

INTERJÚK

Interjú Dr. Kósa Istvánnal a krónikus betegek életmódrendezéséről

Lifestyle Management for Chronic Patients. Interview with Dr. István Kósa

Kulcsszavak: krónikus betegek; életmód; megelőzés
Keywords: chronic ill patients; lifestyle; prevention

A MEJ célja, hogy a különböző tudományágak kutatóinak az egészséggel és jólléttel, valamint azok társadalmi meghatározottságával kapcsolatos kutatásait bemutatva elősegítse az egészségről és jóllétről alkotott, egyre pontosabb, teljesebb kép kialakítását. Ehhez a tudományos közlemények mellett egy új formát is választottunk: interjúkat készítünk néhány olyan kiemelkedő hazai szakemberrel, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk szorosan kapcsolódik az egészséghöz és a jólléthez.

Az interjút Vitrai József (V. J.), a MEJ alapító főszerkesztője készítette 2024. február 27-én.¹

Dr. Vitrai József (V. J.): Szeretettel köszöntöm a Multidiszciplináris Egészség és Jóllét folyóirat hallgatóit és olvasóit. Én Vitrai József vagyok a folyóirat egyik szerkesztője, beszélgetőtársam Dr. Kósa István, akivel már jó pár éve munkakapcsolatban vagyunk, így tegeződni fogunk. Meg is kérem Istvánt, hogy röviden mutakozzon be.

Dr. Kósa István (K. I.): Először is köszönöm a lehetőséget, hogy beszélget-

hetünk a krónikus betegségekről. Kósa István, a Szegedi Tudományegyetem Preventív Medicina Tanszékének tanszékvezetője vagyok, a klinikai munkát pedig úgy Szegeden a Kardiológiai Rehabilitációs Osztályon, mint Balatonfüreden a Honvédkórház Kardiológiai Rehabilitációs Osztályán folytatok. Aki ismer engem, az tudja, hogy szenvedélyem az, hogyan lehet különböző informatikai eszközökkel támogatni az emberek életmód rendezését, különböző kutatási pályázatokban elsősorban ezt a területet céloztuk. Társadalmi funkcióimról talán annyit, hogy jelenleg a Magyar Kardiovaszkuláris Rehabilitációs társaság főtítkára, megválasztott elnöke vagyok.

V. J.: Köszönöm szépen! A beszélgetés témája a krónikus betegek életmódrendezése. Olyan kérdéseket fogunk sorra venni, hogy miért fontos az életmód változtatása krónikus betegeknél, ehhez milyen segítségre, támogatásra van szükségük, milyen mértékben elérhetők ezek a támogatások ma Magyarországon és mire lehet számítani a jövőben. Először arról kérdeznék, hogy miért fontos egyáltalában beszélnünk arról, hogy krónikus betegeknél életmódváltásra van szükségük.

¹ A szöveg a MEJ [Facebook oldalán](#) és [Youtube csatornáján](#) meghallgatható interjú szerkesztett változata.

K. I.: Azért mert a napjainkban ellátásra kerülő

betegek igen nagy része olyan krónikus betegségekben szenved, amelyek alapvetően civilizációs ártalomra vezethetők vissza.

V. J.: Mikre gondolsz?

K. I.: Első körben nyilván itt az elhízás, az obezitás és ennek minden következménye. Egészen egyértelmű már az összefüggés az elhízottság és a 2-es típusú cukorbetegség között. Tudjuk, hogy a 2-es típusú cukorbetegség az egyik fő rizikó tényezője a koszorúér betegségnek, az ateroszklerotikus folyamatoknak. Ugyanígy az elhízás összefüggésben van a magas vérnyomás betegséggel. A betegek 90 százalékánál nem tudunk egyértelmű, azonosítható okot felmutatni, de az az összefüggés, hogy a beteg elhízott, és hogy az elhízás befolyásolásával sokakban rendezni tudjuk ezt a betegséget az egyértelmű. A hiperlipidaemia, vagyis a zsíryanagcsere-zavarok vonatkozásában ez szintén egy rizikótényező. A napi étkezés nem befolyásolja drámaian a zsírszintet, de az évtizedek alatt kialakult étkezési szokások, a következményes testsúly paraméterek igenis egyértelműen hatással vannak erre a rizikó tényezőre is.

