

A hozzáférés szerepének értelmezése az egészségegyenlőtlenségek területi különbségeiben – esettanulmány az akut miokardiális infarktusról

Bán Attila

Tudományos segédmunkatárs

MTA KRKT RKI

Magyar Regionális Tudományi Társaság XV. Vándorgyűlése

Dualitások a regionális tudományban

Mosonmagyaróvár, 2017. október 19-20.



Tartalom

- Kutatási projekt: célok, módszerek
- Bevezetés, indokoltság
- Keringési halálozás statisztikai adatok tükrében (iszkémiás szívbetegségek, akut miokardiális infarktus)
 - Európai trend
 - Hazai trend
- AMI mortalitás területi különbségei (járási szint)
- Ellátáshoz való hozzáférés:
 - Az AMI ellátás szintjei
 - Rehabilitáció szerepe az AMI-ellátásban
 - PCI-központok
 - Telekardiológia
- Összegzés, kutatás folytatása

Az előadás a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (**NKFIH**) K
119574 számú pályázat támogatásával készült.

Kutatási projekt: célok, módszerek

1. kutatási év:

2016. 10. 01. –
2017. 09. 30.

Kvantitatív és kvalitatív módszerek közös használata

Ellátáshoz való hozzáférés
statisztikai elemzése

Egészségegyenlőtlenségek
és hozzáférés **elméleti
hátterének feltárása**



2. kutatási év:

2017. 10. 01. –
2018. 09. 30.

Lokális szintű vizsgálatok:

helyi terepmunkák - intézményi és lakossági
döntéshozatal vizsgálata interjúkkal



3. kutatási év:

2018. 10. 01. –
2019. 09. 30.

Tartalomelemzés:

cél az állami közpolitikák és az
egészségegyenlőtlenségek kapcsolatrendszerének
multidimenzionális vizsgálata

