medicina
A FIGYELŐ SZAKMAI MELLÉKLETE

- Kézbe vették a sorsukat
- Nemzeti Vese Program
- Ideális vértisztítás
- Élet a hasi dialízissel
- Birkózás a mellékhatásokkal
- Életet adó kórház
- Harminc éve szolgálnak
- A magántőke segített

VESEVILÁG

Életben maradni

FOTÓ: GETTY IMAGES

Siker-történet

Tematikus Medicina mellékletet kap most kézhez az olvasó, amelyben bepillantást nyújtunk a hazai vesebetegek egészségügyi ellátásába. Sikertörténet az egészségügy e szakmai területe, hiszen amíg az 1980-as években évente 400 ember vesztette életét, mert nem volt elég kezelőhely, és az évtized végén is még szakmai bizottság döntött az ötven évnél idősebbek művesekezeléséről vagy annak elutasításáról, mára mindenki hozzájut a szükséges ellátáshoz.

A siker a kitűnő magyar egészségügyi szakembergárda mellett annak köszönhető, hogy az elmúlt húsz évben a magánbefektetők 50 milliárd forintot invesztáltak e szférába, az ellátórendszer 90 százalékát ők működtetik. Ma már ötven kilométeren belül mindenki hozzáfér a dialízisellátáshoz, így egyre több beteg képes „kivárni" a végleges gyógyulást hozó veseátültetést. A kezeléseket szektorsemlegesen finanszírozza az egészségpénztár, nem csoda, ha meghaladja a 90 százalékot a betegek elégedettsége.

Szépen megfér egymás mellett a magánkézben lévő dializáló-központ és az állami irányítás alatt működő kórház csakúgy, mint a privát szolgáltatók egyesülete és a nefrológiai, valamint a transzplantációs orvostársaság.

Közös a cél: a betegek minőségi ellátása, az emberek ismereteinek gyarapítása, az orvosok továbbképzésének segítése, de még inkább a vesebajok lehetséges megelőzése. Ennek érdekében közösen indították el a szakminisztérium által is támogatott Nemzeti Vese Programot, amelyet a Figyelő szerkesztősége is fölkarolt, remélve, hogy a 600 ezer veszélyeztetett honfitársunk közül mind többen véglegesen meggyógyulnak, és a ma egészségesei közül minél többen elkerülik a vesebetegséget.

Nógrádi Tóth Erzsébet,
a Medicina szerkesztője

Kézbe vették a sorsukat

TÖRTÉNELEM | A krónikus veseelégtelenség nem gyógyítható, legfeljebb diétával lassítható a progressziója. A rendszerint a beteg halálával végződő betegségre az 1970-es években már rutinszerűen végzett gyógymódok léteztek: a művesekezelés (dialízis) és a veseátültetés, mindkettő jelentős beruházást és szervezést igényel.

Magyarországon ugyan a szándék megvolt, de pénz csak korlátozottan állt rendelkezésre. Maradt a szelekció, ez azt jelentette, ha nem vagy elég fiatal, meg kell halnod. Ezt az állapotot elfogadhatatlannak tartotta az akkor – életkoránál fogva szerencsés – dializált betegek egy csoportja, s elhatározták, hogy saját sorsuk és betegtársaiknak alakulásában tevékenyen kiveszik a részüket. Akkor ez nem volt természetes, de sikeresen végigverekedték magukat minden párt- és állami apparátuson, és 1987-ben megalakították a Vesebetegek Országos Egyesületét (VORE). Ez nagyrészt a jó kapcsolatteremtő képességű, széles látókörű, művelt, harcos, a betegek problémái iránt fogékony Ádám Editnek, a szervezet első elnökének érdeme volt. Nagyon komoly és hatékony munka kezdődött, 1988 áprilisában már megjelent Vesevilág címmel a szervezet újságjának első száma is. 1989 októberében pedig megszületett az első komoly dolgozat: „A VORE állásfoglalása az elégtelen veseműködésű emberek helyzetének javításáról."

Ebben javasoltuk egy önálló nefrológus szakmai bizottság létrehozását és a komplex ellátást: szűrés, gondozás, művesekezelés, transzplantáció. Elfogadhatatlannak tartottuk a betegek szelekcióját, a transzplantációra történő hosszú várakozási időt, a kevés transzplantáló kórházi helyet, a donáció szervezetlenségét, a szervkoordinátorok hiányát.

Követeltük a dializálóhelyek számának növelését, hogy ne kelljen emberek százainak meghalni, és hogy a hosszabb túlélés érdekében a dialízist még jó fizikai állapotban lehessen elkezdeni. Kértük, hogy kapjanak a betegek hepatitis elleni védőoltást, elegendő eritropoetin-, valamint a járulékos betegségek kivédéséhez szükséges egyéb gyógyszert. Már akkor kértük a betegszállítás megoldását is.

A legnagyobb gondot a betegség nem időben történő felismerése jelenti. A betegek több mint fele minden előzmény nélkül, az „utcáról" esik be a dialízisre, ez komoly hátrányt jelent további életükre nézve.

Úgy gondoltuk, hogy helyzetünk javításáért célszerű más betegcsoportokkal együtt fellépni, kezdeményezői voltunk a Lánc Egészségkárosodott Emberek Szervezeteinek Szövetsége megalakulásának (1989). Működésünk második esztendejében kértük felvételünket a CEAPIR-ba, a Európai Vesebetegek Szövetségébe (elsőként a volt szocialista országok közül).

Az egyesület 1991 márciusában szövetség lett, mert a sorra alakuló helyi csoportok önálló egyesületi formában akartak működni, ehhez pedig ez a szervezeti forma biztosított megfelelő hátteret.

A Vesebetegek Egyesületeinek Országos Szövetsége (VORSZ) és a tagegyesületei nagy várakozással tekintettek az 1990-es politikai fordulatot követő évekre, de később keserűen állapítottuk meg: „Az azóta történt politikai és gazdasági változások, sajnos, nem eredményeztek hatékony változást az egészségügyi ellátásban és a szociális jellegű gondok megoldásában. Amíg ezeken a területeken nem lesz lényegi változás, addig mi hiába harcolunk az igazunkért, csak lassan jutunk előbbre."

Mindinkább nyilvánvalóvá vált, hogy az állam a szűk dialíziskapacitás bővítését tőke hiányában nem tudja vállalni, a helyzet megoldására egyetlen út rajzolódott ki: magántőke bevonása ebbe a szektorba.

Az első lépéseket a Rolitron tette meg. Kifejlesztette saját művesekészülékét, s innen már csak egy lépés volt a hazai dialíziskezelések történetében az első magánkézben levő műveseállomás indulása 1989-ben a Tétényi úti kórházban. A VORSZ hamar felismerte a magánosításban rejlő lehetőségeket, azonnal az ügy mellé állt, elkötelezettségét az azóta eltelt évek egyértelműen igazolták.

Ádám Aurél

A folyamatból a szövetség is kivette a részét, kezdeményezte és anyagilag is segítette az első, a vesebetegek programozott szállításával foglalkozó cég, a Ren-Depo Bt. létrejöttét 1991-ben.

A Rolitron kezdeti lépése után az önkormányzatok gyorsan éltek is a lehetőséggel, felhívásukra újabb beruházók jelentek meg, s mára az ország minden részén van aránylag hamar elérhető művesecentrum, s vannak betegszállítók, akik a vesebetegeket az otthonukból oda- és visszaszállítják.

Az ország anyagi helyzetének gyengülésével a művesekezelés finanszírozása folyamatosan romlott, ez átrendezte a szektort, ma gyakorlatilag három cég kezében összpontosul a műveseállomások zöme. A B. Braun, a Diaverum és az FMC az egészségügyben elkötelezett multinacionális cég, megfelelő az anyagi hátterük, és világszínvonalú eszközökkel rendelkeznek. Nemzetközi kapcsolataink révén volt alkalmam Portugáliától kezdve Svédországig több dialízisállomást megnézni; nem kellett irigykedni az ottani ellátásra, ellentétben az egészségügy egyéb területeivel.

A VORSZ természetesen nem maradt munka nélkül, mert a magas színvonalú művesekezelés elengedhetetlen, de a jó életminőséghez több kell. A legnagyobb gondot változatlanul a betegség nem időben történő felismerése jelenti. A betegek több mint fele minden előzmény nélkül, az „utcáról" esik be a dialízisre, ez komoly hátrányt jelent további életükre nézve. A betegek pszichoszociális helyzetének javítása érdekében szükség lenne pszichológusokra, szociális munkásokra is. Ezért örültünk, amikor a magánszféra ismét lépett, a szolgáltatók kezdeményezésére és anyagi finanszírozásával elindult a Nemzeti Vese Program, amelyhez mindenkit sikerült megnyerni, beleértve az egészségügyi kormányzatot is. Nagyszerű dolog, hogy ez a még alakuló program a veseelégtelenség kérdését komplex módon kezeli, ahogy azt a VORSZ már 24 évvel ezelőtti állásfoglalásában követelte, sajnos eddig eredménytelenül.

