

# ***Egészséggazdasági, egészségpolitikai és szociálpolitikai nemzetközi sajtószemle***

**2017. 15. sz.**

## **Breaking News: Francia elnökválasztás**

- Az egészségügy kérdései a francia elnökválasztási kampányban

## **Globális egészségügy**

- A globális egészségügyi kiadások alakulása 1995-2014 és 2015-2040 között
- Globális jelentés a hepatitis helyzetéről
- Az európai országok korlátozzák a hepatitis C elleni kezeléshez való hozzáférést
- Nemzetközi egészségügyi szervezetek felhívása a G20-akhoz
- Az Orvosok Világszövetsége fellép a munkahelyi pszichoterror ellen

## **Európa**

- Jelentés a dohányzás helyzetéről Európában 2016-ban
- Az Európai Orvosok Állandó Bizottságának állásfoglalása a gyógyszerek off-label alkalmazásáról

## **Egészségügyi rendszer, ápolás, ápolóképzés**

- *Nurse-to-Patient Ratios*. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén (8. rész): Ausztrália egészségügyi rendszere

## **Egészséggazdaság**

- Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban

## **Gyógyszertárak**

- Kooperációs gyógyszertárak Svájcban

## **Melléklet**

- Jelentés az ápolás helyzetéről 2017-ben – *Pflege-Report 2017* (egységes szerkezetben)

A sajtószemle az EGVE honlapján: <http://www.egve.hu/sajtoszemle>

**Denis Durand de Bousingen:**  
**Az egészségügy kérdései a francia elnökválasztási kampányban**  
Ärzte Zeitung online, 21. 04. 2017

**Kulcsszavak:** egészségügy, elnökválasztás, Franciaország

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gesundheitspolitik\\_international/artic le/934072/wahlen-frankreich-gesundheitssystem-radikalen-aenderungen.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/artic le/934072/wahlen-frankreich-gesundheitssystem-radikalen-aenderungen.html)

**Ha Franciaországban csak az orvosok szavaznának**, az első forduló (április 23.) eredménye pontosan előrelátható volna: A március végi felmérések szerint az orvosok 36%-a François Fillon polgári jelöltre, **35%-a Emmanuel Macron független jelöltre szavazna. A jobboldali Marine Le Pen mindössze az orvosok öt százaléka voksolna.** Így még a kommunisták és baloldali radikálisok által támogatott Jean-Luc Mélenchon is megelőznél, akire az orvosok 7%-a adná szavazatát. **És ha a második fordulóban is csak az orvosok szavaznának, orrhosszal Macron nyernél a versenyt.**

**François Fillon** programja erőteljes megszorításokat tartalmaz a szociális és egészségügyi kiadások területén. Csökkentenél a *Sécurité Sociale* szolgáltatási katalógusát és alapvetően privát egészségügyi struktúrák kiépítése mellett foglal állást. Programját párttársai is „ultraliberálisaként” jellemzik és élesen bírálják, ezért valamennyire megszelídítette terveit. A szabadfoglalkozású orvosoknak azt ígéri, hogy megválasztása esetén visszavonja a természetbeni szolgáltatások elvének alkalmazását, amelynek bevezetésére 2016 elején került sor.

**Emmanuel Macron** túl keménynek tartja Fillon megszorítási elképzeléseit, mivel az egészségügy pénzügyi helyzetét hosszú évtizedek után mostanra sikerült kiegyenlíteni. Programjában az egészségügy modernizációja, a telemedicina támogatása mellett foglal állást, a fennálló rendszeren azonban nem sokat változtatna. Macron és Fillon az a két jelölt, akiknek a választási teamjében a legtöbb orvos vesz részt, többek között egy országszerte közismert egyetemi tanár.

**Marine Le Pen** radikálisabb intézkedéseket helyez kilátásba a lepusztult egészségügyi rendszer megmentéséért. Le Pen a nem európai külföldieket teszi felelőssé a visszaélésekért és az egészségügy hiányosságaiért. Ezért ő megvonná az egészségügyi szolgáltatásokat a nem regisztrált („illegális”) külföldiektől. Másrészt csökkentenél a külföldi orvosok számát és a francia orvostanhallgatók számának növelését javasolja, hogy az ország ne szoruljon külföldi orvosokra.

**Jean-Luc Mélenchon** baloldali jelölt rendelkezik a legradikálisabb programmal. Szerinte az ambuláns ellátást teljesen át kell alakítani. A szabadfoglalkozású orvosok általi ellátást kifutó modellnek tekinti, ehelyett állami egészségügyi központok kiépítését és az orvosok alkalmazotti státuszban való foglalkoztatását javasolja. Minden polgár számára ingyenes orvosi szolgáltatásokat, drasztikus gyógyszerárcsökkentést követel, továbbá megszüntetné az orvosi kamarákat.

**[P. S. Az első fordulóban Emmanuel Macron független, centrista politikus a voksok 23,75 százalékát, Marine Le Pen, a radikális jobboldali Nemzeti Front jelöltje azok 21,53 százalékát kapta. Az új elnök programjára visszatérünk.]**

*A francia orvosok megkönnyebbüléssel fogadták  
az elnökválasztás első fordulójának eredményét*

Ärzte Zeitung online, 26. 04. 2017

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gesundheitspolitik\\_international/article/934404/frankreich-viele-aerzte-zeigen-erleichtert.html?sh=1&h=-2089370872](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/934404/frankreich-viele-aerzte-zeigen-erleichtert.html?sh=1&h=-2089370872)

A francia orvostársadalom ha nem is lelkesedéssel, de megkönnyebbüléssel fogadta az elnökválasztás első fordulójának eredményét. Az elnökválasztást kísérő orvosi fórumok reakciója szerint legalábbis a legrosszabbat sikerült elkerülni: a Marine Le Pen és a baloldali radikális Jean Luc Mélanchon közötti második fordulót. Ha mégis ez a konstelláció állt volna elő, a röviddel a választások előtt nyilvánosságra hozott megkérdezés eredményei szerint a szabadfoglalkozásúak kevesebb mint 20%-a komolyan mérlegelte volna, hogy külföldre költözik.

Az orvosok közül sokan remélik, hogy Macron beváltja ígéreteit és ötmilliárd eurót költ az egészségügy modernizációjára és az orvosok számára elfogadható, mérsékelt egészségpolitikai kurzust kezdeményez.

Ám ebben nem mindenki biztos: A "*Le Quotidien du Médecin*" online-fórumán egy orvos jelezte, hogy Macron egészségügyi tanácsadói korábban a leköszönő elnöknek, François Hollande-nak dolgoztak.

E tanácsadók egyike Jean-Louis Touraine professzor, a 2012. óta hivatalban levő és inkább népszerűtlen Marisol Touraine egészségügyi miniszter apja. "Akkor majd a júniusi parlamenti választásokon inkább a konzervatívokra szavazok" írja a fórumon egy másik kollega, „hogy Macron csak szűk többséggel kormányozhasson és ne követhessen el túl sok ostobaságot.”