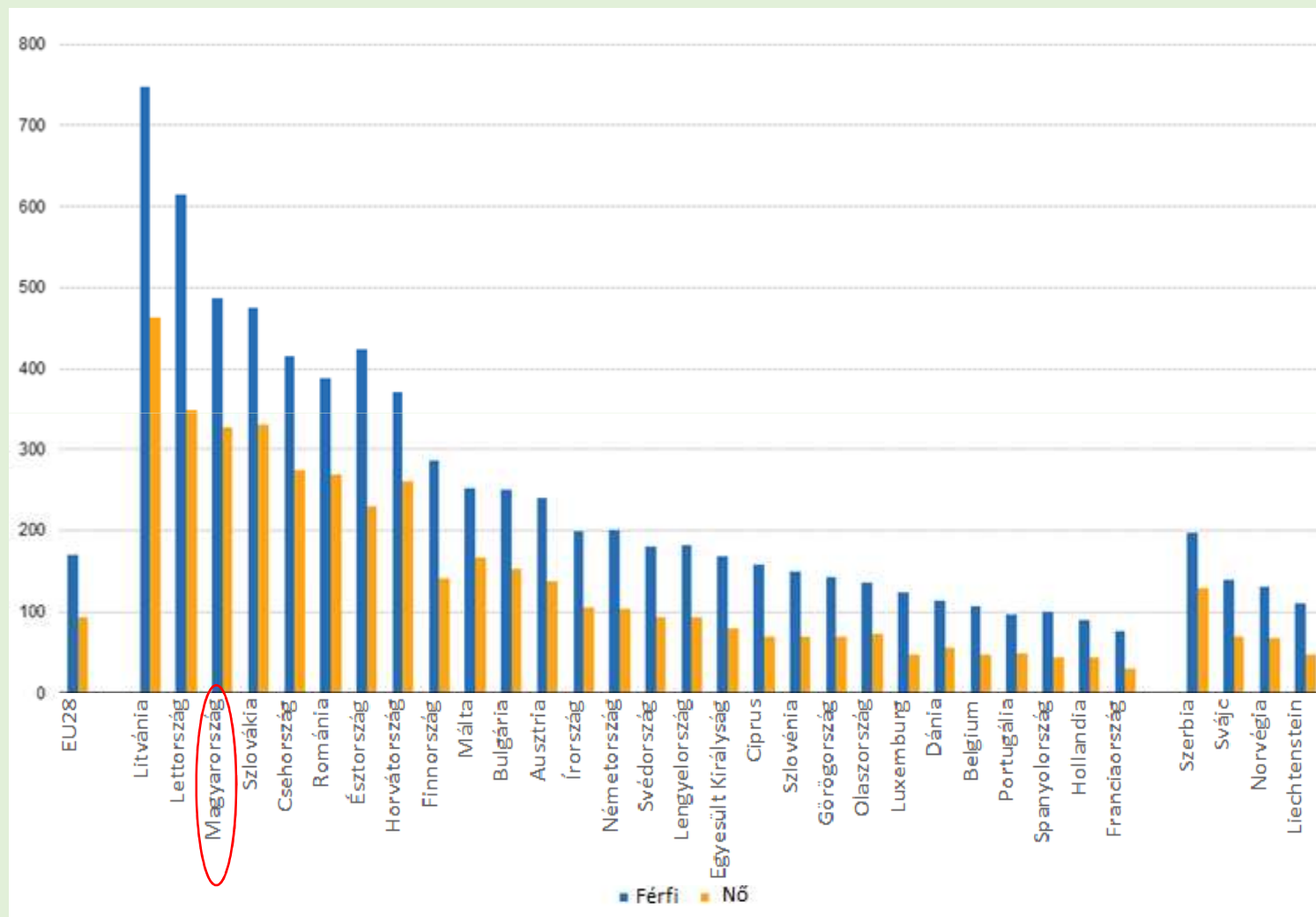


Szakpolitikai döntéshozatalt támogató javaslatok

Bevezetés, indokoltság

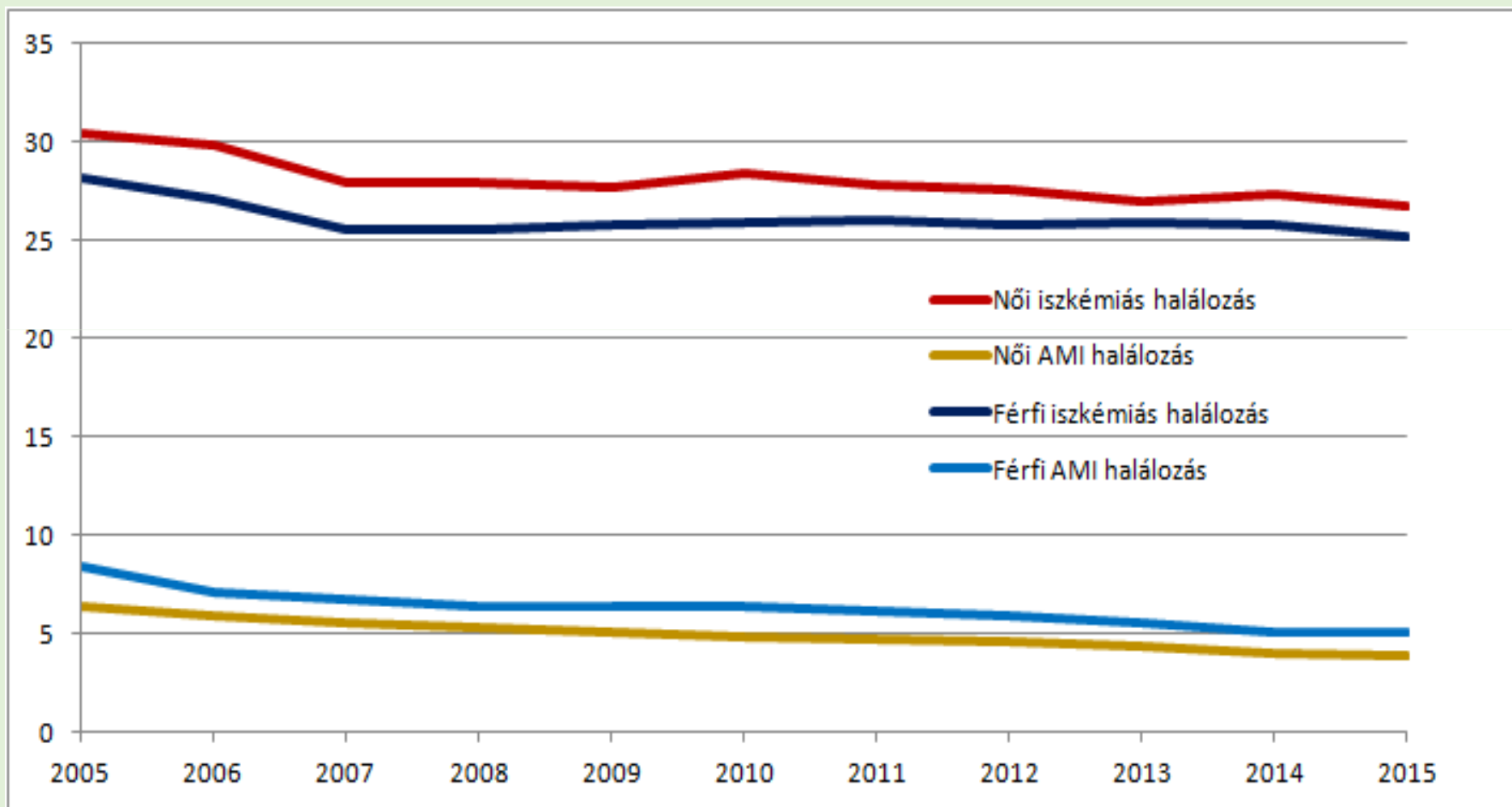
- Az **egészségügyi ellátásához való hozzáférés** tényezőinek és területi jellemzőinek elemzése
- Népegészségügyi szempontból meghatározó betegség: **akut miokardiális infarktus (AMI) → iszkémiás szívbetegségek egyik típusa**
 - ~16 ezer AMI eset/év
 - ~ 6 ezer AMI halálozás/év
- **AMI halálozások száma csökkent** az elmúlt években
 - **Okok: új kezelési módszerek**
 - Thrombolysis
 - Perkután Coronaria Intervenció (PCI)
 - Coronaria artéria bypass graft műtét (CABG)
 - Gyógyszerek (pl. béta-blokkoló)
- **Paradoxon:** jelentős javulás ellenére vagyunk lemaradva Európában!

Az iszkémiás szívbetegség okozta halálozás Európában (100 ezer lakos)