A 2004-es népszavazás előtt Körmendi János színész, művesekezelt beteg részvételével a magánosítás mellett kampányoltunk, ezt sokan nem értették. Nem értették, mert nem tudták, hogy az évek során sok ezer ember életét mentette vagy hosszabbította meg a rendelkezésre álló művese-kapacitás, hogy eltűnt a rászoruló betegek közötti szelekció, hogy a folyamatosan növekvő betegszám mellett sem maradt senki ellátás nélkül, s hogy mindez csak az igen komoly magántőke bevonásával valósulhatott meg. A dialízis egy olyan alap, amely nélkül mi sem tudnánk tenni semmit a vesebetegekért.●

A szerző a VORSZ elnöke

FOTÓ: MTI-ADN

Vesedializálás a 70-es évek közepén

Bárki ajándékozhat életet

VESEVÉDŐK | A felnőtt lakosság körében minden tizedik embernek van valamilyen vesebetegsége, és világszerte évente milliók halnak meg a krónikus vesebetegséghez társuló szív- és érrendszeri szövődményekben. Magyarországon legalább 600 ezer honfitársunk veszélyeztetett.

Hazánkban 2,5–3,5 millió közé teszik a hipertóniások (magas vérnyomásban szenvedők) számát, a cukorbetegeké pedig meghaladja az 1,1 milliót. Számítások szerint a hipertóniások 10, a cukorbetegek 5 százaléka tekinthető krónikus vesebetegnek, s a számuk növekszik. Közülük kerülnek ki a végállapotú veseelégtelenségben szenvedő, dialízisre szoruló páciensek. A krónikus vesebetegek többségét a kór szövődményei, így a szív- és érrendszeri bajok, az infarktus, a stroke miatt veszítjük el. A veseelégtelenség oka 55 százalékban a magas vérnyomás és a cukorbetegség. A jelenlegi hazai dializáló rendszer magas színvonalú, és ma még elegendő a kezelőhely is, de hamarosan kevés lesz a betegek számának növekedése miatt. Ezért kell időben megelőzni a betegséget, vagy felkészülni a kezelésére. A művesekezelés valamelyik fajtájával (hemo- vagy peritonealis dialízis = vér-, hasi dialízis) 6000 beteget látnak el.

A Nemzeti Vese Program célul tűzte ki, hogy ismeretterjesztéssel és felvilágosító munkával csökkentse a vesebetegségek, valamint a társuló szövődmények gyakoriságát, súlyosságát, napirenden tartsa az egészségtudatos életvitel fontosságát. A program szakértői az indulás óta számos rendezvénnyel hívták fel a figyelmet a megelőzés és a korai felismerés fontosságára. Kiemelt feladatnak tekintjük a veszélyeztetett célcsoportok tájékoztatását.

A program égisze alatt szakemberek, sikeres transzplantáción átesettek látogatnak el a dialízisközpontokba, hogy növeljék azoknak a szervátültetési programokba bevonható betegeknek az arányát, akik alkalmasak lennének ugyan transzplantációra, de pszichés vagy lelki okokból elutasítják azt.

FOTÓ: BODÓ GÁBOR

Prof. Reusz György

Zoltán György

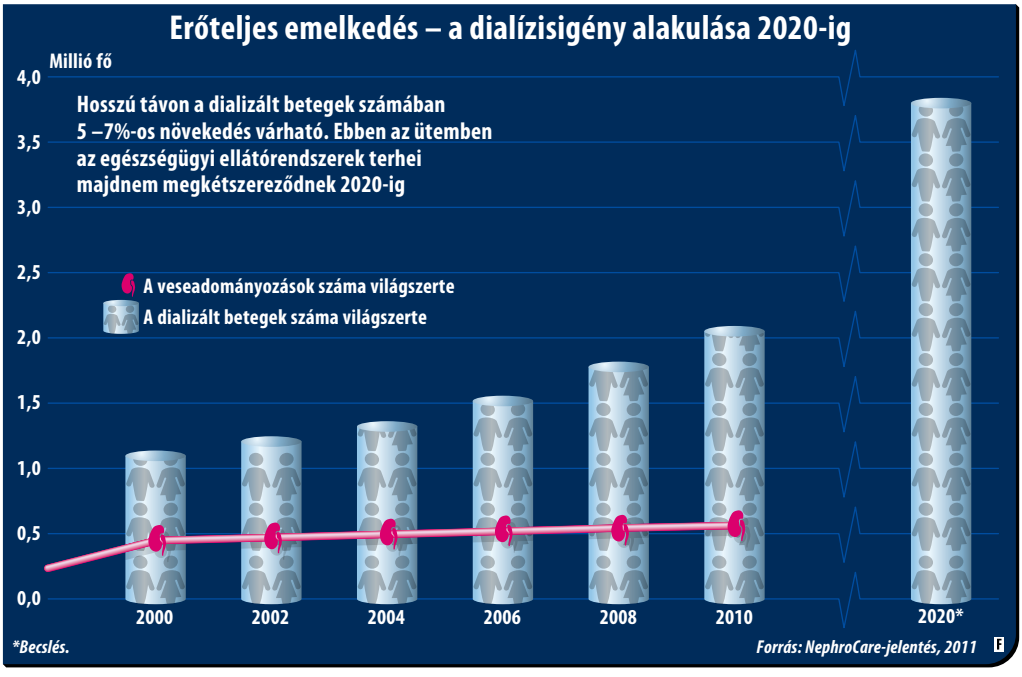
Az élő donoros szervátültetés népszerűsítése céljából, a Transzplantációs Alapítvány a Megújított Életekért közhasznú szervezet közreműködésével transzplantációs fórumsorozatot szervezünk a betegek és hozzátartozóik számára az ország több városában (Pécs, Győr, Vecsés, Szeged, Debrecen, Miskolc), melynek mottója: Csak nő szülhet gyermeket, de bárki ajándékozhat életet! Az idelátogatók az előadások után a transzplantációban jártas szakorvosoktól és az új szervvel élőktől kapnak választ a kérdésekre. A fórumok sikere, eredménye a visszacsatolások által és az élő donoros transzplantációk számának növekedésében követhető.

A Nemzeti Vese Program kiemelten foglalkozik a háziorvosok képzésével is, hiszen először ők találkoznak a beteggel. Ezért 2012. februártól a Magyar Nephrologiai Társaság a Magyar Általános Orvosok Tudományos Egyesületével, a Semmelweis Egyetem közreműködésével továbbképző tanfolyamsorozatot indított. A vesebetegseg.hun elindítottuk a mindenkinek szóló weboldalt. A nyomtatott formában megjelentetett betegtájékoztatónkban részletesebb információt, hasznos anyagokat találnak az érdeklődők. A figyelem felkeltésében és a tájékoztatásban aktív szerepet vállalnak a vesebetegséggel élők is, köztük a program nagykövetei: Börcsök Enikő színésznő és Both András színművész, az RTL Klub hangja. Mindketten vesetranszplantáción estek át.

Az idei, március 14-i vesevilágnap központi programja az akut vesekárosodás megelőzésére koncentrált, de nem feledkezhettünk meg arról, hogy az idült vesebetegség legalább 600 ezer embert veszélyeztet. Igyekszünk a klinikai evidenciákat eddig szokatlan formában és módokon bemutatni. Nem kis meglepetést okozott az egyik legnagyobb budai bevásárlóközpontban a Madách Színház társulata, amikor hirtelen önfeledt táncba és éneklésbe kezdett a legnagyobb délutá-

Nemzeti Vese Program

■ 2011 tavaszán, a privát szolgáltatókat tömörítő Nefrológiai Szolgáltatók Egyesületének kezdeményezésére, annak anyagi, valamint a szakminisztérium erkölcsi támogatásával, a Magyar Nephrologiai Társaság, a Magyar Transzplantációs Társaság és a civilszervezetek együttműködésével hívtuk életre. Célunk, hogy a szakmai és a betegszervezetek munkáját segítve iránymutatást, keretet adjon minden vesével kapcsolatos aktivitásnak, a prevenciótól kezdve a szűrésen és a vesepótló kezeléseken át a transzplantációig. A program célja az edukáció, a lakosság és a betegek tájékoztatása, valamint a szakmai párbeszéd, amelynek eredménye a döntéshozók számára is iránymutatást, megoldást jelentő cselekvési terv elkészítése és végrehajtása.●



Világszerte rendszeres dialízisre szoruló betegek száma az előrejelzések szerint a 2011-ben rögzített több mint 2 milliós számról 2020-ra mintegy 3 800 000-re emelkedik.

ni forgalom kellős közepén. A színészek a világnap alkalmából a népszerű flashmobot választották arra, hogy pár percre megállítsák az embereket és közvetítsék az idei üzenetet: Előzd meg a vesekárosodást! Védd a vesédet, tudd meg, hogyan! A Madách Színházzal aláírt hosszú távú együttműködés keretében térítésmentes szűrővizsgálatot szerveztünk a társulat dolgozói részére.