Én úgy látom, hogy az egészségügyi ellátórendszer évtizedekig átlépett az életmódrendezés fontosságán. Például cukorbetegségben is egyre drágább gyógyszerek kerültek bevezetésre, még nem is az utolsó generációs diabetológiai, azaz cukorbetegség elleni gyógyszerek elég markáns testsúly-csökkentést mutattak fel, melyek így nem csak a cukorbetegség, de a testsúly rendezés oldalán is teljesítenek. A két legújabb csoport a kardiovaszkuláris eseményeknek, azok kockázatának is igen markáns csökkenését tudta előidézni. Itt látjuk,

hogy a testsúly milyen meghatározó szerepet játszik. Most már újabb és újabb olyan gyógyszerkombinációk kerülnek bevezetésre a gyógyszerpiacon, amik egyre erőteljesebben tudják ezt az életmódi elhajlást korrigálni, és egyre markánsabb eredményeket tudnak felmutatni. Én magam természetesen hiszek abban, hogy az életmódi elhajlások nem csak gyógyszeresen, hanem magatartástudományi vagy egyéb támogató rendszerekkel is korrigálhatók.

V. J.: Hogyha ilyen kiváló, nagy hatású gyógyszerek vannak, akkor mi szükség van arra, hogy a betegeket életmód változtatásra motiválják, és ebben támogassák?

K. I.: Ez egy nagyon jó kérdés. Pont a gyógyszerfelhasználásban nagyon aktív kollégák szokták ezt a kérdést feltenni. Utalnak arra, hogy sajnos az életmódi támogatások, életmódintervenciók sem tudnak élethosszig tartó hatást felmutatni. Én ekkor mindig vissza szoktam kérdezni, hogy a gyógyszereknél vajon a hatás a fennmaradása milyen szintű. A gyógyszerek jellemzően csak addig hatnak, ameddig az egyén folyamatosan szedi azokat, a szedés felfüggesztése után a hatás elillan. Sőt vannak szerek melyek igazán az adagolási ciklus elején hatnak, tartós szedés mellett is csökkenhet a hatásuk. Én nem vagyok a gyógyszerek ellenében, inkább azt képviselem, hogy a gyógyszer eredményességét hasznosítva hassunk az életmód oldalán. Az életmódváltás elindulása mindig nehéz feladat. Ha az indulásnak lendületet tudunk adni az intervenció első fázisában, az nagy segítség a beteg számára. Amint az életmódváltás elindult, akkor az eredményt alapvetően életmódi eszközökkel kell fenntartanunk.

V. J.: Említetted az elhízást, mint egy nagyon nagy kockázati tényezőt, szóba került a táplálkozás is. Van-e olyan élet-

módi tényező, olyan magatartás, aminek a változtatása ugyancsak elősegíti a krónikus betegek állapotának javulását?

K. I.: Kardiológusként biztosan nem hagyhatom azt ki, hogy ne beszéljek a fizikai aktivitás fontosságáról, a heti százötven perc izzasztó tréning fontosságáról. Ez nem azt jelenti, hogy ha valaki csak sétál naponta 2 km-t, és ebbe nem izzad bele, azzal nem tett semmit az egészsége érdekében. De azt tudni kell, hogy a mindennapi fizikai munka – ideteszem-odateszem – azért általában nem hozza azt az eredményt, amit egy tudatos, heti százötven perces megtervezett tréninggel el tudok érni.

Nyilván legalább ennyire fontos az, hogy a dohányzás, ha jelen van, attól megszabaduljunk. Ez önállóan egy igen komoly feladat, sajnos sok kudarccal. Azt gondolom, hogy aki ezen a területen dolgozik, annak legalább abban kell segíteni, hogy a betegek megismerjék a dohányzás kockázatát és megismerjék azokat a lehetőségeket, amellyel ki tudnak lépni abból az ördögi körből, amibe a nikotin függőségi taszította őket.