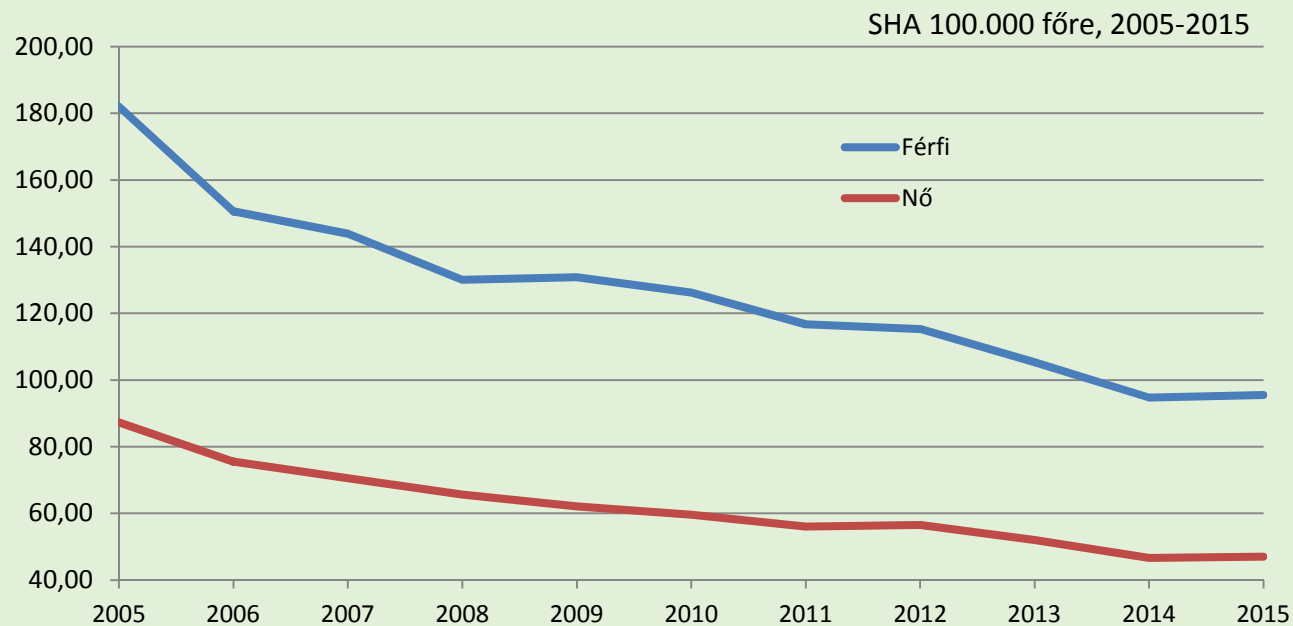
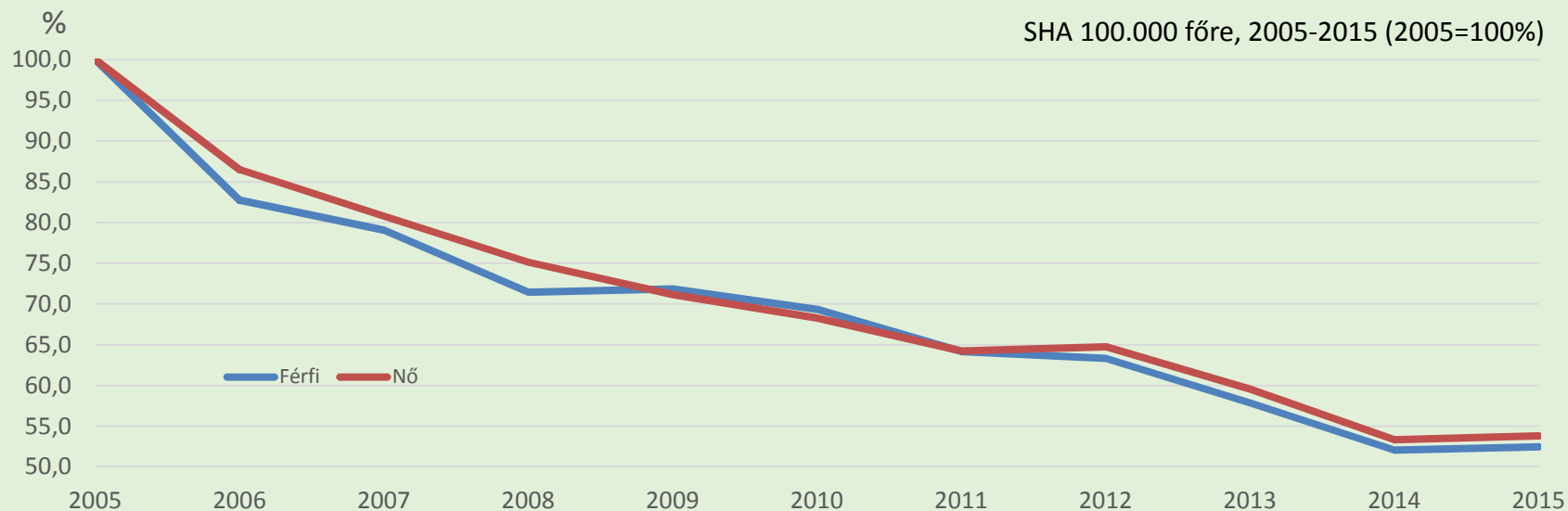
(Forrás: EUROSTAT, 2016)