Ez év februárjában plakátpályázatot hirdettünk a Magyar Képzőművészeti Egyetem Grafika Tanszékének hallgatói számára. Olyan alkotások születtek, amelyek felhívják a figyelmet a vese védelmére, e szervünk összetett és létfontosságú szerepére, a betegségek megelőzésének fontosságára. A pályázat jelmondata „Az elhízás, a cukorbetegség és a magas vérnyomás a krónikus veseelégtelenség előszobája” volt. A pályamunkákból készült kiállítás egy hétig volt látható az egyik budai bevásárlóközpontban, az év további időszakában pedig a szakmai események programját gazdagítja.

A budapesti rendezvények mellett a szervezők országszerte színes programokkal – sajtótájékoztatókkal, szűrővizsgálatokkal, nyílt napokkal, lakossági fórumokkal – hívták fel a figyelmet a vesék szerepére, a vesebetegség megelőzésének fontosságára.

A szerzők: a Nemzeti Vese Program szakmai igazgatója, a Magyar Nephrologiai Társaság elnöke; illetve a Nemzeti Vese Program operatív igazgatója

A vesebetegségek megelőzéséről szóló ismertetőket tanulmányoznak középiskolások

Pár nap múlva csatlakozunk

■ Július 1-jétől hazánk is teljes jogú tagja lesz az Eurotransplant nemzetközi szervcsereszervezetnek. Az Eurotransplant évente 7000 donorszerv elosztását szervezi meg. Ahhoz, hogy hazánk a sikeres nemzetközi együttműködés feltételeit megteremtse, szükség volt a hazai várólisták feltöltésére. A vesékre várók listáján lévők száma az egy évvel ezelőtti adatokhoz képest közel 30 százalékkal nőtt.●

Krónikus vesebetegség, veseelégtelenség, dialízis

EURÓPAI SZÍNVONAL | Az elmúlt húsz év a dialízis európai szinten tartását jelentette Magyarországon. Ma 62 központban végzik a kezeléseket, teljes körű ellátást biztosítva, térítésmentesen minden beteg számára. Az ellátást 90 százalékban magánszolgáltatók végzik.

Prof. dr. Kiss István

A vese az egyik legtöbb funkciót ellátó szervünk. A vesék termelik a D-vitamint, a vérképzést szabályozó anyagot, az eritropoetint, a keringés és más folyamatok szabályozásához szükséges anyagokat, méregtelenítik a szervezetet. A káros és felesleges bomlástermékek kiürítése a veséken keresztül, a vizeletkiválasztással történik. Ez egyben a szervezet folyadékszabályozását is jelenti.

Mindkét vesében millió kis érgomolyag van tokba zárva, ezeken keresztül a szűrő és kiválasztó funkció megvalósul a szűrletet elvezető csatornácskákon. A működő érgomolyagokat leggyakrabban a magas vérnyomás, a cukorbetegség, a krónikus vagy visszatérő gyulladások és az immunológiai elváltozások károsítják. Ki több, ki kevesebb érgomolyaggal születik (600 000–1 200 000), ezért ugyanaz a betegség mindenkiben más mértékű vesekárosodást okoz 5–20 év alatt, és az elváltozás súlyossága is eltérő lehet.

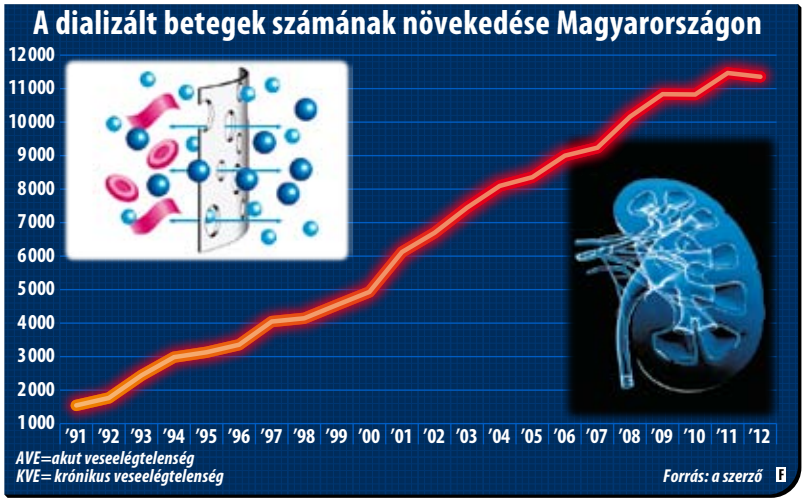
A vese ideális percenkénti „vértisztító" képessége 1,2 deciliter, a 0,6 alatti értéknél (60 ml/perc) krónikus vesebetegségről beszélünk. A tisztítókapacitás értéke vérvételt követően becsléssel számítható ki. Hirtelen kialakuló veseelégtelenség az, amikor a vizeletkiválasztás megszűnik, és a „mérgezettségi" állapot órák/napok alatt alakul ki. Krónikus veseelégtelenségben hosszú idő telik el, amíg a tisztítóképesség 15 ml/perc alá csökken, és megjelennek a nem kiválasztott anyagok okozta kóros tünetek is.

Ez már a vese végállapota, amikor a vizeletkiválasztás csökkenése mellett a különböző anyagok, hormonok előállítása is megszűnik. A dialízis a méregtelenítést és a folyadékeltávolítást biztosítja. A „művesekezelés" azért nem pontos megjelölés, mert nem egy mindent ellátó vesét kapcsolunk a betegre, hanem csak bizonyos funkciókat pótlunk.

A kezelés egyik módszere szerint a kivezetett vért olyan csőrendszerben áramoltatjuk a szervezeten kívül, amelynek a falán kis lyukak vannak, ezeken keresztül a folyadék és a kis molekulasúlyú anyagok távozni tudnak. A csőrendszert egy nagyobb csőben helyezzük el, amelyben mesterségesen összeállított tartalmú vizet keringtetünk a vérrel ellenkező irányban. Kellő nyomással, több órán keresztüli keringtetéssel a testhőmérsékleten tartott vérből kiválasztható a többletfolyadék is. A kiválasztás és méregtelenítés folyamatát általában hemodialízisnek hívjuk, amelyet másodnaponta négy órán keresztül dialízisközpontokban végzünk.

Ha a csőrendszert a hashártyával „helyettesítjük", és az abban található kapillárisérrendszeren keresztül választódik ki a folyadék és a méreganyag, akkor a hasüregbe töltött folyadékba kerülhet, amelyet egy beültetett csövecskén keresztül betöltünk, majd leengedünk. Ez a hasi dialízis. Az eljárás, az oldatcsere naponta négyszer szükséges, végezhető otthon, de a munkahelyen is. Sajnos e kezelési mód csak a vesebetegek 25-30 százalékánál alkalmazható, az orvosi és a mentális-szociális-környezeti gátló tényezők miatt.

A veseműködés részleges helyettesítése a dialízis, teljes pótlása pedig a veseátültetés. Összességében ezen orvosi eljárásokat vesepótló kezelésnek nevezzük. Magyarországon az 1930-as években végeztek állatkísérletes dialízist, és élenjártunk a hemodialízis



Betegek dializálás közben

klinikai bevezetésében is. Az első kezelések az 1960-as évek elején, Szegeden történtek. Ugyancsak a világelsők között szerepeltünk a veseátültetéssel is az 1970-es években. A rendkívül költséges orvosi eljárások bevezetése és fenntartása, a megfelelő szabályozások létrehozása 1975–1990 között lelassult, a hemodialízises kezelés csak azok „kiváltsága" lehetett, akik alkalmasak voltak veseátültetésre és várólistán szerepeltek. Ezért a krónikusan kezeltek száma 1990-ben alig haladta meg az ezret.