Francois Fillon csalódott hívei körében más hangnem uralkodik. Egyes orvosok az eddigi, szerintük a szocialisták által diktált egészségpolitika folytatásától tartanak. Mások pedig teljesen kiábrándultak: "Ha már Le Pen és Macron között kell választanom, május 7-én inkább horgászni megyek”.

*A globális egészségügyi költségek alakulása 1995 és 2014 között*  
*Az egészségügyi költségek potenciális alakulása 2015 és 2040 között*  
*Lancet* (2016; doi: 10.1016/S0140-6736(17)30872-3; 30873-5; 30874-7)

Kulcsszavak: globális egészségügy, globális egészségügyi kiadások

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30874-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30874-7.pdf) ;

[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30873-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30873-5.pdf) ;

<http://www.healthdata.org/news-release/widely-disparate-spending-health-forecast-through-2040> ;

[https://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2017-04/tl-tli041817.php](https://www.eurekalert.org/pub_releases/2017-04/tl-tli041817.php) ;

[http://www.who.int/health-accounts/universal\\_health\\_coverage/en/](http://www.who.int/health-accounts/universal_health_coverage/en/)

A *Világbank* közelgő tavaszi közgyűlése alkalmával két tanulmány jelent meg a globális egészségügyi költségek alakulására vonatkozóan.

*Joseph Dieleman és mt. (Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME)* tanulmánya megerősíti, hogy az egészségügyi kiadások tekintetében nemzetközi szinten továbbra is jelentős különbségek mutatkoznak. Az évente egy főre eső egészségügyre fordított kiadások összege Szomáliában 33 USD, az Egyesült Államokban 9.237 USD. E számok ismeretében már semmiféle jelentőséggel nem rendelkezik, hogy az egészségügyi kiadások relatív növekedése a legszegényebb országokban 1995. óta 4,6%, a leggazdagabb országokban pedig mindössze 3,0% volt.

Abszolút számokban a subszaharai országok az 1990-es évek közepe óta továbbra is visszaestek. Az állam a szegényebb országokban az egészségügyi kiadások 20%-át, a fejlettebb országokban azok 90%-át biztosítja. Számos országban ez az egészségügyi kiadások igazságos elosztásának garanciája.

A szegényebb országokban a polgároknak az egészségügyi költségek 40%-át saját zsebből kell fizetniük. További 40% nemzetközi szervezetektől és fejlesztési segélyekből származik. Ám a donorországok adományozó kedve is alábbhagyni látszik. A kiadások 2000 és 2010 között még évente 11,4%-kal növekedtek, azóta azonban a növekedés már mindössze évente 1,8%. A HIV/AIDS kezelésére fordított kiadások, amelyek évek óta a segélyek orozslánrészét tették ki, csökkennek.

A helyzet a közepes jövedelmű országokban valamelyest javult. Az egészségügyi kiadások a felső kategóriában (Mexikó, Venezuela, Irak, Algéria) 1995. óta évente 5,9%-kal növekedtek. Az alsó kategóriában (India, Grúzia, Guatemala és Libanon) a növekedés évente 5,0% volt. Ez annyiban megnyugtató, hogy a szegényebb lakosság több mint 70%-a ezekben az országokban él.

Az elemzés szerint ez a folyamat a következő években is folytatódni fog. A globális egészségügyi kiadások 2014-ben 9,21 trillió USD-t tettek ki és 2040-ig eléri a 24,24 trillió USD-t. A gazdagabb országokban az egészségügyi kiadások a gazdaság növekedését is meghaladják. A bruttó GDP-hez viszonyított arány az Egyesült Államokban jelenleg 16,6%, 2040-ig 18,5%-ra növekedik. Ez a folyamat azonban nem arányos. Az Egyesült Arab Emírségekben, ahol az egy főre eső GDP ugyanolyan magas, mint az Egyesült Államokban, az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 2014-ben mindössze 4,6% volt.

A prevenciók eljárásokra elsősorban a legszegényebb országoknak nincs pénzük. *Peter Sheehan (Victoria University Melbourne)* azt tanácsolja, hogy az országok a fiatal generációba investáljanak. A testi, lelki és szexuális egészségre (pl. HPV-oltásokra) fordított egy főre eső 4,6 USD összegű beruházás tízszeres gazdasági teljesítményt gerjesztene.

A közlekedésbiztonságra fordított egy főre eső 0,6 USD összegű beruházás 5,9-szeres gazdasági teljesítményt, a gyermekek közötti házasságok megelőzésére fordított egy főre eső 3,8 USD 5,7-szeres gazdasági teljesítményt eredményezne.

***Globális jelentés a hepatitis helyzetéről***  
***Global Hepatitis Report 2017***  
Egészségügyi Világszervezet, 2017 április

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, hepatitis, Egészségügyi Világszervezet

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>

**Full report (83 p.):**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>

**Executive summary:**

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255017/1/WHO-HIV-2017.06-eng.pdf?ua=1>

**Infografikák:**

<http://www.who.int/hepatitis/news-events/global-hepatitis-report2017-infographic/en/>

Az Egészségügyi Világszervezet becslései szerint világviszonylatban kereken 325 millió személy fertőződött krónikus hepatitis B vagy hepatitis C-vel, de ezeknek csak egy töredéke tud megbetegedéséről. A szervezet célkitűzése szerint a betegséget 2030-ig kellene felszámolni.

A WHO első alkalommal tett közzé adatokat az egyes régiókra vonatkozóan. Az Európai Régió, amely az EU-tól Oroszországon keresztül Üzbegisztánig és Kirgizisztánig tart, a Földközi-tenger keleti medencéje és Afganisztán közötti régió után a legsúlyosabban érintett területek közé tartozik.

Az Egészségügyi Világszervezet a krónikus hepatitis B-re (HBV) és hepatitis C-re (HCV), összpontosít, mivel ezek teszik ki a halálesetek 96%-át. 2015-ben 1,3 millió ember halt bele a fertőzésbe – többen, mint AIDS-fertőzésben vagy maláriában.

A jelentés szerint jelenleg az érintettek kevesebb mint tíz százaléka jut hozzá a gyógyszerekhez. A betegségről gyakran évekig mit sem tudnak. A krónikus hepatitis B-ben szenvedők 9%-a, a hepatitis C-ben szenvedők 20%-a tud betegségéről.

A szakértők szerint a máj 20-30 év után beheged és rák alakulhat ki. A fertőzés elsősorban vérrel vagy egyéb testnedvekkkel való érintkezés során vagy szexuális úton terjed. A hepatitis C a gyakran kábítószerfüggők körében terjed, akik egymás között cserélik a tűt.