Az iszkémiás és az AMI halálozás arányának változása Magyarországon



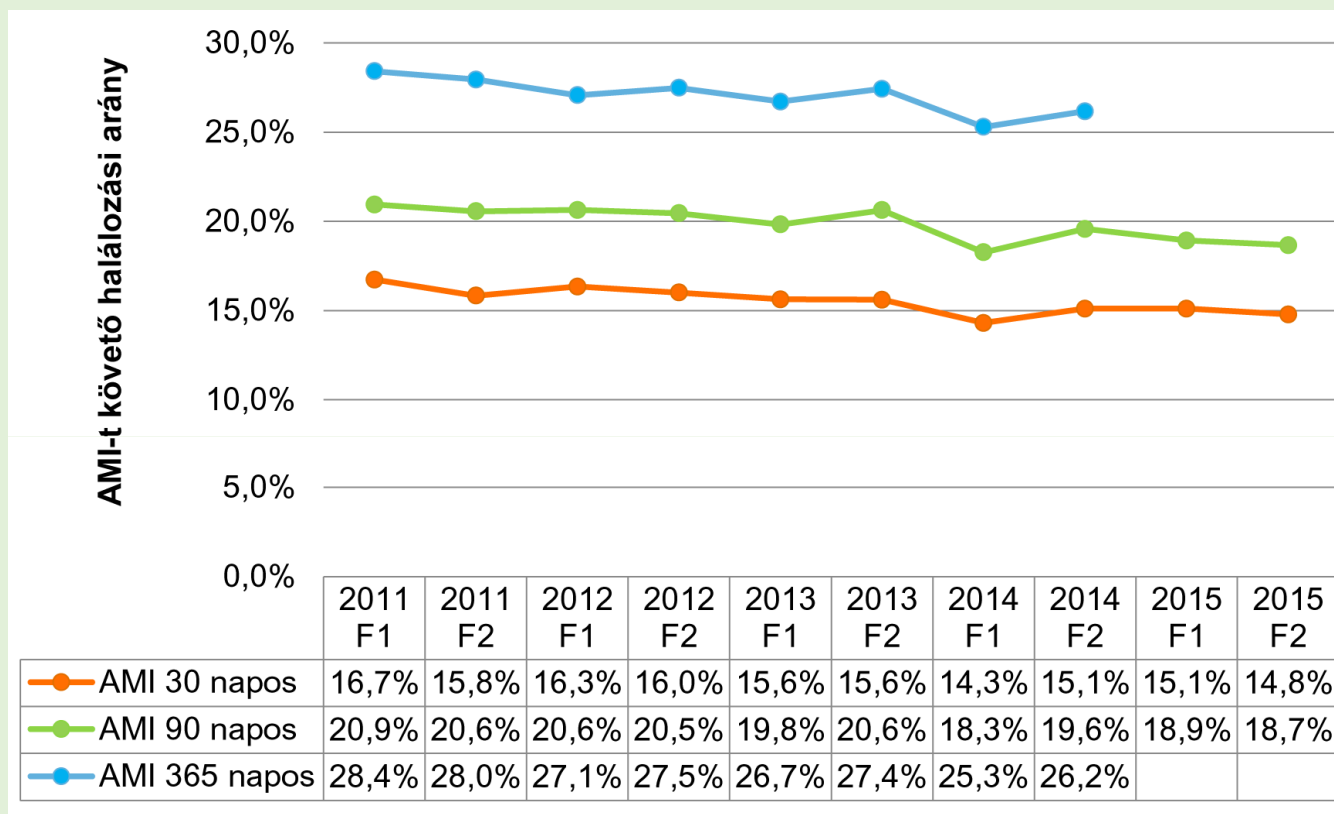
(Adatok forrása: KSH)