A nagyszámú beteg és a szűk kapacitás ellentétének feloldását jelentette az elsősorban zöldmezős beruházással, új dialízisközpontok felépítésével és teljes felszerelésével megvalósított kapacitásbővítés 1991–95 között. Azóta a dialízisek már 62 központban működnek, teljes körű ellátást biztosítva, térítésmentesen minden beteg számára. A dialízisellátás szorosan kapcsolódik az állami vesegyógyászati (nefrológiai) járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátáshoz. A kezelést több mint 90 százalékban magánszolgáltatók végzik, szektorsemleges finanszírozással és zárt, központi költségvetési kerettel.

A magas vérnyomásból, a cukorbetegségből, valamint az elsődleges vesebetegségből eredően legalább 600 ezer ember veséjének csökkent a tisztítóképessége 60 ml/perc alá, ami már középsúlyos krónikus vesebetegséget jelent. Közülük csak 60 ezer áll vesegyógyászati gondozás alatt, amely az állami járóbeteg-ellátásban valósul meg, jelentős magánszolgáltatói támogatással. Ma hazánkban krónikusan és folyamatosan mintegy 6000 beteget kezelünk (az összes kezelt páciens száma meghaladja a 10 ezret). Az ellentmondás igen jelentős, a dialíziskapacitás rendelkezésre áll, de nem mindenki jut el a megfelelő ellátásig. Ez a számok tükrében azt jelenti, hogy a betegek 70 százaléka előzetes gondozás, felkészítés nélkül, szükségből, sürgősséggel kerül dialízisre. A betegek számának változását 1991–2012 között a mellékelt ábra mutatja.

A „művesekezelés" nem pontos megjelölés, mert nem egy mindent ellátó vesét kapcsolunk a betegre, hanem csak bizonyos funkciókat pótlunk. A dialízis a méregtelenítést és a folyadékeltávolítást biztosítja.

A dialízis fejlődésével növekedett a kezelési idő, amely hosszabbítja a túlélést, lehetőség van a vesefunkció más irányú hiányának a pótlására is (gyógyszeres eritropoetin-kezelés, D-vitamin-kezelés, kóros csontanyagcsere befolyásolása, aminosavak pótlása). Változott a mesterséges membrán és az oldatok összetétele. Kifejlesztettek egy újabb hatékony kezelési eljárást is, biztonságosabbak a hemodialízist végző gépek. Javult a betegek életminősége, stabilabbá vált a veseátültetésre várók állapota.

Az elmúlt húsz év a dialízisellátás európai szinten tartását jelentette Magyarországon, egy jól szervezett, szakmai irányelvek alapján működő nefrológusszakma és az ellátási, valamint gondozási hátteret biztosító magánszolgáltatói rendszer együttműködésével. Mindezt a nemzetközileg is kiemelkedő minőségbiztosítási rendszertanúsítások és szakmai elismerések jelzik. A következő lépés a klinikai nefrológia tisztázatlan kérdéseinek a megoldása (veseszövettani, genetikai vizsgálatok), illetve a vesebeteg-gondozás szakmai és szervezeti fejlesztése kell, hogy legyen.●

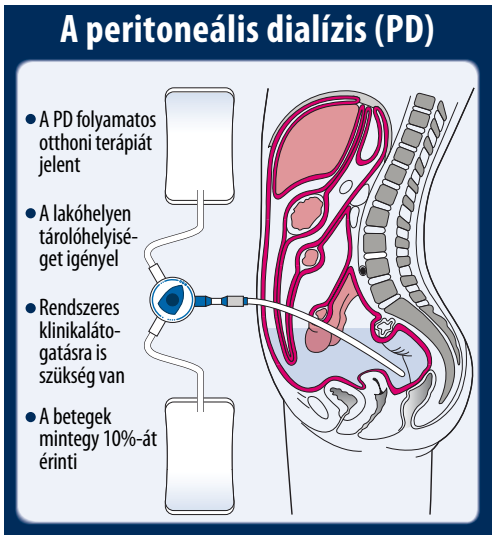
A szerző egyetemi tanár (Szent Imre Kórház – nefrológia–hipertónia profil, Semmelweis Egyetem – Geriátriai Tanszéki Csoport, Budapest)

Életem a hasi dialízissel

VALLOMÁS | Egészségügyi tanulmányaimat a nyolcvanas évek elején végeztem, akkor, amikor a művesegépek hiánya miatt orvosi bizottságoknak jutott a hálátlan feladat, hogy eldöntsék: a dialízisre szoruló betegek közül kit tudnak kezelni és kit nem. Emiatt több száz 40-50 évnél idősebb embertársunkat veszítettük el. A vesebetegek számára a megoldást a dialíziskapacitás bővülése jelentette.

Az én történetem azzal kezdődött, hogy kilencéves koromban krónikus vesemedence-gyulladást kaptam, amely a veseműködés folyamatos romlásával járt. Igyekeztem mindent elkövetni, hogy a dialízismentes időszakot minél tovább fenntartsam. Mindez kellő odafigyeléssel, diétával, a rendszeres ellenőrző gondozással, az orvosi utasítások betartásával megvalósítható volt. Tőlem telhetőleg igyekeztem felkészülni arra, hogy egyszer elkövetkezik a dialízis. 2004 őszén végérvényesen kimondták: nem lehet tovább halogatni, el kell kezdeni a művesekezelést. Azt a traumát, amelyet ez a mondat okozott, nem könnyű feldolgozni! Mi, betegek ilyenkor azt gondoljuk, le kell mondani eddigi életünkről, munkáról, gyereknevelésről és folytathatnám. Szerencsémre megismertem két nagyszerű embert a győri műveseállomáson, akik nemcsak megismertették velem a hasi dialízis (PD) rejtelmeit, de megtanítottak együtt élni vele, és felkértek, hogy dolgozzak velük, legyek a csapatuk tagja. Tehát egyszerre lettem PD-s beteg és PD-s nővér. Köszönet érte Schneider Károly főorvosnak és Huszár Tibor PD-ápolónak.

Bátor Bálintné Gizke



A dializálásra utalt betegek először azt gondolják, hogy le kell mondani eddigi életükről, pedig megfelelő kezeléssel teljes életet élhetnek.

A hasi dialízis egy otthon végezhető módszer, amely a peritoneumot (hashártyát) használja dialízismembránként. Egy hajlékony, szilikonból készült katéter (Tenckhoff-katéter) hasüregbe történő behelyezését követően 2000 ml speciális összetételű oldatot engedünk a hasüregbe. Az oldat a kezelés típusától függően meghatározott ideig van ott, ezen idő alatt történik a salakanyag és a felesleges víz eltávolítása a szervezetből. Az eljárás elsajátítása néhány napot vesz igénybe, és a katéter beültetését követő négy hét után már önállóan végezhető. A félórás kezeléseket napi négy alkalommal, 4-6 óránként iktatjuk be a saját életritmusunkhoz igazítva. Biztonságban vagyunk, bármilyen probléma merül fel, a kapcsolattartó nővér a nap 24 órájában elérhető, segítségünkre van!

Hogy nekem miért volt jobb PD-s betegnek lenni a HD-val (gépi kezelés) szemben? Egyrészt, mert imádom a szabadságot, szeretek utazni, így a kezelés mellett csak egyet gondoltam, s már indultam is az ország másik végébe. Nem volt rendszeres, heti bejárás, tűszúrás, nem éreztem, hogy másokra szorulok, sőt még dolgozhattam is, mint sok más PD-s beteg. A hasi dialízis alatt egyenletes a méreganyag- és a folyadékeltávolítás, így állapotom stabilabb volt.

És PD-s nővérként? Arról beszéltem, azt oktattam, ami a saját hétköznapjaimat töltötte ki. Oldatcsere, exit site ápolás stb. Saját tapasztalataimmal „fűszereztem” az oktatást. Mindig tudtam, mit érez valaki, amikor közlik vele, „el kell kezdeni a kezelést”, amikor fél a katéter beültetésétől, aggódik a műtőben, hogy vajon képes lesz-e önmaga ellátására. Betegtársaim, megismerve történetemet, sokkal gyorsabban és könnyebben fogadják el betegségük és a kezelés szükségességének tényét, mondanivalóm több hitelességet nyer, ezáltal nagyobb kedvvel választják a PD-t. Milyen öröm látni, hogy még a 82 éves bácsi is képes megtanulni a hasi dialízist, amikor látom, hogy mindenki be tudja illeszteni a kezelést eddigi életébe, akár munkát is tud vállalni mellette!

A kezelés megkezdésével egy időben kerültem transzplantációs várólistára. Több mint három év PD-s ellátás után sikeres transzplantáción estem át, folytathattam a munkámat, élhettem régi, megszokott életemet, már kezelések nélkül. Hiszem, hogy bármely élethelyzetben szembe kell néznünk a nehézségekkel, hinnünk és akarnunk kell a pozitív változást, és akkor sikerülhet elérni céljainkat!