A WHO Európai Régiójában csaknem négymillió érintett él, akiknek a többsége kábítószerfüggő. A régióban 14 millió hepatitis C-ben és 15 millió hepatitis B-ben fertőzött él (utóbbi a lakosság 1,5%-a). Az Afganisztántól Jemenig terjedő régióban a hepatitis C fertőzések oka a higiéniai intézkedések hiánya az egészségügyben. Az érintettek száma a régióban 15 millió. A hepatitis B elsősorban a Csendes-óceán nyugati régiójában a legelterjedtebb, ahol 115 millió fertőzött él (a lakosság 6,2%-a).

A TBC-től és az AIDS-től eltérően a hepatitis halálos áldozatainak száma növekedik: 2011-ben egymillió, 2015-ben 1,3 millió volt. Az újonnan fertőzöttek száma azonban csökken. 2015-ben világviszonylatban az újszülöttek 85%-át beoltották hepatitis B ellen.

Hepatitis C elleni kezelés költségei: Az új típusú antivirális szerekkel (DAA) való 12 hetes kezelés költségei meghaladják a 100.000 EUR-t. A generikumgyártók azonban a szegényebb országokban a teljes kezelésért mindössze 200 USD-t kérnek.

***Az európai országok korlátozzák  
a hepatitis C elleni kezeléshez való hozzáférést***

International Liver Congress Amsterdam, 19-23. April 2017

European Association for the Study of the Liver

**Kulcsszavak:** gyógyszer, hepatitis C, Európa

**Forrás Internet-helye:**

**Press release: ILC 2017: European countries restrict access to life-saving treatment for Hepatitis C virus.:** <https://ilc-congress.eu/wp-content/uploads/2017/04/LBP-505-Marshall.pdf>

***Prof. Francesco Negro (Universitätsspital Genf), a European Association for the Study of the Liver (EASL) igazgatótanácsának tagja*** szerint az új típusú direkt hatású gyógyszerek (DAA) korlátozott térítése akadályozza a hepatitis C útmutatások teljesítését.

Prof. Negro a ***Nemzetközi Hepatológiai Kongresszuson (International Liver Congress, Amsterdam)*** ismertette tanulmányát, amelyben a DAA-gyógyszerek térítésének az európai országokban való jelentős korlátozását értékelte. Az európai országok 38%-ában a térítés biztosításához a korábban még nem kezelt betegektől legalább egy közepesen súlyos fibrózis bizonyítását követelik. A térítésre vonatkozó teljeskörű adatokat szolgáltató 34 ország közül 32-ben még mindig megkövetelik, hogy a DAA-gyógyszereket szakorvos írja fel. Negro professzor és szerzőtársai szerint a gyógyszer felírásának szakorvosokra való korlátozása speciális akadályt jelent a hepatitis C elleni kezeléshez való széleskörű hozzáférés előtt.

A korlátozások a jelenlegi gyógyszerárakkal függenek össze, ami megköveteli a stratégiák átdolgozását a kezelések mindenki számára való elérhetősége érdekében.

## *Nemzetközi egészségügyi szervezetek felhívása a G20-akhoz*

Deutsches Ärzteblatt online, 2017. április 28.

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, pandémiák, szegénység, antibiotikum-rezisztencia, G20

### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74421/Pandemien-Gesundheitsorganisationen-draengen-G20-zu-mehr-Engagement>

Több nemzetközi egészségügyi szervezet felhívással fordult a 20 legfontosabb ipari és feltörekvő országhoz a pandémiák, szegénységgel összefüggő elhanyagolt betegségek és az antibiotikum-rezisztencia elleni fokozottabb összefogás és erőfeszítések érdekében. A felhívás hosszútávú beruházásokra, az oltóanyagokra, a gyógyszerkutatásra és egészségügyi technológiákra fordított költségek növelésére szólítja fel a G20-ak egészségügyi minisztereit.

A szervezetek felhívása szerint a G20-aknak, mint a világ legnagyobb és legnagyobb jóléti háttérrel rendelkező nemzetgazdaságainak vezető szerepet kell vállalniuk e küzdelemben. A koalícióban részt vesznek többek között: a *TB Alliance*, a *Medicines for Malaria Venture*, a *PATH*, a *Sabin Vaccine Institute*, a *CARB-X*, a *The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations*, valamint a *Global Health Technologies Coalition*. A nyugat-afrikai ebola-járvány rámutatott, hogy a világ mennyire felkészületlen az új pandémiákra. Az antibiotikum-rezisztencia pedig növekedő kockázatot jelent a népegészségügy számára.

A szegénységgel összefüggő betegségek erősítik a szegénység ördögi körét, mivel ezek súlyos gazdasági megterhelést jelentenek az érintett családok és közösségek számára és jelentősen csökkentik a növekedést. A Világbank becslései szerint ezek a betegségek 2050-ig további 28,3 millió embert taszítanak szegénységbe, az ezekre fordított egészségügyi költségek 1,2 milliárd USD-vel növekednek és amennyiben nem kerül sor további pénzügyi források ráfordítására, mindez az alacsony jövedelmű országok GDP-jének több mint 5%-ába kerül.

***A G20-ak egészségügyi minisztereinek következő találkozására 2017. május 19-20-án Berlinben kerül sor.***

***Az Orvosok Világszövetsége fellép a munkahelyi pszichoterror ellen***

Rouse, L. P. et al. Workplace Bullying Among Family Physicians:  
A Gender Focused Study. J Womens Health (Larchmt),  
2016 Sep;25(9):882-8.

[Cited 2017 April 23] doi: 10.1089/jwh.2015.5577;

World Medical Association News.

World Medical Association Council Meeting. 2017 April 23

**Kulcsszavak:** globális egészségügy, hivatásrend: munkahelyi zaklatás, munkahelyi pszichoterror, mobbing, nemzetközi, Orvosok Világszövetsége

**Forrás Internet-helye:**

<http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2015.5577>

<https://www.wma.net/news-post/world-medical-association-council-meeting-11/>

Az Orvosok Világszövetsége lépésekre készül az egészségügyi munkakörökben elkövetett munkahelyi pszichoterror megfékezése érdekében.

Mindezt az váltotta ki, hogy a tanács múlt heti zambiai ülésén a 200 küldött fejére olvasták, hogy „az egészségügyi munkakörökben, a szakma és a hierarchia minden szintjén széles körben elterjedt a tevékenységet zavaró, nem helyénvaló viselkedés, a szívatás, a csicskáztatás, sőt a zaklatás”.

A **mobbing** eluralkodását az orvosi szakirodalomban is dokumentálták. A *Journal of Women's Health* hasábjain a közelmúltban közzétett tanulmány szerint a praktizáló orvosok 0%-a ismerte el, hogy munkahelyén bárkit zaklatott volna, miközben 30% vallotta, hogy munkahelyén személyesen zaklatás áldozata volt. A férfiakhoz viszonyítva a nők gyakrabban jelezték, hogy véleményüket lesöpörték, munkájukat nem értékelték eléggé, nyomásgyakorlást érzékeltek és nehezen teljesíthető, megterhelő munkafeladatokat sóztak a nyakukba.