Nyilván nagyon fontos lenne, hogy a stressz kezelését merjük felvállalni. Én itt mindig megemelem a kalapomat azon kollégák előtt, akik eredményesen tudják vezetni a stressz kerülését célzó gyakorlatokat. Én olyan földhözragadt ember vagyok, hogy azt hiszem el, amit meg tudok mérni. Valószínűleg a betegeink többsége is hasonlóan van ezzel. Azoknak az intervencióknak hisznek, amiknek az eredményét jól meg tudják ítélni. Nagyon könnyű meggyőzni egy cukorbetegét arról, hogy az életmódjának az átalakításával eredményt tud elérni, hiszen a reggeli inzulin dózisnak az elégséges, vagy elégtelen voltát már a következő étkezésnél, azaz 4-6 óra múlva le tudja mérni. Hasonló amikor a túlsúlyos betegnél

testsúlycsökkentést, vagy magasvérnyomásos betegnél vérnyomáscsökkentés tudunk felmutatni. Koszorúér-betegeknél a koleszterincsökkentő, zsírcsökkentő gyógyszerekkel már nehezebb a helyzet, hiszen ott a betegeknek labor eredményekhez kell hozzáférnie, csak ennek révén látják az intervenció eredményességét. A stressz-kezelésben sajnos azok a technológiák, amik hitelesen megmutatják az aktuális stressz-szintünket, illetve megítélhetővé teszik egy intervencióval elérhető stressz-szint csökkenését még nem terjedtek el. Vannak természetesen stresszt mérő applikációk, különböző modellek, de még nincsen meg az a standard, amelyikre támaszkodva a mindennapokban tudjuk vezetni a betegeinket.

V. J.: Amikor egy beteggel beszélsz és megpróbálsz motiválni az életmódváltásra, akkor milyen bizonyítékokat, számokat szoktál felhozni, hogy egyértelmű legyen neki, érdemes belevágni?

K. I.: A legmellbevágóbb adatok a cukorbetegekkel kapcsolatban jelentek meg. Olyan publikációk olvashatók, amik szerint a cukorbetegknél már nem azt kell nézni, hogy életmóddal milyen vércukor értéket lehet elérni, hanem az a kérdés, hogy a betegeknek hány százaléka tehető cukorbetegség-mentessé az életének egy jelentős részére. Voltak olyan vizsgálatok, amik bebizonyították, hogy a

mérsékelt túlsúllyal bíró, 6 évnél nem régebben fennálló cukorbetegnél, ha a beteg el tud érni legalább 15 kilogrammos testsúlycsökkenést, akkor 85% feletti arányban remisszióba kerül,

azaz időlegesen gyógyszer mentesen is a kritikus 6,5 százalékos határ alá kerül a hosszú távú vércukor profilt leképező HbA1c érték. A 2018-as publikáció óta már reprodukálták mások is ezt vizsgálatot, sőt

azt is bebizonyították, hogy a betegek harmadánál nem csak a diabétesz stádiumból, hanem a cukorbetegséget megelőző, prediabétesz stádiumból is kiemelhetők a betegek. Én azt gondolom, hogy ezek rendkívül meggyőző adatok egy olyan betegségben, amit hosszú ideig egy istencsapásnak tekintettek. Most meg egyre inkább be kell látnunk, hogy ezzel az anyagcsere rendellenességgel igen hosszú ideig együtt lehet élni. Csak nem elég a gyógyszereket szedni, hanem oda kell figyelni az életmódunkra is.

V. J.: Hadd kérdezzek vissza, hogy jól értettem-e. Tehát, a betegek 85 százalékánál az adott feltételek mellett tulajdonképpen megszűnik a betegség és többet nem tekinthető betegnek, jól értettem?

K. I.: Igen, igen. Úgy fogalmaz a szakirodalom, hogy remisszióba kerül a beteg, megszűnik a gyógyszeresedési igénye, gyógyszermentesen is a betegségi laborparaméter-küszöb alá kerül a beteg. Ugye ez egy dinamikus folyamat, nem lehet senkinek azt mondani, hogy most egy életre meggyógyították a betegsétől. Én azt szoktam mondani a betegeknek, hogyha 10 évvel később kell gyógyszert szednie, akkor valószínűleg 10 évvel később jut el abba a fázisba is, hogy inzulinra szoruljon, és az egy nagyon nagy dolog, ha inzulinmentesen tudja valaki élni az életét. Sajnos az inzulin külső bevitele egy durva beavatkozás a szervezet szénhidrát egyensúlyába, könnyen hipoglikémiát, azaz túl alacsony vércukorértéket produkál, ami a korszerű gyógyszerek esetén, hála istennek, extrém ritkán fordul elő. Annak kell örülni, ameddig ezekkel a korszerű gyógyszerekkel az előrehaladott stádiumban lévő embereket egyensúlyban lehet tartani, de természetesen törekedni kell arra, hogy ezeket a gyógyszereket is minél később kelljen elkezdni szedni.