Bátor Bálintné Gizke

Két évtized mérlege

PARTNERSÉGBEN | Nem akarom feleleveníteni azt a vitát, amely arról szólt, hogy szabad-e beengedni az egészségügybe a magántőkét. A betegek tudják a választ, hiszen megtapasztalták a változásokat. Ám lenne javítanivaló az „apróságokon".

Tizenkilenc éve járok dialízisre, ez idő alatt sok személyes tapasztalatot szereztem. Mivel hetedik esztendeje a Vesebetegek Borsod Megyei Egyesületének elnöke és ötödik éve a Vesebetegek Egyesületeinek Országos Szövetsége elnökségének a tagja vagyok, tapasztalataim széles körűek. Feladataimból adódóan sokszor a gondokra, a megoldandó problémákra koncentrálok, és természetesnek veszem azt, ami rendben van. A dialízis privatizálásának évfordulója kapcsán érdemes számba venni, hogyan változott a kezelések színvonala, élethelyzetünk, életminőségünk.

Kezdetben nem kaphatta meg mindenki a kezelést. Kevés férőhely volt, bizonyos életkor felett lemondtak a betegről. A privatizáció hatására több dialízisállomást, kezelőhelyet alakítottak ki, így több beteget, az esetleges szövődmények megjelenése előtt, kisebb zsúfoltsággal, jobb időbeosztással, kevesebb utaztatással tudnak ellátni.

A dialízis ma sem tartozik a kellemes kezelések közé, de régen még rosszabb volt. Nem a szúrás az igazán ijesztő, ezt valamennyire meg lehet szokni, inkább a dialízis utáni állapot (a vérnyomásváltozások, a gyakori gyengeség, izomgörcsök, fáradtság) okoz rossz közérzetet. Jelentősen javult a helyzet azáltal, hogy a kezelésekhez használt gépeket, eszközöket, anyagokat folyamatosan korszerűbbre cserélték, biztosítva az európai minőséget. A dialízis számtalan mellékhatásával, következményével is meg kell birkózniuk a betegeknek. Ilyen a vérszegénység, a csontritkulás, az ionegyensúlyi problémákból adódó vérnyomás-, szív-, izompanaszok okozta tünetek. A dialízisen kívül biztosítják a szolgáltatók a betegek állapotát alapvetően javító, korszerű gyógyszereket, mindezek következtében lényegesen javul a kezeltek életesélye, életminősége.

A legkorszerűbb eljárások biztosítására folyamatos az egészségügyi személyzet képzése. Javultak a körülmények, a kezelőket, a várókat, a mosdókat, az öltözőket átalakították, felújították, korszerűsítették. A kezelőkben, várókban televíziókat helyeztek el.

A mérleg akkor hiteles, ha a pozitívumok mellett a legfontosabb gondokat is megemlítem. A legnagyobb probléma a betegszállítás. Egyes szállítókkal szemben olyan nagy az elégedetlenség, hogy a páciensek jogi útra kívánják terelni a gondok megoldását. A protokollok jelentőségét értjük, de túl merevnek tartjuk, nagyobb mozgásteret kellene biztosítani a beteg jogos igényeinek, az egészségügyi személyzet tapasztalatainak, tudásának. Egyre több az adminisztráció, kevesebb idejük marad az orvosoknak, nővéreknek a betegekre. Örömmel láttuk, hogy az FMC éppen az egyéni problémák figyelembevételére nyert támogatást a Széchenyi-pályázaton.

Javítani kellene a páciensek tájékozottságát, a velük való partneri viszonyt, komolyabban kell venni a betegképviseletek javaslatait. Nagyon örülnénk, ha olyan szakmai anyagokat kaphatnánk, amelyeket a dialízis során az érdeklődő páciensek olvashatnának. Jó lenne, ha rendszeresen vizsgálnák a betegek elégedettségét, egy-egy konkrét kérdésben kikérnék a véleményüket. A betegszervezetek ebben szívesen közreműködnének.

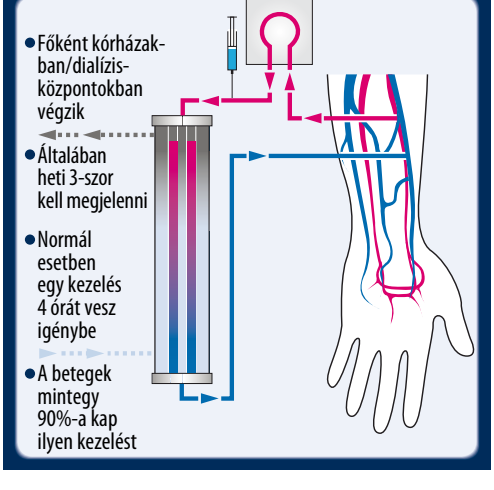
El kell érni a dialízis finanszírozásának a javítását. Apróságnak tűnik, de nem az az ágynemű minősége, tisztasága, a rosszabb minőségű kötszer, a kevés öltözőszekrény.

Korinthus Katalin

Korinthus Katalin

Kezdetben nem kaphatta meg mindenki a kezelést. Kevés férőhely volt, bizonyos életkor felett lemondtak a betegről.

A hemodialízis (HD)



Minden egy helyen

PROGRESSZÍVEN | Akkreditált hely lett a belgyógyász, nefrológus szakorvosi és szakasszisztensképzésben a Borsod-Abaúj-Zemplén vesebetegeit ellátó, a megyei kórház közreműködőjeként gyógyító Miskolci Nefrológiai Központ, ahol valamennyi diagnosztikus és terápiás lehetőség elérhető.

Dr. Csiba Gábor

Példaértékű és kiegyensúlyozott a Fresenius Medical Care Dialízis Center (FMC) menedzsmentjével és a helyi Miskolci Nefrológiai Központ szakmai vezetőivel az együttműködésünk, ami megítélésem szerint létfontosságú a mindennapi betegellátásban. Közös a munka, de a betegek ellátási kötelezettsége a megyei kórházé.

Visszatekintve az elmúlt évtizedek történetére, a nefrológiai intézet állami beruházásként valósult meg, eredetileg is nefrológiai-belgyógyászati-dialízis profillal, majd 1994-ben az akkori megyei önkormányzat döntött az intézet privatizációjáról és a vesebetegek teljes körű ellátási feladatának átadásáról. Ma a nefrológiai központ önállóan, de szakmai vonatkozásban a megyei kórház szerves részeként, teljes körűen látja el a megye vesebetegeit. A szakorvosok és a szakszemélyzet létszáma megfelelő. Rendszeres a belgyógyász vagy nefrológus szakorvosok és nefrológiai szakasszisztensek képzése.

Kórházunk egyéb osztályaihoz hasonlóan szakmaspecifikusan a nefrológiai osztály III. progresszivitási szintű intézet a régiónkban, így akkreditált képzőhely a belgyógyász és nefrológus szakorvosi, valamint a nefrológiai szakasszisztensképzésben egyaránt. Az elmúlt másfél évtizedben 14 nefrológus szakorvos szerzett itt szakvizsgát. Az intézet ötven ápolójának több mint fele nefrológiai szakasszisztens végzettségű, ez fontos garancia a szakszerű vesebeteg-ellátásban.

Minden diagnosztikus és terápiás lehetőség elérhető a nefrológiai osztályon, illetve a megyei kórházban, ami a nefrológiában indokolt vagy szükséges lehet. Így például rendszeresen történik vesetű-biopsziás vizsgálat, immunszupresszív kezelés, a dialízisen túl az extrakorporális méregtelenítő eljárások minden formája. Az intézet akkreditált regionális terápiás aferezisközpont Borsod megyében. Így rendszeresen biztosítják a terápiás plazmaferezist nemcsak vesebetegségben, hanem a különböző kórképekben is. Rendszeresen ellátják a toxikológiai osztályon fekvő, extrakorporális kezelést igénylő, illetve Miskolc és a megye több egészségügyi intézményében ágy melletti, mobil dialízist igénylő, de szállításra nem alkalmas betegeket.

A vesebetegségek kialakulhatnak akutan vagy krónikus kór formájában, az idős és a fiatalabb korosztálynál egyaránt.

Tapasztalataink alapján hasonló szakmai és szervezeti egységben lehet optimális a vesebeteg-populáció ellátása. Mivel ezen páciensek jelentős hányada krónikus betegségben szenved, számukra, illetve az őket ellátó személyzetnek is ebben a személyi és tárgyi (technikai) környezetben biztosítható a legjobb minőségű, egységes szakmai elvek és szemlélet alapján történő gyógyítás.