Az orvosok körében jelenlevő mobbingra és zaklatásra vonatkozó nyilatkozat tervezetét az Új-Zélandi Orvosszövetség terjesztette a tanács elé, amely elfogadta azt és annak alapján új elvi dokumentumot tűz az októberi közgyűlés napirendjére.

*Jelentés a dohányzás helyzetéről Európában 2016-ban*  
*The Tobacco Control Scale 2016 in Europe (30 p.)*

7th European Conference Tobacco or Health (ECTO),  
Porto, 22-25 March 2017.

**Kulcsszavak:** népegészségügy, nemdohányzók védelme, dohányzás, e-cigaretta, Európa, Association of European Cancer Leagues, Brexit

**Forrás Internet-helye:**

<http://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2017/03/TCS-2016-in-Europe-COMplete-LoRes.pdf> ,  
<http://www.ectoh.com/index.php> ,  
<http://www.cancercontrol.eu/news/148/26/UK-first-in-the-Tobacco-Control-Scale/d,news>

A „*European Conference on Tobacco or Health*“ c. konferenciára ötévente, az Európai Rákligák Szövetsége szervezésében kerül sor. A rendezvényen közzétették a dohányzásellenőrzésről szól 2016. évi jelentést. Ez az európai országok rangsorát tartalmazza a dohányzás megfékezésére irányuló intézkedések vonatkozásában. Az első alkalommal, 2005-ben készített rangsorhoz viszonyítva jelentős előrelépéseket sikerült elérni a lakosság dohányzás elleni védelme tekintetében. Hét országban már bevezették a személygépkocsiban való dohányzás tilalmát, amennyiben a járműben kiskorú is utazik. Franciaországban és Nagy-Britanniában bevezették a márkasemleges cigarettásdobozokat. Spanyolországban és Magyarországon pedig sikerült olyan átfogó intézkedéseket bevezetni, amelyek az adott országokat a rangsor hátsó fertályából az európai élvonalba repítették.

A felsorolt 35 ország rangsorában Németország és Ausztria áll az utolsó helyen, akárcsak a 2013-ban közzétett előző jelentésben. Az azóta eltelt időben mindössze a figyelmeztető jelzések cigarettás dobozokon való feltüntetését sikerült elérni. Ausztriában 2018 májusától hatályba lép a dohányzás vendéglátóipari egységekben való tilalma.

Az európai rangsor élén Nagy-Britannia áll. A brit egészségpolitika következetesen bevezette az ENSZ dohányzásellenőrzési keretegyezményének ajánlásait. A dohányosok számának csökkentése érdekében a britek az e-cigaretták fogyasztását szorgalmazzák. A

konferencián a *Royal College of Physicians* más szakmai társaságokkal egyetértésben azt ajánlotta az orvosoknak, hogy a nikotinról való leszokás érdekében az e-cigarettára való átállást javasolják. Ezzel azonban a brit hozzászólók kiváltottak néhány kritikus bekiabálást. A kritikusok szerint a pöfékelés propagálása helyett inkább régen jól bevált módszerekhez, mint nikotinhelyettesítőkhez és gyógyszerekhez kellene folyamodni. Ezt elsősorban görög és osztrák intézmények képviselői hangsúlyozták, akik rámutattak a gyógyszercegekkel való érdekkonfliktusokra. A portói konferencia főtámogatója a champix gyártója, a *Pfizer* volt.

Az e-cigaretta fogyasztása ott is csökkentheti a dohányzás ártalmait, ahol az állami szabályozás hatálya megszűnik, a privát szférában. Az Európai Bizottság szerint azonban ez nem jelenthet opciót. Brüsszel a „*Horizont 2020*“ kutatási és innovációs program keretében nagyszabású fellépést helyezett kilátásba. Az ehhez csatlakozó „*Tack SHS*“ (*second hand smoke*) koordinátorai szerint a projektet az elkövetkező években tizenkét EU-államban vezetik be. Ennek lényege a dohányzók háztartásaiban végzett kísérleti beavatkozás. 200 alacsony jövedelmű család lakásában egy héten keresztül méri a levegőminőséget. A mérés eredményeit sms-ben vagy telefonon közlik a lakás tulajdonosával, hogy motiválják a dohányzás csökkentésére. A sikert egy hónappal később további mérésekkel ellenőrzik. A koordinátorok lelkesedését egy skóciai projekt kudarcával sikerült lehűteni. *Amanda Amos (University of Edinburgh)* arról számolt be a konferencián, hogy a privát lakásokban végzett mérések legfeljebb lelkiismeretfurdalást okoztak a programban résztvevő anyáknak, de a mérések semmit sem segítettek. Az anyák nem voltak hajlandók az ajtón kívül dohányozni, hogy ne hagyják egyedül gyermeküket és élettársukat sem sikerült lebeszélniük arról, hogy a lakásban dohányozzanak.

Az egyik workshopon napirendre került a **Brexit** lehetséges hatása az európai dohányzásellenőrzésre. A résztvevők egyetértettek abban, hogy a dolgok a következő években rosszabbra fordulhatnak. Eddig ugyanis a britek voltak azok, akik nyomást gyakoroltak Brüsszelre azért, hogy prioritásban részesítse az egészségvédelmet a dohányipar érdekeivel szemben. Ez a pozíció Nagy-Britannia kilépésével meggyengül. És erősödni fog az ipar iránt barátságos álláspont, többek között Németországé, amely Európa legnagyobb cigarettagyártója és exportőre.

***Az Európai Orvosok Állandó Bizottságának állásfoglalása  
a gyógyszerek off-label alkalmazásáról***

European Commission. Study on off-label use of medicinal products in the European Union. European Union. 2017 February  
Standing Committee of European Doctors. CPME policy on off-label use of medicinal products. CPME/AD/Board/08042017/006\_Final/EN .  
Standing Committee of European Doctors. 2017 April 08 [Cited 2017 April 17]

Kulcsszavak: gyógyszer, off-label-alkalmazás, Európai Unió, Európai Bizottság, Európai Orvosok Állandó Bizottsága

**Forrás Internet-helye:**

[http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/documents/2017\\_02\\_28\\_final\\_study\\_report\\_on\\_off-label\\_use .pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/documents/2017_02_28_final_study_report_on_off-label_use.pdf) ;  
[http://doc.cpme.eu:591/adopted/2017/CPME\\_AD\\_Board\\_08042017\\_006\\_FINAL\\_EN\\_CPME.Policy.on.off-label.use.of.medicinal.products.pdf](http://doc.cpme.eu:591/adopted/2017/CPME_AD_Board_08042017_006_FINAL_EN_CPME.Policy.on.off-label.use.of.medicinal.products.pdf)

Jóllehet a pontos számok kiszámítása igen körülményes, az Európai Bizottság által közölt adatok arra utalnak, hogy Európában igen magas a gyógyszerek off-label alkalmazása. A szakirodalom gyakran hivatkozik az eljárás pozitív eredményeire, a nem kívánt mellékhatásokról azonban még nem sikerült bizonyítékokat feltárni.