V. J.: Értem, engem meggyőztél. most térjünk át arra a kérdésre, hogy orvosként hogyan tudjátok támogatni a krónikus beteget, mondjuk cukorbetegét abban, hogy életmódot váltson, hogy javítson rajta?

K. I.: Magyarországon inkább csak úttörő kezdeményezések vannak, nem beszélnek egy kialakult rendszerről. Nincsen olyan életmódi intervenciós hálózat, amelyik azt a hatalmas betegtömeget, ami évente felismerésre kerül különböző betegségekben, azt szisztematikusan el tudná látni. Ezért van az, hogy hiába tudjuk, hogy a száznegyven és százhatvan közötti magas vérnyomás először életmódi intervencióra szorulna, ezen intervenció gyakorlatilag nem valósítható meg.

V. J.: Bocsánat, hogy közbevárok, hogy mielőtt erre rátérnénk, hogy mi az a tevékenység, az az intervenció, amit említettél, amit az egészségügyi ellátás támogatásként nyújtana ideális esetben?

K. I.: Én azt gondolom, hogy ez egy nagyon komplex beavatkozás, és erősen humán-erőforrás-igényű.

Ahhoz, hogy valakinek meg tudjuk változtatni az étkezési, a fizikai aktivitási szokásait, ahhoz nekünk legalább 3 hónapon keresztül, vagy ha erőforrásunk biztosítja, akkor akár egy éven, vagy azon túl is kell foglalkoznunk a betegekkel.

Rá kell fordítanunk betegenként legalább havi 7-15 órát, hogy átalakítsuk ezeket a szokásaikat. Nyilván ehhez először fel kell térképezni az aktuális gyakorlatot, úgy az étkezések mind a fizikai aktivitás vonatkozásában. Ezt követően hétről-hétre, szervezeten kell a beteggel konzultálni állapotát, vezetni az életmód változtatást. Ezt nyilván első-sorban a dietetikusok, gyógytornászok kompetenciája, de nyilván

előbb-utóbb kialakíthatók lehetnek olyan rendszerek, amelyekben már a sorstárs betegek is tudnák segíteni egymást. Pillanatnyilag Magyarországon a rehabilitáció 5 területe közül – mozgásszervi rehabilitáció, pszichiátria, pulmonológia, gyermekgyógyászat, kardiológia – leginkább a kardiológusok azok, akik nyitottak arra, hogy foglalkozzanak a betegeknek az életmódi rizikótenyezőivel. Nem minden kardiológiai rehabilitációs osztályon alapvárás, hogy egy ilyen kiterjedt, komplex ellátást nyújtsanak. A magyar modell a rehabilitációban német mintát követ, 3 hétig fekvőbeteg környezetben támogatjuk a betegeinket. De ez nem igazán kedvező az életmód átalakítására, 3 hét intézeti környezetben mindenféleképpen csak egy indítás lehet az életmód átalakításban. A betegeknek valószínűleg nagy pluszt ad, ha a támogatást a 3 hét intézeti tartózkodás után az otthoni környezetben is tovább tudjuk vinni, a következő hónapok, akár évek során. Legalább a 12. hét végéig indokolt lenne követni a betegeinket, a csökkentett intenzitású követésnek legalább az 1. év végéig ki kellene tartani. Hogyha jók akarunk lenni, akkor nekünk még a 2., 3., 4. évben is lenne teendőnk, hogy a késői visszaeséseket legalább negyedéves kontrollokkal felismerjük, ha szükséges, akkor a beteget újabb kezelés alá vonhassuk.

V. J.: Jól értettem, amikor a dietetikust és a gyógytornászt említetted, hogy ők felméri az aktuális szokásait a betegnek, és utána a tanácsot adnak, ennyi az egész? Tehát, hogy az intervenció, azt mondtad az egy komplex beavatkozás, de igazából csak kétféle dolog történik, felméri az adott betegnek a szokásait, és utána tanácsot adnak. De én azt hiszem, hogy ez ennél több.

K. I.: A podcastban nem lesz látható az, hogy mi mosolygunk közben, de igen, ez

természetesen komplexebb. Nem tudok mást mondani, van egy víziónk arról, hogy mit kellene csinálni.

