást?

Az irányelv leszögezi, hogy az inkontinencia elsődleges ellátása a háziorvos feladata, amibe beletartozik a megfelelő gyógyászati segédeszköz, nevezetesen a pelenka felírása is. Az érvényben lévő szabályozás szerint azonban a háziorvos csak szakorvosi javaslat alapján írhatja fel a pelenkát, ami további betegutakat generál a mozgásukban gyakran korlátozott idős emberek számára. Azt várjuk, hogy az irányelv világos útmutatása alapján megtörténik a jelenlegi eljárásrend felülvizsgálata és az egészségügyi kormányzat lehetővé teszi az alapellátás számára a pelenka felírását. Könnyen belátható, hogy ha higiénikus és kényelmes megoldást biztosítunk a vizelet-inkontinenciában szenvedő idős emberek számára, nagyobb eséllyel folytathatják korábban megszokott életvitelüket, nem szigetelődnek el a társadalomtól, és nem utolsó sorban az őket gondozó hozzátartozók is jelentős teherrel mentesülnek. Komoly a tét, és ezzel tisztában vannak az egészségpolitikusok is. Ha azonban a kormányzat nem veszi komolyan az ajánlásban leírtakat, nem látja be az ebből származó hasznot, és nem teremti meg az irányelv betartásának finansziális feltételeit, hosszú távon konzerválja a problémát, ami jelentős gazdasági veszteséggel fogja sújtani az országot.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



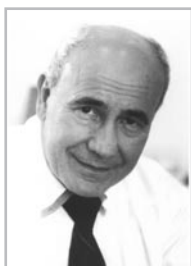
Dr. Gécz Lajos általános orvosi diplomáját 1980-ban a Pécsi Orvostudományi Egyetemen szerezte meg. 1980-ban Nagykanizsán a Városi Kórház II. Belgyógyászati osztályán kezdett dolgozni. 1985-ben a Pécsi Orvostudományi Egyetemen belgyógyászatból tett szakvizsgát. 1988-ban került az Országos Onkológiai Intézet Kemoterápiás Osztályára. Klinikai onkológiából 1991-ben a HIETE Klinikai Onkológiai Tanszékén tett szakvizsgát. 1991 decemberétől egy éven át a párizsi ARC (Association pour la Recherche sur le Cancer) ösztöndíjasaként dolgozott. 1995-ben klinikai farmakológiából szakvizsgát tett. 1998-2000

között ösztöndíjasként a franciaországi Lyonban, a Léon Bérard Onkológiai Centrumban dolgozott. 2004-ben a szegedi Szent-Györgyi Albert Tudományegyetemen PhD minősítést szerzett. Jelenleg az Országos Onkológiai Intézet Kemoterápiás C Belgyógyászati – Onkológiai és Klinikai Farmakológiai osztályán dolgozik, 2012. február 1-jétől osztályvezető főorvosként. Tagja a Magyar Onkológusok Gyógyszerterápiás Tudományos Társaságának, melynek 2010-2012 között elnöke volt. Tagja, 2007-től elnökségi tagja, 2013-tól 2015-ig elnöke a Magyar Onkológusok Társaságának. 2011-től az Egészségügyi Tudományos Tanács tagja. 2012 júniusától az Onkológiai és Sugárterápiás Tagozat Tanácsának titkára, a Gyógyszerterápiás Bizottság elnöke.



Dr. Hollósi Antal 1970-ben szerezte orvosi diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. 1974-ben sebész szakorvosi szakvizsgát tett, 2004-ben egészségügyi szakmenedzseri képesítést szerzett. Orvosi pályáját a Károlyi Sándor Kórház Általános Sebészeti osztályán töltötte különböző pozí-

ciókban. 2008-ban a Károlyi Sándor Kórház orvos-igazgatója lett. 2015 ősze óta az Újpesti Egészségügyi Nonprofit Kft. általános sebészeti osztályán dolgozik. 1998-2010 között az újpesti önkormányzat egyéni képviselője volt, valamint annak Népjóléti Bizottságában tanácsnokként, illetve elnökként dolgozott. 2010-től országgyűlési képviselő, az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságának tagja, az Egészségügyi Ellenőrző Albizottság elnöke volt.



Emeritus professor Dr. Iván László 1957-ben szerezte orvosi diplomáját a Budapesti Orvostudományi Egyetemen. 1961-ben pszichiáter, 1963-ban neurológus, 1969-ben igazságügyi elmeszakorvos és 2000-ben geriáter szakorvosi szakvizsgát tett. 1980-ban az orvostudomány kandidátusa, PhD értekezését 1995-ben védte meg, 2003-ban a Semmelweis Egyetem professor emeritusa lett. Orvosi pályafutását a SOTE Neurológiai és Pszichiátriai Klinika munkatársaként kezdte 1957-ben. 1982-ben az egyetem Gerontológiai Kutatóközpont munkatársa, majd igazgató-helyettese, ké-

sőbb igazgatója és a Neuropszichiátriai Laboratórium vezetője lett. 1993-2003 között tanszékvezető egyetemi tanár, a Gerontológiai Kutatóközpont igazgatója volt. 1985-1987 között a Fővárosi Ideg- és Elmeszaki felügyelői Testületénél szakfelügyelőként dolgozott. 1998-ban megalapította a Batthyány Strattmann László Idősek Akadémiáját. 2006-2014-ig országgyűlési képviselő, az Ifjúsági, Szociális és Családügyi Parlamenti Bizottság tagja. Tagja és társelnöke volt az Idősügyi Tanácsnak, tagja az MTA Demográfiai Bizottságának. A Magyar Gerontológiai Társaság és Gerontológiai Szakmai Kollégium elnöke 1993-1999 között. Az EU Szakorvosi Bizottságának tagja 1998-tól.