***Az Európai Orvosok Állandó Bizottsága (Standing Committee of European Doctors – CPME)*** új állásfoglalásában azt javasolja, hogy a nem kívánt mellékhatások megismerése, valamint az objektív kockázatok és hasznok feltárása érdekében az ***EudraVigilance*** adatbank felhasználásával kezdődjenek nemzeti és európai szintű vizsgálatok a gyógyszerek off-label alkalmazásával kapcsolatban.

A bizottság javaslata szerint a gyógyszerek off-label alkalmazását mindaddig nem kellene ajánlani, míg nem áll rendelkezésre elégséges klinikai bizonyíték, vagy legalábbis nem jön létre széles konszenzus ennek előnyeire vonatkozóan.

A CPME szerint, amennyiben valamely gyógyszer off-label alkalmazása közkeletű és bizonyítékokon alapul, az engedélyezés birtokosának és az illetékes felügyelő hatóság dolga, hogy megfelelő intézkedésekkel reagáljon az ilyen gyógyszereket övező jogi bizonytalanságra és off-label alkalmazásuk biztonságára vonatkozó aggodalmakra vonatkozóan.

A szervezet azt is kifejti állásfoglalásában, hogy mielőtt valamely gyógyszert az engedélyezett indikációk körén kívül alkalmaznának, szükség lenne egy tényfeltárássra és egy engedélyezési aktusra.

**Prof. Dr. Michael Simon – Sandra Mehmecke:**  
**Nurse-to-Patient Ratios. Nemzetközi áttekintés a minimális személyzeti követelményekről a kórházi ápolás területén (8. rész):**  
**Ausztrália egészségügyi rendszere**  
Working Paper der Forschungsförderung  
der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 27, Februar 2017. (156 p.)

**Kulcsszavak:** egészségügyi rendszer, ápolóképzés, Ausztrália

**Forrás Internet-helye:**

[http://www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_WP\\_027\\_2017.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_WP_027_2017.pdf)

***Ausztrália egészségügyi rendszere (133-136. p.)***

Az ausztráliai egészségügyi rendszer a brit ***National Health System (NHS)*** modelljét követi és állami egészségügyi rendszerként jellemezhető. Ennek jellemzői:

– ***Állami kompetenciamegosztás:*** A központi kormányzat az állami betegbiztosítás (*Medicare*) alakításáért illetékes. A közvetlen orvosi és ápolási ellátás igazgatása és irányítása nem tartozik feladatai közé. A központi kormányzat adóforrásokat bocsát a szövetségi államok és territóriumok rendelkezésére a szolgáltatások finanszírozása céljából. A leosztott adóforrások mértékét a központi kormányzat és a szövetségi államok közötti „***Australian Health Care Agreement***“ keretében rendszeresen újratárgyalják. A szövetségi államok illetékessége az állami kórházak igazgatására és finanszírozására, valamint az állami és privát kórházak működésének engedélyezésére terjed ki. Az államok felelősek továbbá az egyéb egészségügyi szolgáltatások biztosítása, az egészségügyi személyzet regisztrációja és felügyelete tekintetében. Ezenkívül az államok célzott kifizetéseket nyújtanak az önkormányzatoknak az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására.

– ***Állami egészségbiztosítás:*** Ausztráliában az állami egészségbiztosítás (*Medicare*) minden tartósan ausztráliai lakóhellyel rendelkező lakos rendelkezésére áll. A legfontosabb szolgáltatási típusokra kiterjedő szolgáltatási katalógust a központi kormányzat határozza meg. Ez azonban nem fedez minden szolgáltatást, mint a gyógyszerek, fogászati kezelés, szemüveg, fizioterápia, logopédia, ambuláns ápolás. A *Medicare* szolgáltatási katalógusában nem szereplő szolgáltatások finanszírozása egy elkülönített állami programból (***Pharmaceutical Benefits Scheme***) történik. A *Medicare*-be befizetendő járulék az adóköteles jövedelem 1,5%-a. Az egy bizonyos jövedelemhatárt meghaladó biztosítottaknak még egy 1%-os kiegészítő járulékot kell fizetniük.

– ***Privát egészségbiztosítás:*** A *Medicare* mellett privát biztosítók is működnek, amelyek nem teljeskörű költségbiztosítást, hanem mindössze kiegészítő biztosítási védelmet nyújtanak az állami biztosítás keretében nem fedezett szolgáltatásokra. Ezenkívül kiegészítő szolgáltatásokat is felkínálnak, mint a privát betegként való kórházi kezelés költségei. A privát biztosítók állami szabályozás alá tartoznak és minden kérelmezőt be kell fogadniuk és nem követelhetnek az individuális egészségi állapot szerint kalkulált kockázatokkal arányos járulékokat.

– *Szolgáltatások nyújtása:* A szolgáltatások nyújtására privát praxisokban és állami fenntartású intézményekben, vagy privát nyereségorientált és nem nyereségorientált vállalkozások keretében kerül sor.

***A kórházi ellátás jellemzői:***

– *Fenntartók:* A kórházi ellátást túlnyomórészt az adott szövetségi állam által fenntartott *állami kórházak* biztosítják. Jóllehet az összes ágy kétharmada *privát kórházakhoz* tartozik, ezek 90%-a azonban olyan intézményekben van, amelyek kizárólag nappali sebészetet nyújtanak. Ha nem vesszük figyelembe a kizárólagosan nappali sebészetre igénybe vett ágyakat, úgy a kórházi ágyak 95%-a állami kórházakhoz tartozik. A privát aktív kórházak ezenkívül rendszerint csak alacsony komplexitású eseteket kezelnek és nem vesznek részt a sürgősségi ellátásban.

– *Engedélyezés:* Az ellátásban való részvételhez a kórházaknak állami engedélyezésre van szükségük. Ezenkívül a külső minőségbiztosítás keretében létezik egy akkreditációs eljárás. Az ebben való részvétel ugyan önkéntes, ám egyes szövetségi államok és privát biztosítók az akkreditációtól teszik függővé kifizetéseiket, ezért a kórházak többsége részt vesz a rendszerben.

– *Finanszírozás:* Az állami kórházak 90%-ának finanszírozása állami forrásokból történik, amelyeket rendszerint az adott szövetségi állam és kórház közötti éves költségvetésről szóló megállapodás keretében rögzítenek. A költségvetés meghatározásának számos kritériuma van, egyebek között a *Casemix*. Az általános aktív kórházként engedélyezett privát intézmények ugyancsak részesülnek a *Medicare* és az adott szövetségi állam térítéseiben. Mivelhogy állami forrásokban részesülnek, a létszámokra vonatkozó előírások rájuk is vonatkoznak.