V. J.: Röviden elmondanád, hogy mi lenne ideális?

K. I.: Igen, igen. Szegeden mi elindítottunk egy rehabilitációs modellt. Az úgy működik, hogy 3 hetes rehabilitáció helyett 1 hétig próbáljuk a betegeket kiszakítani a környezetükből, és az alatt az 1 hét alatt a betegek oktatásban részesülnek naponként 1-2 órában, kipróbálnak különböző tréning-eszközöket, hogy kiderítsék, a különböző eszközök közül mik azok, amik megfelelőek számukra. Megtörténik a beteg felmérése, azaz az orvosoknak megítélik, hogy mennyire terhelhetők a betegek, van-e bármilyen eltérés, ami a terhelés során kockázatot jelent. A gyógytornászok, dietetikusok pedig begyakoroltatják a betegekkel azokat a digitális naplózó rendszereket, amik a későbbiekben lehetővé teszik a kapcsolattartást az otthonában tartózkodó beteggel.

Önmagában az, ha a beteg egy tükröt tart magának a táplálkozásáról, az már segíti változtatni az étkezési szokásait. Hogyha ezt a tükröt megtudja nézni más is, és erről tudnak – 1-2 heti szinten – konzultálni, akkor erősödni fog ez a hatás.

Mi néha azon vitatkozunk, hogy 3 hónap alatt mekkora testsúlycsökkentést szabad engedni a betegeknek. Mert vannak olyan betegek, akik egészen drámaian tudnak fogyni gyógyszereszedés nélkül, csak azzal, hogy odafigyelnek az étkezésükre. És természetesen végzik a rendszeres fizikai aktivitást is, amivel akár a 15 kilogrammos testsúlycsökkentést is el tudják érni, holott ez szembemegy az elfogadott ajánlásokkal, amik inkább fél évnél javasolnak hasonló nagyságrendű változást. A „jó hatás” elkerülése mindenképpen fontos,

azaz ne produkáljunk olyan mértékű lefogyást, amelyet visszahízás követ.

V. J.: Azt a metaforát használtad, hogy tükröt tartunk a beteg elé, illetve másnak is megmutatjuk. Itt gondolom a digitális technikára gondoltál, erről mondjál, kérlek, néhány szót. Nem biztos, hogy mindenki értette ezt.

K. I.: Ott tartunk, hogy a mobil informatika az étteremben, vagy az otthon is lehetővé teszi azt, hogy pár perc ráfordítással, mobiltelefonos applikációban kialakítsam a táplálkozási tükrömet. Erre különböző, táplálkozást naplózó platformok érhetők el. Mi a Szegedi Egyetemen a Pannon Egyetem táplálkozást naplózó algoritmusát használjuk, mert annak az adataihoz férünk hozzá, és azokat az adatokat be tudjuk csatornázni a Szegedi Egyetem telemedicina rendszerébe. Az ehhez szükséges időt bemértük korábbiakban Balatonfüreden. Egy informatikában jártas fiatal 6 perc alatt le tud egy napot naplózni, ami gyakorlással néhány hét alatt lecsökken 3 percre. Egy idősebb esetében 10 perc csökken le 5-6 perces időtartamra. Úgy gondolom, hogyha a napi ételfogyasztását valaki negyedéven keresztül a napok többségében rögzíti a naplójában, akkor olyan képet kap az étkezéseiről, amely már elegendő jártaságot ad a későbbiekben az étkezések vezetéséhez, az étkezési elcsúszások elkerüléséhez. Most egy apró példát mondok, hogy

ha valaki naplózik, akkor rájön arra, hogyha fél órát az otthoni szobakerékpáron biciklizik, és utána viszont jólesően megiszik 2 deci édes bort, akkor körülbelül ugyanannyi kalóriát visz be a szervezetebe, mint amennyit előtte elégetett.

Nagyon oda kell figyelni az apró kis nassolásokra, meg bor- és sörfogyasztásra, mert azok akkora kalória bombák lehetnek, hogy hosszútávon nem lesz csoda, ha az energiaegyensúlyunk az elhízás irányába fog eltolódni.

V. J.: Még a monitorozásról néhány szót mondjál, kérlek! Hogyan követitek a betegeknek az életmódját?

K. I.: Bennünket elsősorban az érdekel, hogy a naplózás alapján kiegyensúlyozott-e az étkezésük, és az összkalória-tükör biztosítja-e a szükséges testsúlykontrollt. Fizikai aktivitásnál pedig szívfrekvencia-monitorokat használunk, mint ahogy a fitnessz világban ez eléggé elterjedt.