Az országban a Miskolci Nefrológiai Központ a legtöbb hemodialízis-kezelő hellyel rendelkező, a legnagyobb számú krónikus vesebeteget ellátó centrum. Aktuálisan 44 helyen 241 pácienst kezelnek hemodialízissel és 59-et hasi dialízissel. Emellett évente ezernél több főt ápolnak a fekvőbeteg-osztályon, és több mint

Komplex ellátást nyújtanak

■ A Miskolci Nefrológiai Központban 1990-től 2007 tavaszáig negyvenágyas nefrológiai-belgyógyászati fekvőbeteg-osztály működött, majd az akkori egészségügyi reform következtében – a B.-A.-Z. Megyei Kórház közreműködőjeként – 25 ágyas nefrológiai profilú fekvőbeteg-osztály létesült, ott folyik a nefrológiai-belgyógyászati páciensek ellátása. Az osztályon kezelik az alapellátásból vagy bármelyik társintézetből beutaltakat, a különböző okoknál fogva kialakult heveny veseelégtelenségben és az idült veseelégtelenségben szenvedő Borsod megyei betegeket. A központ feladata sokrétű. A gyógyítás, a járó- és fekvőbeteg-, valamint a hemodialízis (vér-) és peritonealis (hasi) dialízis azonos szemlélet és elvek alapján működik, szakmai egységben történik. Az intézetben maradéktalanul adottak a személyi és tárgyi feltételek, a szakmai felkészültség megítélésem szerint kiváló. A megyében ez az egyetlen komplex vesebeteg-ellátást biztosító és ebben a vonatkozásban minden feltételnek megfelelő intézet.●

Kezelés a Szépvölgyi Dialízis Központban

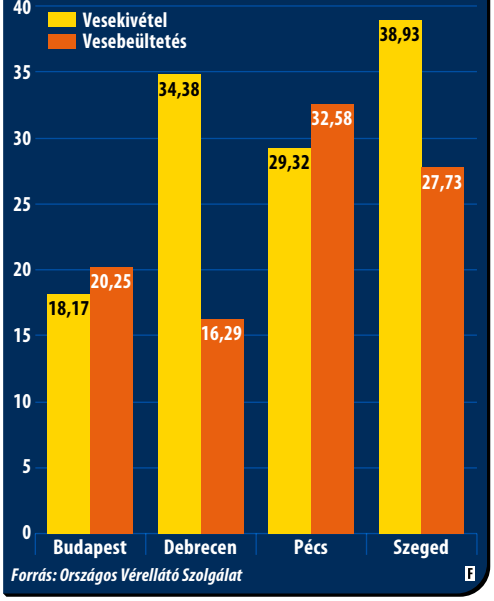
3000 vesebeteget követnek a nefrológiai járóbeteg-szakrendelésen. Az elmúlt évtizedekben a vesebetegek száma évről évre emelkedett. A növekvő igényekhez alkalmazkodva Miskolc mellett Ózdon, Sátoraljaújhelyen, majd Szikszón új nefrológiai szakrendeléseket és dialízisközpontokat alakítottak ki, ahol összesen 162 krónikus vesebeteg művesekezelését biztosítják, és több száz főt gondoznak nefrológus szakorvosok a szakrendelőkben.

A vesebetegségek kialakulhatnak akutan vagy krónikus kór formájában, az idős és a fiatalabb korosztálynál egyaránt. A krónikus vesebetegséghez számos kórkép vezethet, ezek közül a leggyakoribb az elhízás, a cukorbetegség és a magas vérnyomás. Utóbbiak kezelését alapvetően befolyásolja az életmód. Így a vesebetegségek kezelésében is kulcsfontosságú a megfelelő életvezetés. Nem véletlen, hogy világszerte emberek milliói halnak meg a krónikus vesebetegséghez társuló szív- és érrendszeri szövődményekben. Sajnos így van ez Magyarországon is. Megyénk különösen érintett, itt az egyik legtöbb a művesekezelést igénylők aránya.

Fontos lépésnek tartom a Nefrológiai Szolgáltatók Egyesülete által kezdeményezett, a Magyar Nephrologiai Társaság, a Magyar Transzplantációs Társaság, a Nefrológiai Szolgáltatók Egyesülete és a civilszervezetek (Vesebetegek Egyesületeinek Országos Szövetsége, Magyar Szervátültetettek Szövetsége, Transzplantációs Alapítvány a Megújított Életekért, Magyar Vese Alapítvány) által közösen megvalósított és támogatott Nemzeti Vese Programot. Hiszen a céljuk többek között a lakosság rendszeres tájékoztatása a vesebetegségek előfordulásáról, annak veszélyeiről, a kezelési lehetőségekről, valamint egy közös cselekvési terv megalkotása a szakmát képviselők és a döntéshozók számára. Az összefogás azért is fontos, mert a felnőtt lakosság körében minden tizedik embernek van valamilyen veseérintettsége, Magyarországon is legalább félmillió ember veszélyeztetett. Mivel jellemzően alattomos, hosszú évek alatt kialakuló betegségről van szó, így nagy jelentősége van a megelőzésnek és a vesebetegség alapjául szolgáló kórképek megfelelő követésének.●

A szerző dr. Csiba Gábor, a B.-A.-Z. Megyei Kórház főigazgató főorvosa

Vesekivételek és -beültetések aktivitása 1 millió lakosra számítva, régiónként, Magyarországon, 2012



Forrás: Országos Vérellátó Szolgálat

Életet adó kórház

■ A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház az egyik legnagyobb donorjelentő intézet, eddig három alkalommal kaptuk meg az Életet Adó Kórház kitüntető címet. Az elmúlt húsz évben 456 vesekivétel történt intézetünkben, más beültetendő szerveket attól függően távolítottunk el, hogy volt-e azokra váró és minden szempontból megfelelő beteg. Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár minden szervdonor után meghatározott összeget utal az intézmények számára, melyet a dologi kiadásokra és a donorgondozás során többletmunkát végző egészségügyi dolgozók anyagi elismerésére fordítunk.●

Harminc éve gyógyítják a vesebetegeket

ÉVFORDULÓ | A hódmezővásárhelyi vesedializáló központnál a három évtized alatt nemcsak a kórház ellátásában, hanem általában a vesedialízisben jelentős változások mentek végbe: óriásit fejlődött a technika, a kezelések menete és a szaktudás.

Dr. Kallai Árpád

Dr. Szökő-Császár Ildikó

Ma lényegesen többet tudunk a vesebetegségekről, mint harminc esztendővel ezelőtt, jobbak a veseelégtelenségben szenvedők életesélyei, a kezelések hatékonyabbak, és lényegesen kevesebb kényelmetlenséggel járnak. Magyarországon 1953-ban alkalmaztak először hemodialízist a Szegedi Sebészeti Klinikán és a budapesti Urológiai Klinikán. Az első években főként mérgezéseknél és heveny veseelégtelenségnél volt használatos. Az 1960-as évektől kezdődően terjedt el az idült veseelégtelenség kezeléseként.

Az 1980-as évekig jellemző volt, hogy a kezelések számának növekedését erősen korlátozta az igen drága külföldi gépek beszerzése, ezért hazánkban is a dializálókészülékek „házilagos" elkészítésével próbálkoztak. Hódmezővásárhelyen, az Elektrofém Vállalatnál Bagi Jenő elektrotechnikus végzett eredményes munkát – működő kezelőgép megalkotása terén – Gál György professzornak, a megyei vérellátó központ és a szegedi műveseállomás vezetőjének tervrajzai alapján.

A kezelések elterjesztését siettette a meglévő lehetőség és a szükséglet közötti nagy szakadék. A körülmények javítása céljából úgynevezett szatellita állomásokat hoztak létre országszerte, vidéken elsőként Hódmezővásárhelyen, utóbbit az Erzsébet-kórház teljes egészében saját erőből alakította ki.

1983. augusztus 3-án kezdte meg működését az intézmény kétágyas hemodialízisállomása hat beteg kezelésével. Hódmezővásárhelyen a fokozatos ágy- és kezelőgép-bővítést, -cserét követően 1996-ra már 18-20 pácienst tudtak ellátni.

Óriási előrelépés volt ez a vesebetegségek kezelésében: a vesedialízis az addigi, a kór felismerésétől számított néhány hónapos várható élettartamot évtizedekben mérhetőre hosszabbította.