A szövetségi struktúra és kompetencia-megosztás folytán az egyes szövetségi államok egészségügyi rendszerei között különbségek is mutatkoznak. Ez egyebek között a kórházak ápolási szolgálata létszámainak szabályozásában is megjelenik.

***Ápolóképzés Ausztráliában:*** A regisztrált ápolók (***Registered Nurse – RN***) képzése az 1980-as évek óta teljes mértékben főiskolai szinten, legalább hároméves *Bachelor*-szinten (***Bachelor of Nursing***) történik. 2012-ben az RN-ek (bábaasszonyok nélkül) a szakképzett ápolószemélyzet 82%-át tették ki. Ennél alacsonyabb képzettséggel rendelkeznek a beosztott ápolók („***Enrolled Nurse***“ – ***EN***), akik rendszerint kétéves, nem felsőfokú képzésben vesznek részt. Az EN-ek általában RN-ek irányításával dolgoznak. Az ápolótevékenység gyakorlásához licencekre és regisztrációra van szükségük, a licencet rendszeres időközönként meg kell újítaniuk. A regisztrációs és licenc eljárást egy állami hatóság, a ***Nursing and Midwifery Board of Australia*** végzi. Az ápolószemélyzet viszonylag erőteljes szakszervezetekkel rendelkezik, amelyek az ***Australian Nursing Federation (ANF)*** keretében tömörülnek. A szakszervezetek nemcsak a bérmegállapodásokról, hanem a jogszabályokban rögzített keretfeltételekről szóló érdekegyeztetésben is részt vesznek. A bérmegállapodások a bérstruktúrák és béremelések rendje mellett a létszámokra vonatkozó megkötéseket is tartalmazzák.

Az ausztrál állam a jogalkotó és szabályozó szerep mellett munkaadóként is jelentős pozíciót tölt be. Tekintettel arra, hogy az aktív kórházak ágyainak több mint 90%-a (privát nappali kórházi intézmények nélkül) állami kórházakhoz tartozik, az egészségügyi minisztérium és a szakszervezetek közötti megállapodások majdnem olyan széleskörű tárgyi hatállyal rendelkeznek, mint a törvények vagy a rendeletek.

## *Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2015-ben.*

### *Előzetes adatok*

Bundesamt für Statistik (BFS)

Medienmitteilung, Neuchâtel, 27.04.2017

14 Gesundheit

**Kulcsszavak:** egészségügy, költségek, kiadások, finanszírozás, Svájc

### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.2360359.html>

*Az egészségügyi összkidadások Svájcban 2015-ben az OECD standardjai szerint 77,8 milliárd CHF-et tettek ki. Az adatok két fontos tényezőnek tulajdoníthatók: egy revíziós effektusnak és a reguláris növekedés hatásának. A revíziós effektus 2014-ben 3,3 milliárd CHF-et tett ki (+4,6%). A reguláris növekedés 2014-2015-ben a revideált adatok alapján 3,2 milliárd CHF-et tett ki (+4,3%). 2015-ben az egészségügyi kiadások egyharmadát (35,3%) a kötelező betegbiztosítás viselte.*

A statisztika a nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében az OECD módszertanát, az egészségügyi számlák rendszerét («System of Health Accounts») követi. A metodikát 2014-ben revideálták, ezért ebből 3,3 milliárd CHF revíziós effektus keletkezett (a régi metodikához képest +4,6%). A változás mértékének 70%-a két kategóriára vezethető vissza: orvosi praxisok (+1,4 milliárd CHF), valamint a kiskereskedelem (+0,9 milliárd CHF, több terméket vesznek figyelembe, pl. fogyasztási cikkeket). Ezzel szemben a revíziós effektusok egyéb ambuláns szolgáltatóknál messzemenően semlegesítik egymást: A statisztikában új elemként jelenik meg a hozzátartozók általi ápolás (+1,0 milliárd CHF), miközben az otthoni tartós ápolásnál a „háztartás és szociális szolgáltatások” a nemzetközi feltételek miatt nem az egészségügyi, hanem a szociális statisztikáknál jelennek meg (-0,8 milliárd CHF).

A 3,2 milliárd CHF összegű reguláris kiadások (4,3%) 68,3%-a (2,2 milliárd CHF) a kórházak kiadásnövekedésére (+1,0 milliárd CHF), az orvosi praxisokra (+0,9 milliárd CHF) és a szociális egészségügyi intézményekre (+0,3 milliárd CHF) jut, amelyek együttesen az egészségügyi költségek 70,9%-át teszik ki. E szolgáltatóknál a kiadások enyhén meghaladták az ötéves trendet (orvosi praxisok), vagy valamivel elmaradtak attól (kórházak, szociális egészségügyi intézmények). Ezzel szemben a kiadások átlagon felül növekedtek a háttérszolgáltatóknál (labor és mentők, +9,3%), valamint a többi ambuláns szolgáltatónál (+9,1%, orvosi és fogorvosi praxisok nélkül), amelyek azonban együttesen az egészségügyi összkidadások mindössze 7,9%-át tették ki. A

növekedési ráta a többi szolgáltatóan messzemenően megfelel az ötéves trendnek.

A gazdasági növekedés 2015-ben átlagon aluli volt (GDP +0,3%) és ezzel összefüggésben az egészségügyi kiadások GDP-hez viszonyított aránya 11,7%-ról 12,1%-ra növekedett.

A 77,8 milliárd CHF összegű egészségügyi kiadások négyötödét az előző évekhez hasonlóan a betegségbiztosításról szóló törvény szerinti alapbiztosításból (35,3%), a privát háztartások befizetéseiből (28%) és állami forrásokból finanszírozták (18,2%). Az egyes teherviselők közötti megoszlás 2010. óta csaknem változatlan maradt.

2015-ben az egy főre eső egészségügyi kiadások összege havi 783 CHF, ami 24 CHF-fel több mint előző évben. Ebből fejenként 277 CHF-et (+11) a kötelező betegségbiztosítás szolgáltatásaira, 50 CHF-et (+1) társadalombiztosításra, mint hátramaradt hozzátartozók nyugdíjbiztosítása, rokkantbiztosítás balesetbiztosítás, 32 CHF-et (+/-0) egyéb szociális biztonságra és rászorultságtól függő szociális szolgáltatásokra, 51 CHF-et (+1) kiegészítő biztosításokra fordítottak. Ehhez az állam 143 CHF-fel (+3) járult hozzá, amihez egyéb privát finanszírozók 12 CHF-et (+/-0) tettek hozzá. Így a privát háztartásoknak a fennmaradó 219 CHF-et (+8) kellett direkt befizetniük. Ez egyebek között az ápolási otthonok szolgáltatásai, a fogorvosi kezelések, valamint a betegségbiztosítás ambuláns és fekvőbeteg ellátásaihoz való költséghozzájárulás céljait szolgálta.