melweis Egyetem professor emeritusa lett. Orvosi pályafutását a SOTE Neurológiai és Pszichiátriai Klinika munkatársaként kezdte 1957-ben. 1982-ben az egyetem Gerontológiai Kutatóközpont munkatársa, majd igazgató-helyettese, ké-



Dr. Majoros Attila 1996-ban szerzett diplomát Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Pályának kezdete óta a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján dolgozik. 2002-ben urológiai, 2012-ben szülészet-nőgyógyászat szakvizsgát tett. 2006-ban az Európai Urológus

Testület szakvizsgáját is megszerezte. Fő érdeklődési területe a vizelettartási zavarok kivizsgálása és kezelése, PhD értekezését e témában írta, és védte meg 2007-ben. Számos tudományos társaság tagja, illetve vezetőségi tagja. A Magyar Nőorvos Társaság és a Magyar Urológiai Társaság közös Urogynekológiai Szekciójának társelnöke.



Prof. Dr. Nyirády Péter általános orvosi diplomáját 1995-ben szerezte a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen. A végzést követően 2000-ig a Fővárosi Önkormányzat Heim Pál Gyermekkorház Urológiai Osztályán dolgozott, majd egy éves londoni ösztöndíjat követően, 2001-től a Semmelweis Egyetem Urológiai Klinikáján, mely egyben jelenlegi munkahelye is. Szakvizsgái: urológus szakvizsga (2001), EBU (Európai Urológus Bizottság szakvizs-

gája) Part I. (2003), EBU Part II., FEBU (Fellow of European Board of Urology) (2006), andrológus szakvizsga (2008). Tudományos fokozatai: PhD (2003) és habilitáció (2009) a Semmelweis Egyetemen (SE), az MTA doktora (2011). A Szakmai Kollégium Urológiai Tagozatának elnöke, a SE Urológiai Grémiumának elnöke, a SE Klinikai Központjának elnökségi tagja, a Magyar Urológusok Társasága és a Magyar Szexológiai Társaság vezetőségi tagja, a Magyar Uroonkológiai Társaság alelnöke, az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet szakértő-szaktanácsadója. Az IME Urológiai rovatának vezetője.

gája) Part I. (2003), EBU Part II., FEBU (Fellow of European Board of Urology) (2006), andrológus szakvizsga (2008). Tudományos fokozatai: PhD (2003) és habilitáció (2009) a Semmelweis Egyetemen (SE), az MTA doktora (2011). A Szakmai Kollégium Urológiai Tagozatának elnöke, a SE Urológiai Grémiumának elnöke, a SE Klinikai Központjának elnökségi tagja, a Magyar Urológusok Társasága és a Magyar Szexológiai Társaság vezetőségi tagja, a Magyar Uroonkológiai Társaság alelnöke, az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet szakértő-szaktanácsadója. Az IME Urológiai rovatának vezetője.



Prof. Dr. Szabó László gyermekgyógyász, nefrológus, hipertónológus szakorvos, az orvostudomány kandidátusa. Orvosi diplomáját a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen szerezte 1977-ben. Pályáját a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Oktatókórházban kezdte, ahol 2011-ig osztályvezető főorvosként dolgozott. 2011-től a budapesti Heim Pál Gyermekkorház orvosa, 2012-től osztályvezető főorvosa. 1993-2001 között a Haynal Imre Egészségtudo-

mányi Egyetem, II. Gyermekgyógyászati Tanszék egyetemi adjunktusa, 2001-től a Debreceni Egyetem Orvos Egészségügyi Centrum (DE OEC) Gyermek Egészségügyi Továbbképző Intézet egyetemi adjunktusa. 2002-2006 között a DE OEC Gyermekklinikájának nefrológiai konzulense. 2005-2011 között a Miskolci Egyetem Egészségtudományi Intézet tanszékvezető főiskolai tanára. 2011-től a Semmelweis Egyetem ETK Családgondozási Módszertani Tanszékének vezetője. 2008-2011 között a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnöke, 2014-től a Magyar Kontinencia Társaság elnöke.

mányi Egyetem, II. Gyermekgyógyászati Tanszék egyetemi adjunktusa, 2001-től a Debreceni Egyetem Orvos Egészségügyi Centrum (DE OEC) Gyermek Egészségügyi Továbbképző Intézet egyetemi adjunktusa. 2002-2006 között a DE OEC Gyermekklinikájának nefrológiai konzulense. 2005-2011 között a Miskolci Egyetem Egészségtudományi Intézet tanszékvezető főiskolai tanára. 2011-től a Semmelweis Egyetem ETK Családgondozási Módszertani Tanszékének vezetője. 2008-2011 között a Magyar Gyermekorvosok Társaságának elnöke, 2014-től a Magyar Kontinencia Társaság elnöke.