A gyógyászatnak vannak olyan területei, amelyeken világszerte sok helyen magánbefektetők tevékenykednek, hiszen az állami intézményi keretek között nem képesek a szükséges fejlesztéseket elvégezni és a legmodernebb technikát meghonosítani. A fejlesztések nélkül pedig nehezen tudtuk volna az egyre növekvő betegigényeket kielégíteni. Az első privát építésű és működtetésű dialízisközpont Budapesten nyílt meg 1989-ben, s 1996-ban a hódmezővásárhelyi központ működtetését is átvette.

Tortával köszöntötték az ezredik sikeres kezelés alkalmából Barna Lászlót a hódmezővásárhelyi dialízisközpontban

A régi kórházi épületet teljesen felújították, új berendezéseket szereztek be; nyolc ággyal húsz krónikus veseelégtelenségben szenvedő kezelése történt meg. 2006-ban pedig magánszolgáltató-váltás is lezajlott.

A dialízisközpont számára minden háttérszolgáltatást a kórház biztosít: radiológiai vizsgálatokat, intenzív terápiás, sürgősségi, belgyógyászati, egyéb szakirányú ellátásokat, betegszállítást, vérellátást stb. Az állomás területi ellátási kötelezettségen belül fogad betegeket, igény és egyéni elbírálás alapján néhány kivétellel.

A kórház és a műveseállomás komplex nefrológiai tevékenysége közösen történik. A betegek gondozása a dialízis helyi indulásával párhuzamosan történt, kezdetben néhány tucat, majd fokozatosan bővülve több száz krónikus veseelégtelenségben szenvedő rendszeres észlelésével.

A betegek száma tízévente megduplázódik. A kapacitások átrendezése miatt jelenleg hat kezelőhelyen három műszakban, heti három alkalommal végeznek művesekezelést, 45–55 krónikus beteget látnak el, évente több mint 6000 kezelést végeznek. Intenzív osztályos körülmények között havonta 5–25 mobil hemodialízis is történik.

A betegek kezelése évtizedekkel nyújthatja meg az élettartamukat. Hódmezővásárhelyi sikerek között tartják számon, hogy két páciens esetében is meghaladta a 21 évet a dialízissel eltöltött idő, emellett több mint tíz alkalommal sikerült túllépni a 15 éves dialízises időszakot.

Hódmezővásárhelyen a transzplantált betegek száma évről évre nő. Tavaly heten estek át vesetranszplantáción, városunkban több mint húsz ilyen gondozottunk van.

A gyógyászati technika rohamos fejlődésével nekünk is lépést kell tartanunk. Ez folyamatos kihívást jelent minden egészségügyi szolgáltatónak. Az egyik legfontosabb jövőbeli terv a veseátültetések számának növelése. Miután azonban a betegek száma évről évre nő, a hemodialízis-kapacitások bővítése is szükségszerű.

Ma nemcsak többet tudunk a vesebetegségekről, mint korábban, de másként is gondolkodunk róluk. A veseelégtelenség kezelésének egyik legfontosabb tényezője például a gyógyszeres kezelés mellett az életmódváltozás, a helyes étrend betartása. Ebből logikusan következik, hogy a vesebetegségek jó része egészségtudatos, helyes életmóddal meg is előzhető. Ilyen szempontból a Nemzeti Vese Program azért is jelentős, mert folyamatosan informálja a lakosságot a vesebetegségek veszélyeiről és kezelési lehetőségeiről. Az idén ötéves Egészséges Vásárhely program (EVP) Hódmezővásárhely tízéves népegészségügyi terve, melynek célja az egészségtudatos életmód megismertetése, az egészségmegőrzés és a szűrővizsgálatok fontosságának tudatosítása. Ebben pedig – ha csak az életmóddal, az egészséges étkezéssel vagy akár a testmozgással összefüggő programjainkat nézzük – szoros kapcsolatot fedezhetünk fel a vesebetegségek kialakulásának megelőzésével, illetve kiszűrésével.

Ma nálunk már senkinek sem kell meghalnia azért, mert nem jut időben kezeléshez.

A veseelégtelenségben szenvedők túlélésének és jobb életminőségének kulcsa a gondozás. Sajnos ma Magyarországon az ilyen betegséggel küzdők közel fele gondozás nélkül kerül dialízisre. Pedig ha megfelelően gondoznák és ellenőriznék a pácienst, csak évekkel később lenne szükség a beavatkozásra. Így nagyobb számban és jobb általános állapotban kerülhetnének a betegek a veseátültetési programba is. Ebben pedig az EVP-hez hasonló népegészségügyi programoknak is óriási szerepe lehet.

Összességében tehát elmondható, hogy a vesedialízis hatalmas fejlődésen ment keresztül Magyarországon az elmúlt évtizedekben: ma nálunk már senkinek sem kell meghalnia azért, mert nem jut időben kezeléshez. Világszínvonalú nefrológiai gondozás és minőségi dialízis történik. A betegek hozzáférnek a legkorszerűbb kezelési eljárásokhoz, az ellátás a legmagasabb színvonalon működik.●

A szerzők: dr. Kallai Árpád, a Csongrád Megyei Egészségügyi Ellátó Központ Hódmezővásárhely–Makó főigazgatója; dr. Szökő-Császár Ildikó vezető nefrológus

Hazánkban egymillióan érintettek

■ A művi méregtelenítés („művesekezelés") gondolata 1913-ban szerepelt először a szakirodalomban, és néhány év múlva már emberen is végeztek kezelést. Több évtizednek kellett azonban eltelni ahhoz, hogy a technikai fejlődés lehetővé tegye e kezelési forma szélesebb körben való elterjedését. Az 1940-es évek végén érkeztek irodalmi híradások a veseelégtelenség kezelésének új módszeréről, a hemodialízisről.

A Nemzeti Vese Program szakanyagai szerint ma Magyarországon minden tízedik ember érintett a vesebetegségekben. Ez közel egymillió főt jelent, akiknek fele, évente mintegy 500-600 ezer vesebeteg gondozásra szorul. Ez napi szinten 1500 embert jelent szerte az országban, az év minden napján.

A vesedialízis éves szinten 6500 beteg életben maradását biztosítja, ám a statisztikák szerint évente 4-6 százalékkal növekszik az országban a dialízisre kerülők száma. Ez azt is jelenti, hogy a hazai egészségügyre nehezedő terhelés, a betegigények egyre növekednek, amivel természetesen a kórházaknak, az ellátásnak is lépést kell tudnia tartani. Ehhez pedig nem elegendők az állami források, szükség van a magánbefektetésekre.●

Megoldást a magántőke hozott

SEGÍTSÉG | Az egészségügyi infrastruktúra fejletlensége miatt a rendszerváltozás időszakában évente négyszázan haltak meg végstádiumú vesebetegségben, mivel kevés lehetőség volt a dializálásra. A technológiaigényes ellátás fejlesztését a magántőke oldotta meg, ezen a területen mára a betegek kezelésének minőségi problémái elenyészőek más terápiákéihoz képest.

Dr. Kaló Zoltán

Rossz hatékonyságú, korszerűtlen egészségügyi szolgáltatói rendszerek esetében – különösen forráshiányos időszakban – gyakorta felmerül a magántőke bevonása. Ugyanakkor sokszor hangoztatott kifogás, hogy nem lett volna szükség a magánszférára, különösen a multinacionális vállalatok működésének és profittermelő képességének támogatása miatt. E kettős mérce okán szükséges az elsőként privatizált hazai egészségügyi alrendszer, a művesehálózat működését objektív módon áttekinteni.

A rendszerváltás időszakában évente négyszázan haltak meg végstádiumú vesebetegségben. Ennek fő oka az infrastruktúra elmaradottsága volt, a kezelőhelyek száma elmaradt a betegekétől. Ugyanakkor dialízisközpontok létesítésére nem volt fejlesztési forrás, részben azért is, mert a művesekezelés erősen technológiaigényes ellátási forma. Mivel a civilizációs ártalmak következtében mind gyakoribb cukorbetegség és magas vérnyomás a vesét tönkreteszi, a művesekezelés iránti szükséglet fokozódására kellett számítani. A várakozások beigazolódtak, az idősödő lakosság körében jelentősen nőtt a veseelégtelenségben szenvedők száma.

Az állami fejlesztési források korlátozottsága miatt az egyedüli megoldást a magántőke bevonása, a nemzetközi művese-szolgáltatók fokozott hazai szerepvállalása jelentette. 1989-ben a Tétényi úton megnyílt az első privát műveseállomás, s ezt újabb és újabb állomások létesítése követte. Az ország minden részét fokozatosan lefedő magán-művesehálózatban 1100 új kezelőhelyen a betegek ellátása egy csapásra megváltozott, nyugat-európai színvonalú orvosi kezelést kaptak. Az orvosok és nővérek tisztességes fizetésért, minőségbiztosított ellátóhelyeken dolgozhattak. A műveseközpontokból a veseátültetésre sokkal jobb egészségi állapotban kerültek át a betegek, részben ez adta az alapját a hazai transzplantációs program fejlesztésének.