## **Tájékoztató**

**Michael Lindner,**

Bundesamt für Statistik, Sektion Gesundheitsversorgung,

Tel.: +41 58 463 65 14,

E-Mail: [Michael.Lindner@bfs.admin.ch](mailto:Michael.Lindner@bfs.admin.ch)

Medienstelle BFS, Tel.: +41 58 463 60 13,

E-Mail: [media@bfs.admin.ch](mailto:media@bfs.admin.ch)

*[Lásd még: Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2013-ban. Végleges adatok, 2015. 23. sz.; Az egészségügy költségei és azok finanszírozása Svájcban 2012-ben. Előzetes adatok, 2014. 25. sz.; A svájci egészségügy 2012. évi statisztikája – Gesundheitsstatistik 2012, 2013. 5. sz.; Egészségügyi költségek Svájcban 2011-ben, 2013. 21. sz.; Az egészségügy költségei és finanszírozása Svájcban 2014-ben: előzetes adatok, 2016. 15. sz.]*

## **Kooperációs gyógyszertárak Svájcban**

DAZ.ONLINE, 25.04.2017, 07:00

Kantonsspital Winterthur

**Kulcsszavak:** gyógyszer. gyógyszertár, Svájc

### **Forrás Internet-helye:**

<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2017/04/25/wenn-zwoelf-apotheker-eine-apotheke-besitzen/chapter:all> ;

<https://www.ksw.ch/desktopdefault.aspx/tabid-2120/>

A svájci kórházakban jelenleg ún. kooperációs gyógyszertárak jönnek létre, amelyek keretében egy-egy officinát több gyógyszerész működtet. Svájcban a gyógyszertárak idegen és többes tulajdona nem tiltott. Az új üzleti modell közös részvénytársaságok formáját ölti.

**Winterthur Kantonális Kórházában (Kantonsspital Winterthur – KSW) 2017 március végén nyílt meg az új közgyógyszertár, amelyet tizenkét gyógyszerész és a kórház részvénytársaság formájában működtet („Apotheke im KSW“ AG).**

Az új officina egyelőre a kórház főbejáratánál elhelyezett konténerben működik. 2021-ig azonban sor kerül a Svájc tíz legnagyobb kórháza közé tartozó winterthuri kórház átépítésére, amely 500 ágygal, 3.000 alkalmazottal rendelkezik és évente átlagosan 200.000 beteg alapellátását biztosítja. A felújított épületben elkülönített területet biztosítanak az officina részére a főbejárat környezetében. A kórház 34%-os részesedéssel rendelkezik a gyógyszertári részvénytársaságban.

A saját gyógyszertár előnye a betegek közvetlen ellátása a szükséges gyógyszerekkel. Ez mozgáskorlátozottak számára is kedvező és a törzsgyógyszertárak zárva tartása idején is elérhető. A betegbiztonságot szolgálja, hogy a gyógyszerész az indikációnak és az adagolásnak megfelelően adja ki a gyógyszert és azokhoz magyarázatokat is fűz, megvizsgálja az interakciókat és mérlegeli a szubsztitúció lehetőségeit. A részvénytársaság most a KSW, a KSW gyógyszertára és az érintett törzsgyógyszertárak közötti folyamatos összehangolás lehetőségét keresi. Ez azt jelenti, hogy mindhárom szolgáltató tájékoztatást kap az adagolásról és a gyógyszerfelírásról, ami biztosítja a beteg optimális gyógyszerellátását. 2017 közepéig ez a folyamat is teljes mértékben működőképpé válik.

**Volker Budinger**, Autor DAZ.online

[redaktion@daz.online](mailto:redaktion@daz.online)

***Jelentés az ápolás helyzetéről 2016-ban – Pflege-Report 2017 –  
egységes szerkezetben***

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Presseinformation des AOK-Bundesverbandes, 5. April 2017

**Kulcsszavak:** ápolás, ápolásra szoruló, demencia, pszichofarmakonok, Németország

**Forrás Internet-helye (sajtómappa, sajtóközlemény, bevezetés, kivonatok, infografikák; 12. fejezet: Kihívó viselkedés kezelése a demenciában szenvedők körében az ápolás nézőpontjából):**

[http://www.wido.de/pflege-report\\_2017.html](http://www.wido.de/pflege-report_2017.html)

***11. fejezet: Petra A. Thürmann:***

***Pszichofarmakonok alkalmazása az ápolási otthonokban***

**Prof. Petra Thürmann klinikai farmakológus** kutatása szerint a Németországban ápolási otthonokban lakó 800.000 ápolásra szoruló személy számára túl sok pszichofarmakont adagolnak. Különösen érintett csoport az 500.000 demenciában szenvedő személy. Az ápolási otthonokban lakók jó 30%-a kap antidepresszánst és ebben a tekintetben alig van különbség a demenciában szenvedő és abban nem szenvedő ápolásra szoruló között. Ezzel szemben a demenciában szenvedők 40%-a tartósan legalább egy neuroleptikumot kap, miközben a demenciában nem szenvedők mindössze 20%-a.

A nem kívánt mellékhatások, mint elesés, stroke vagy trombózis kockázata miatt nem árt, ha a neuroleptikumokkal kesztyűs kézzel bánnak. A neuroleptikumokat ugyanis a beteges kényszerképzetek, az ún. pszichózisok kezelésére fejlesztették ki. Csak néhány engedélyezett hatóanyag létezik, amelyek a demencia mellett jelentkező kényszerképzetek kezelésére szolgálnak és azok is legfeljebb hat hetes terápia során alkalmazhatók. A neuroleptikumok ápolási otthonokban való széleskörű és tartós alkalmazása az irányelvek előírásaiba ütközik.

Miközben Spanyolországban az ápolási otthonokban élő demenciában szenvedő személyek 54%-a, Németországban 47%-a kap neuroleptikumokat, Svédországban 12%, Finnországban 30%.

Az ápolás helyzetéről szóló jelentés összeállítása során 2.500 ápoló megkérdezésére került sor. A válaszok szerint az ápolási otthonokban élők átlagosan több mint felénél alkalmaznak pszichofarmakont. Ráadásul az érintettek kétharmada (64%) számára több mint egy éven keresztül felírják a szert. És ezt érdekes módon a megkérdezett ápolók 82%-a rendjén valónak találja.

A megkérdezés szerint gyakran alkalmaznak alternatív eljárásokat is: az ápolók 67%-a válaszolta, hogy az adott otthonban speciális ápolási módszereket, a megkérdezettek 52%-a pedig, hogy technológiai értékelést alkalmaznak. További nem gyógyszeres eljárások: az esetek megvitatása, kognitív és szenzoros eljárások. Ám a megkérdezettek 52%-a válaszolta, hogy az időhiány korlátozza vagy akadályozza a nem gyógyszeres eljárások alkalmazását.