Az AMI halálozás trendje Magyarországon



(Adatok forrása: KSH)

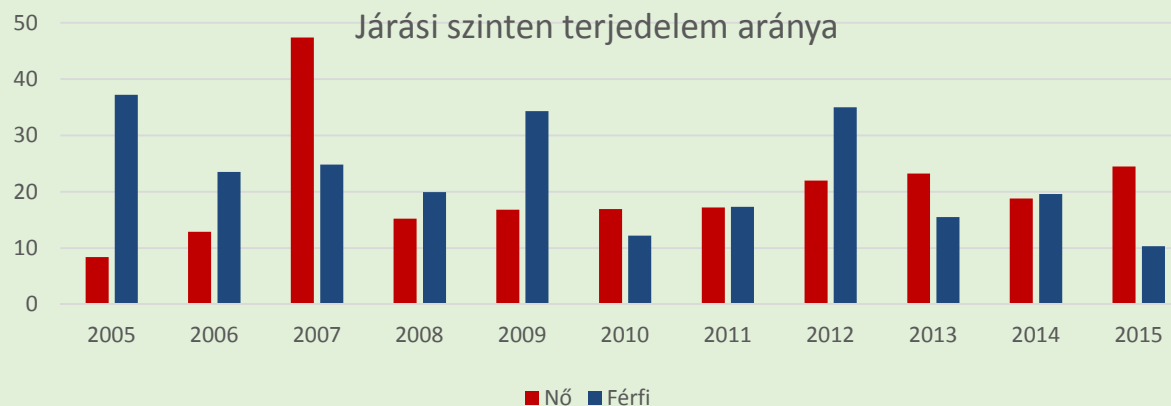
AMI-t követő halálzási arány: 30/90/365 napot követően



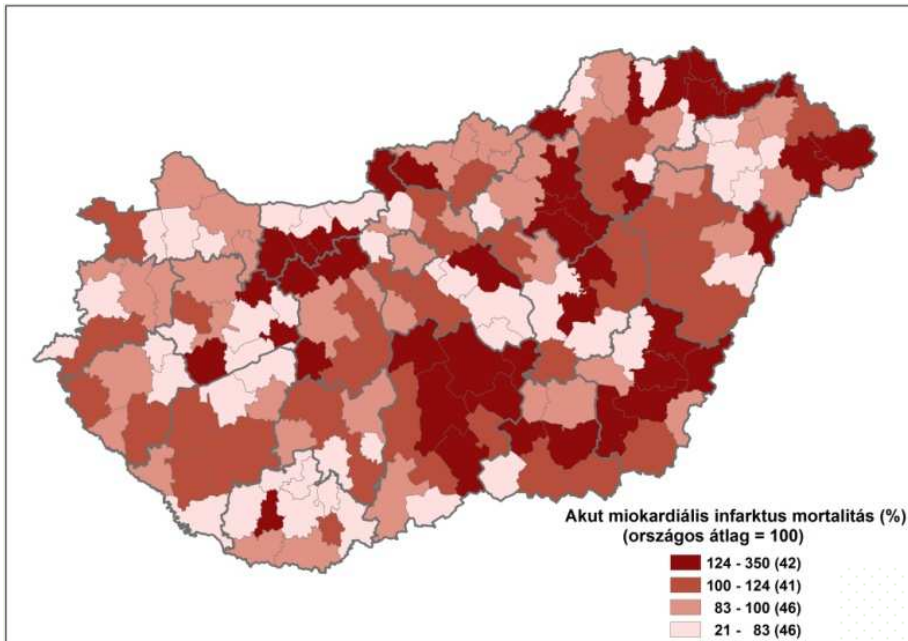
- Mind három kategóriában ~ 2 %-os csökkenés (2011-2015)
- A halálozás a kardiológiai osztályon a legalacsonyabb (11 % - 21,7 %)
- Intenzív osztályon a legmagasabb (34 % - 45,2 %)