A privatizáció ellenzői által gyakorta hangoztatott érv, hogy a magántulajdonú rendszerek elszívják a köztulajdonú rendszerektől a működési forrásokat. Valóban, 2003-ig jelentősen nőtt a művesekezelésre fordított közkiadás, ez nagyrészt a betegszám emelkedésének volt a következménye, 2000 és 2011 között a dializisközpontokban végzett terápiák száma 63 százalékkal emelkedett.

2003 után az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) komoly korlátozó intézke-

Művesekezelés számokban

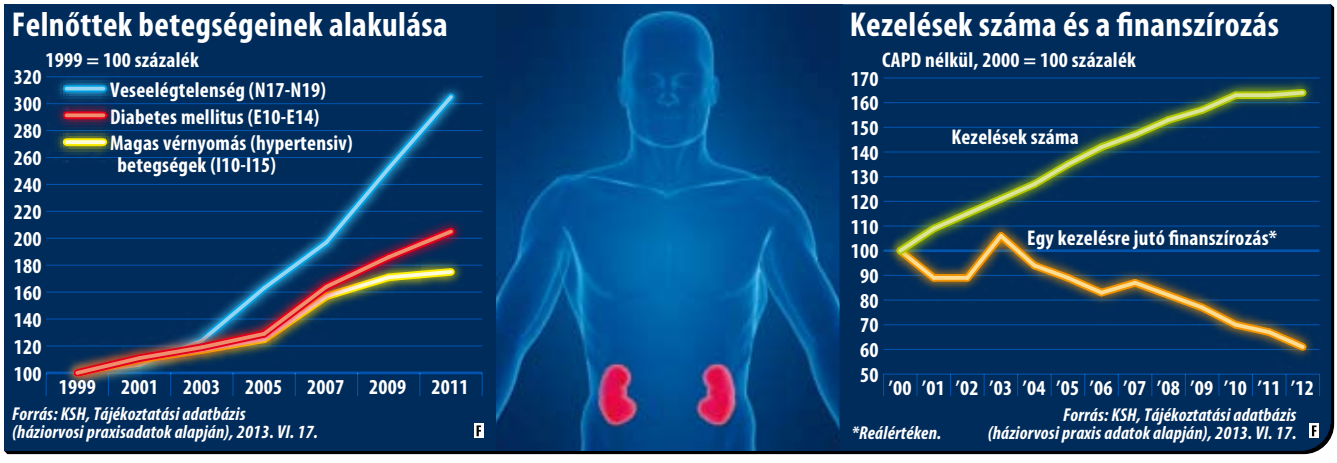
Megnevezés	2005	2010	2011	2012
Szolgáltatók száma	16	17	17	17
Állomások száma	68	69	68	69
Betegek száma év végén	5 462	10 135	10 535	10 467
ebből predializált, EPO kezelést kapott beteg	–	3 590	3 910	3 812
Kezelések száma (ezer)	701	847*	850*	861*
CAPD kezelés (ezer nap)	175	292	312	328
Finanszírozási összeg (millió Ft)	16 878,7	23 298,7	22 867,5	23 586,5
ebből CAPD kezelés	1 502,6	3 079,1	3 244,6	3 376,7
predializált beteg EPO** kezelése	–	1 215,5	1 223,6	1 227,7
Egy állomásra jutó finanszírozás összege (millió Ft)	249,7	337,7	334,6	344,3
Egy kezelésre jutó finanszírozás összege CAPD nélkül (Ft)		21 943	22 219	22 045
Egy CAPD kezeléses napra jutó finanszírozási összeg (Ft)	8 580	10 550	10 404	10 308
Egy predializált, EPO kezelést kapott betegre jutó finanszírozás (E Ft)		-192	182	186

**Nem tartalmazza a predializált (dializálás előtti állapot) betegek EPO kezelésének számát. EPO= eritropoetin-gyógyszer. CAPD = E kezelés során a hasüregbe engedett steril oldat hatására a hashártya szűrőként működik. Ennek apró pórusain keresztül távoznak el a méreganyagok és a felesleges folyadék a szervezetből.*

Forrás: OEP Statisztikai zsebkönyv

FOTÓ: BÁNKUTI ANDRÁS

Magánforrások



déseket foganatosított a művesekezelések kiadásnövekedésének visszafogására. A betegszám további emelkedése ellenére az utóbbi tíz évben az OEP művesekezelésekre fordítható kasszája reálértéken 12 százalékkal esett vissza. Ráadásul, amennyiben kiszűrjük a dialízis kiegészítő gyógyszereinek 2007-es beépítését a művesekezelés alapdíjaiba, a forráskivonás mértéke 34 százalék, azaz reálértéken azonos szolgáltatástartalomra vetítve a művesekassza harmadával zsugorodott. Ennek fő oka az volt, hogy az egy kezelésre jutó finanszírozási díj reálértéken jelentősen csökkent. Ma Magyarországon ugyanazért a szolgáltatásért jóval kisebb díjat kapnak a műveseállomások, mint az európai átlag, a köztulajdonban levő egészségügyi intézményekhez hasonlóan.

Ebből következően a privát művesehálózatok az utóbbi tíz évben nem a köztulajdonban levő egészségügyi intézmények rovására fejlődtek, hanem valószínűsíthetően a hatékonysági tartalékaik feltárásával. Ráadásul a folyamatosan romló finanszírozás ellenére a művese-szolgáltatók jelentős fejlesztéseket hajtottak végre a terápiák tartalmában, új módszereket vezettek be. Ezenfelül a nefrológiai központok komoly eredményeket értek el a munkaképes betegek lehetőségeit jelentősen javító, az egészségügyi intézményen kívül végezhető úgynevezett peritonealis művesekezelés végzésében, a terápiák száma 2000 és 2011 között 47 ezerről 312 ezerre nőtt.

A privát művesehálózatok az utóbbi tíz évben nem a köztulajdonban levő egészségügyi intézmények rovására fejlődtek, hanem valószínűsíthetően a hatékonysági tartalékaik feltárásával.

Az egészségügy többi területéhez hasonlóan a művesekezelések rendszerében is mutatkoznak hiányosságok, melyekre az Állami Számvevőszék 2010. évi jelentése is rámutatott. Az észlelt negatívumok – többek között a betegek megtartásának módszerei – nem rosszabbak, mint az állami intézményekben tapasztaltak. Azaz a problémák nem a magántulajdon speciális ösztönzőiből fakadnak, hanem ellenkezőleg, az egészségpolitika által kialakított finanszírozási ösztönzők rendszeréből. A műveseállomásoknak a mostani finanszírozási nehézségek ellenére is kiemelkedő a betegelégedettségi mutatója, ami nem jellemző az egészségügyi rendszerre. Emellett örvendetes, hogy az elmúlt évben jelentősen emelkedett a transzplantációs listán lévők száma.

Összességében a művese-szolgáltatások elmúlt húsz éve a hazai privatizáció sikertörténetei közé tartozik. A dialízis a magyar egészségügyi rendszer kísérleti területe volt, és ez a teszt európai szintű ellátást eredményezett egy alrendszerben. A betegellátás minőségi problémái elenyészőek más terápiás területekéihez képest.

A nagy kérdés a hogyan tovább. Milyen módon lehet kezelni a veseelégtelenségben szenvedők számának folyamatos emelkedését? Hogyan lehet az egészségügy ezen alrendszerében az érintettek partneri viszonyára építve összhangot teremteni a növekvő szükségletek és a korlátos pénzügyi források között? Ehhez az egészségpolitikai döntéshozók részéről nyitottság szükséges, a magánszolgáltatók részéről társadalmi felelősségvállalás és a proaktivitás erősödése, valamint a vesetranszplantációs programok feltétel nélküli támogatása. A privát művese-szolgáltatókat tömörítő Nefrológiai Szolgáltatók Egyesületének kezdeményezésére 2011 májusában, a Magyar Nephrologiai Társasággal, a Magyar Transzplantációs Társasággal és a civilszervezetekkel együttműködve indított Nemzeti Vese Program remélhetőleg a betegek érdekeinek megfelelő választ ad a kor kihívásaira.●

A szerző az ELTE Egészség-gazdaságtani Kutatóközpontjának vezetője

A következő Medicina melléklet 2013. július 11-én jelenik meg.

A mellékletet Nógrádi Tóth Erzsébet szerkesztette.
erzsebet.nogradi@figyelo.hu