V. J.: Itt ilyen okosórákat kell elképzelni ugye? Tehát karra csatolt eszközt?

K. I.: Igen, próbálkoztunk különböző eszközökkel. Például használtunk a fitnessztermekben bevált mellpántokat, amik alapvetően egy elektromos jelet, az EKG-t használják a szívfrekvencia meghatározására. Később tapasztalatot szereztünk órákkal, amelyek a szívfrekvenciát optikai technikával tudják mérni. Most egyre inkább abba az irányba mozdulunk, hogy az órák szenzor részét karpántba illesztve az óráknál olcsóbb eszközöket használjunk. Ez szélesebb kör számára hozzáférhető, és ráadásul a mérési pontossága is az órákénál nagyobb. Mivel mi rendszeresen úgy végezzük a terheléses EKG-vizsgálatot, hogy a beteg viseli a szívfrekvencia érzékelőt, látjuk, hogy sokszor a szenzor az stabilabb szívfrekvencia görbét tud megmutatni mind az EKG. Ez nem jelenti azt, hogy az EKG jelnek az összes információját megkapjuk, hiszen az EKG más típusú információt is hordoz. Ha egy félreütés, extraszisztólia előfordult, annak természetéről, vagy az esetleg oxigén hiányról csak a teljes EKG görbe adhat képet. Ezek a szívfrekvencia-

monitor jeléből nem megállapíthatók. A szívfrekvencia nagysága ugyanakkor meglepően pontosan kinyerhető ezen érzékelőkkel. Mérjük természetesen nem csak a testsúlyt, hanem a vércukrot, a vérnyomást is, annak függvényében, hogy kinek milyen szintű eltérései vannak.

V. J.: Igen, értem. És akkor ezeknek az információknak a birtokában tudtok tanácsokat adni, illetve beavatkozásokat javasolni. Már érintetted részben azt, hogy mennyire elérhető az életmódváltáshoz szükséges támogatás Magyarországon. Még azt szeretném kérni, hogy ne csak arról beszélj, mi nincs, hanem hogy mi lesz, mi várható. Mi az a fejlődés, ami felvázható a magyar egészségesek és betegek számára?

K. I.: Én nagyon örülnék annak, hogyha a miénkhöz hasonló rendszereket el lehetne terjeszteni az országban. Én úgy érzékelem, hogy két irányból is változik a társadalom. Egyrészt van az orvosi társadalomnak egy része, amelyik fontosnak tartja, hogy foglalkozzunk az életmódi tényezőkkel. Sőt, erre önálló társaság is alakult már sok évvel ezelőtt, amelyik Életmód Orvosi Társaság néven próbálja ezt a folyamatot hajtani. És van egy másik oldal, ami pedig a civil szférából indul, mert ugye a társadalom egyre nagyobb része aktív a szabadidejében, tréningezik rendszeresen, és ezekben a tréningező közösségekben egyre gyakrabban megjelennek krónikus betegségeben szenvedő betegek is. Már felmerült az igény, hogy össze kellene, hogy érjen ez a két társadalmi folyamat. Meg kellene tudnunk szervezni azt, hogy minél szélesebb körben a krónikus betegek elindulhassanak egy jól felmért állapottal az egészségügyi rendszer felől, és utána legyen egy természetes perifériára sodródás, eltávolodás az intézményi keretektől, váltás a lakóhelyközeli szolgálta-

tásokra az egészségesebb életmód fenntartása érdekében. Nem tudom megmondani azt, hogy milyen időtávban működik majd ez a rendszer, vagy hogy mikor hozható létre Magyarországon ez a rendszer. Az biztos, hogy a gyógyszereknek, műtéti beavatkozásoknak elterjedése mögött sokkal aktívabb lobbí áll, mint az életmódi támogatásoknak a lobbí ereje pillanatnyilag.