Az AMI halálozás járási különbségei

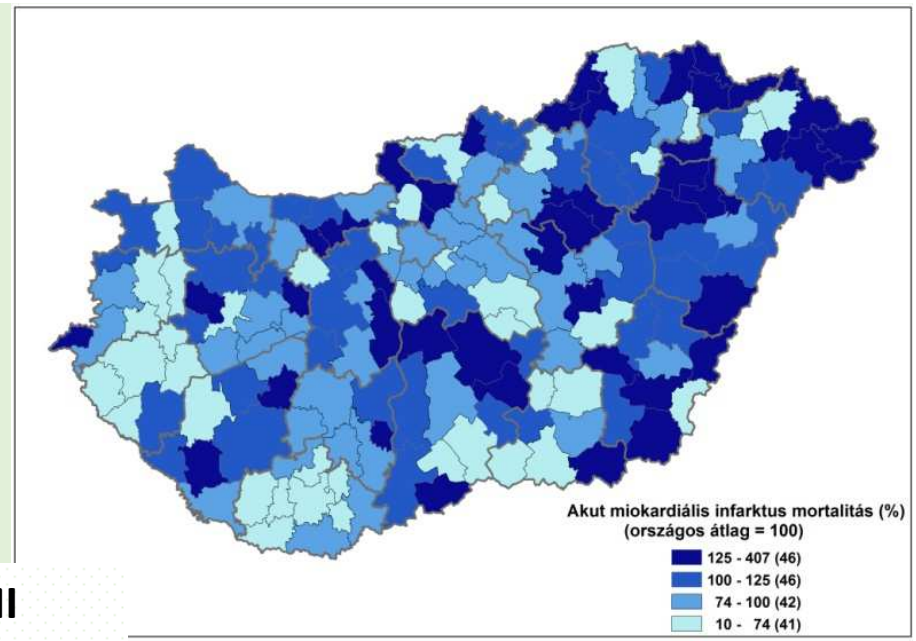
SHA 100.000 főre	Női AMI-halálozás 2005	Női AMI-halálozás 2015	Férfi AMI-halálozás 2005	Férfi AMI-halálozás 2015
Minimumérték	36,2 fő	7,1 fő (-80%)	19,9 fő	25,6 fő (+29%)
Minimumértékkel rendelkező járás	Tiszaújvárosi	Balatonalmádi	Szentlőrinci	Hajdú-böszörményi
Maximumérték	305,1 fő	174,3 fő (-43%)	739,6 fő	262,6 fő (-64%)
Maximumértékkel rendelkező járás	Sátoraljaújhelyi	Váci	Sátoraljaújhelyi	Baktalóránt-házi
Terjedelemkülönbség	268,9 fő	167,2 fő (-38%)	719,7 fő	237,0 fő (-67%)



(Adatok forrása: KSH, NEFI)