\*

## ***12. fejezet: Antje Schwinger et al.: Kihívó viselkedés kezelése a demenciában szenvedők körében az ápolás nézőpontjából***

A demenciában szenvedőknél gyakran jelentkeznek pszichés és viselkedési tünetek, amelyek „kihívó viselkedésként” is jellemezhetők. E tünetek kezelésére nem gyógyszeres eljárások és pszichofarmakonok is alkalmazhatók, ám ez utóbbiak enyhe és közepes esetek számára nem fogadhatók el első terápiás eljárásaként. Az ápolók számára a demenciában szenvedők kihívó viselkedése a mindennapi tapasztalatok része. Az ápolószemélyzet körében a nem gyógyszeres és gyógyszeres eljárások alkalmazásáról szóló megkérdezésből kiderült, hogy a nem gyógyszeres eljárásokat széles körben alkalmazzák, ám a pszichofarmakonok

alkalmazásának volumenét a magas felírási ráták ellenére inkább kritikátlanul ítélik meg.

A bentlakásos intézményekben az ápolásra szorulóknak több mint kétharmada szenved felismert demenciában. Az életkor előrehaladtával és az agyműködés leépülésével gyakoribbá válik az apátia, a depresszió, a szorongás, az agresszivitás, az „üvöltözés” és az „elbolyongás”, valamint a „kihívó viselkedés” (a demencia pszichés és viselkedési tünetei – *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia – BPSD*).

A demencia pszichés és viselkedési tüneteihez gyakran asszociálják a pszichofarmakonok alkalmazását. A gyógyszeres terápiák alkalmazása azonban ezekben az esetekben minden, csak nem vitathatatlan. Egyes tünetek vonatkozásában, mint az elbolyongás (fokozott pszichomotorika) vagy a gátlástalan viselkedés, hiányzik a gyógyszeres eljárások alkalmazására vonatkozó bizonyíték. Meghatározott antipszichotikumok agitáltság esetén való alkalmazása viszont indikált ugyan, de egyben a halálozás magasabb kockázatával és a kognitív képességek csökkenésével társul. Ezért a kezelés a legalacsonyabb dózisban és a lehető legrövidebb ideig, szigorú kontroll mellett ajánlott.

## **12. 6. Összefoglalás**

A megkérdezett ápolási otthonokban a nem gyógyszeres eljárások alkalmazása tekintetében többnyire betartják a „bentlakásos idősápolási intézményekben demenciában szenvedő kihívó viselkedést tanúsító betegek kezelése során követendő eljárásról szóló keretajánlásokat”. A szakápolók saját bevallásuk szerint rendelkeznek a szükséges ismeretekkel. A megkérdezettek az ajánlott nem gyógyszeres beavatkozások hatékonyságát is pozitívan értékelik. Kivételt képez az *assessment*, amelyet a megkérdezettek fele használ, így alkalmazására a többi eljáráshoz viszonyítva ritkábban kerül sor.

Minden harmadik megkérdezett válaszolta, hogy időhiány miatt nem áll módjában nem gyógyszeres eljárásokat alkalmazni. Ám az ápolók többsége úgy érzi, hogy a vezetőség támogatja őket a nem gyógyszeres beavatkozások alkalmazásában; három ápoló közül kettő válaszolta, hogy

az időhiány ellenére biztosítja a betegek számára a nem gyógyszeres eljárást.

A megkérdezett szakápolók szerint a pszichofarmakonok kihívó viselkedés esetén való alkalmazása megfelel a követelményeknek és nem történik kritikátlanul. A személyzet úgy érzi, hogy az orvosok támogatásában részesül a pszichofarmakonok alkalmazásának alacsony szinten tartásában. A szakápolók és orvosok közötti együttműködést jónak jellemzik.

A megkérdezésből az is kiderült, hogy a szakápolók hasonló arányokról számoltak be a pszichofarmakonok felírása tekintetében, mint amennyi a betegpénztárak elszámolási adataiból, valamint a bentlakásos és otthoni ápolásban részesülő, demenciában szenvedő és abban nem szenvedő betegek körében végzett elsődleges felmérésekből adódtak. Az is kitűnt, hogy a pszichofarmakonok kihívó viselkedés esetén való alkalmazása nem időszakos, hanem tartósabb volt (egy évnél tovább tartott), ami ugyancsak összevág a felírás időszakaival és az elszámolási adatokkal.

**Kapcsolat:**

**Dr. Kai Behrens**

AOK-Bundesverband

Tel.: 49-030 346 46 2309

E-mail: [presse@bv.aok.de](mailto:presse@bv.aok.de)

[Lásd még: *Jelentés az ápolás helyzetéről – Pflege-Report, 2015. 18. sz.; 2016. 8. sz.*]

## **ELŐJEGYZÉSI LISTA:**

### ***Egészséggazdaság***

- Az egészséggazdaság helyzete Németországban 2017-ben (1-3. rész)

### **Európa**

- Európai áttekintés az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés akadályairól (PKV WIP) (1-3. rész)
- Az egészségügy monitorizálása és az egészségügyi indikátorok Európában (RKI)

### **Svájc**

- Jelentés a rákos megbetegedések helyzetéről Svájcban
- Autonómia és kapcsolat. Konferenciakötet
- A gyógyító és prevenciós szolgáltatások költségeinek alakulása 2002 és 2012 között (*Soziale Sicherheit* 2015. 6. sz.)
- Az új kórházfinanszírozás hatása a kórházi ellátások minőségére. Aktualizálás 2013 (*Obsan Bulletin*)
- Az időskorúak részére nyújtott átmeneti struktúrák kínálata és igénybevétele (*Obsan Dossier* 52)
- A nem fertőző betegségek indikátorai Svájcban
- *Swiss Personalized Health Network (SAMW)*
- Longitudinális elemzés a krónikus betegekről (*Obsan Bulletin*)

### **Szociálpolitika:**

- Jelentés az időskori biztosítás helyzetéről Németországban 2015-ben
- Kutatási jelentés: az időskori gondoskodás elterjedtsége Németországban 2015-ben
- A nyugdíjkiadások alakulása Németországban
- Munkanélküliség és előrehozott nyugdíjazás az időskorúak körében Európában (*ZSR-Kompakt*)
- A csökkent keresőképesség miatti előrehozott nyugdíjazás biográfiai előzményei (*ZSR-Kompakt*)
- Jövedelmi egyenlőtlenségek és csúcjévedelmek (IMK Report)

**Rövidhírek (aleatorikusan):**

Praxishírek (*Arzt & Wirtschaft*)

Gyógyszerpiaci rövidhírek (*Pharmazeutische Zeitung, Deutsche Apotheker Zeitung*)

Népegészségügyi rövidhírek (*Robert-Koch-Institut*)