V. J.: És miért van az, hogy ott több pénz van?

K. I.: Hát ez egy relatíve komplex folyamat. Ugye a gyógyszergyárak nem tagadják azt, hogy az innovációra hatalmas összeget kell fordítaniuk, de az se titok, hogy a marketing is sokba kerül nekik, hisz a marketing költség egy-egy gyógyszer életciklus ráfordításának akár a 40 százalékáig is elmehet. Ebből adódóan igen kemény marketingerő van a gyógyszerhasználat mögött. Ezek addig kifizetődő, ameddig a szabadalommal védett a termék, a szabadalommal védett időszakban kizárólag a fejlesztő számára biztosítja a bevételt, ezzel a teljes fejlesztési folyamat megtérülését. Sajnos ez a szabadalmi védettség nincs jelen az életmód intervenciók, meg általában a digitális egészségügyi szolgáltatások mögött. Ezen piac szereplői nem tudnak a gyógyszergyárakhoz hasonló lobbierővel hatni. Ebben a helyzetben a közösségnek kellene felismerni a szükségességet az életmódi intervencióknak, és a közösségnek kellene döntenie az arányos forrás ráfordításról.

V. J.: Jól értem, hogy akkor ezen a területen tulajdonképpen az államé lenne finanszírozási szerep? És akkor itt felhoznám azt, hogy láttam arról egy Facebook-bejegyzést, hogy a WHO-val közös projektben foglalkoztatott ezzel a témával, és azt is olvastam, hogy a

döntéshozóknál jártatok. Emiatt kérdezem, hogy remélhetünk kedvező döntéseket az állami szférában?

K. I.: Azt gondolom, hogy ez egy nagyon hosszú folyamat. A WHO Nemzeti Irodájának szervezésében, hazai és más európai országok szakértőivel együttműködésben különböző köteget finanszírozási modelleknek a magyarországi bevezetésén munkálkodunk. Ennek az lenne a lényege, hogy ne csak azt finanszírozza az egészségbiztosító, ami a kórházi ajtón belül történik, hanem lépünk ki az intézeti keretek közül, és függetlenül attól, hogy mennyit időt tölt a beteg az ajtón belül, mennyit azon kívül, azt vizsgáljuk, hogy egy összehangolt ellátással 3, 6 hónap esetleg egy évnél milyen eredményesség érhető el. Hozza-e legalább azt az eredményességet az ellátás, amit a hagyományos ellátási módok nyújtanak. Ha ezt a szintet eléri az alternatíva, akkor legyenek lehívhatók a finanszírozási források a teljes gyógyítási folyamatra, beleértve például az otthoni rehabilitációt is. Nyilván mi a non-inferior, tehát a „nem rosszabb” eredményt szeretnénk bizonyítani, de úgy gondolom megalapozott a feltételezésünk, hogy sok betegnél a lényegesen jobb eredményt is tudjuk majd hozni. Ez most egyelőre a posztinfarktusos betegek ellátása kapcsán került terítékre. Ott ugyanis a hatalmas NEAK költség mellett egy nagy ellentmondás érzékelhető. A költségünk túlságosan az akut ellátás első két napjára

fókuszál, miközben – az életmódrendezés elmaradása miatt – az egy éves halálozásban nem tudtunk annyit javítani, mint elvárható lett volna. Mi szeretnénk itt igazolni az életmódi intervenció és a gondozás hatékonyság növelő hatását. Ilyen elmozdulásokat ösztönző finanszírozási modelleket keresünk. Ha ilyen finanszírozási rendszereket be sikerül vezetni, akkor – úgy gondolom – számos betegcsoport kínálja magát hasonló finanszírozási modellekre. Ide tartozhatnak például az újkeletű cukorbeteg, amit a beszélgetés elején már említettem. Nem igaz az, hogy egy túlsúlyos cukorbetegnél csak a hemoglobin HbA1c értékét kell figyelnünk, igenis

oda kellene figyelnünk arra, hogy a betegnek milyen a testsúlya, milyen az ismerete a cukorbetegségről, milyen a diétás készsége, és ezek alapján kellene életmódrendezéshez finanszírozott támogatást nyújtanunk.

V. J.: Köszönöm szépen. Ha jól tudom, a múlt év végén a Lege Artis Medicinae folyóiratban részletesebben kifejtetted ezt a témát a Hol az egyensúly a betegek szűrése és a már felismert esetek életmódrendezése között? címmel közölt cikkedben. Ennek elolvasását javaslom azok számára, aki mélyebben érdeklődnek a téma iránt. Köszönöm szépen a beszélgetést.

K. I.: Én köszönöm a lehetőséget.