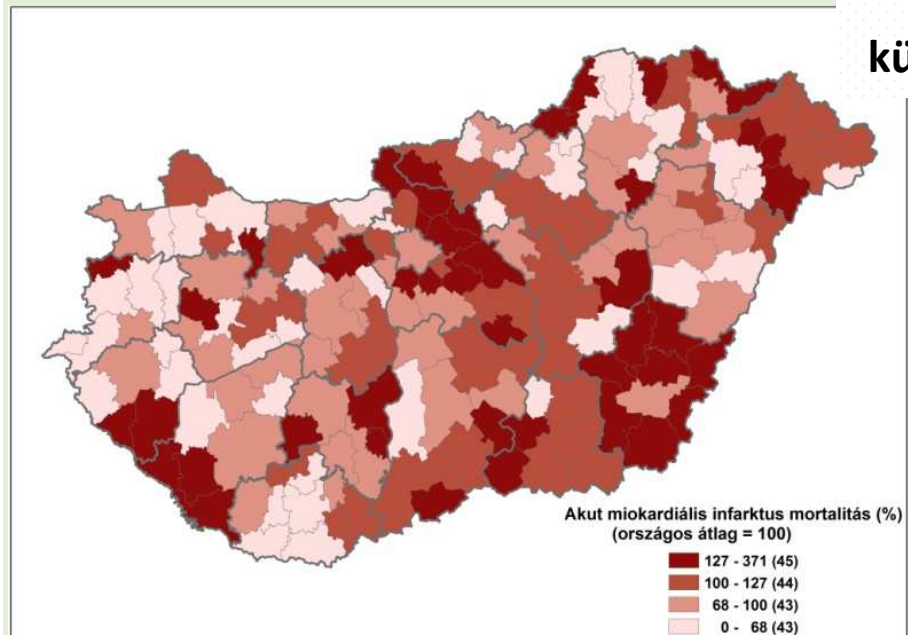


AMI mortalitás, nők, 2005

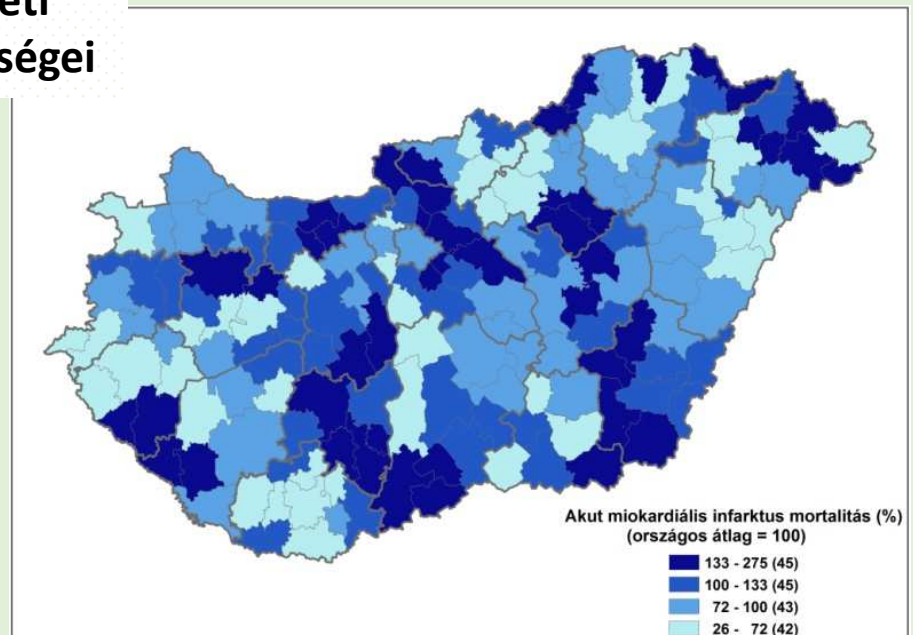


AMI mortalitás, férfiak, 2005

**AMI
halálozás
területi
különbségei**



AMI mortalitás, nők, 2015 (Adatok forrása: KSH, NEFI)



AMI mortalitás, férfiak, 2015

AMI ellátás hatása a mortalitásra

- Az **Európai Kardiológiai Társaság** szerint az AMI mortalitást alapvetően meghatározza:
 - Infarktus korai diagnózisa
 - Kórházi kezelést megelőző ellátás
 - Revaszkularizációs kezelés megkezdéséig eltelt idő
- **AMI-halálozás időbeli alakulása** információhordozó az ellátáshoz való hozzáférés esélyeiről
- **7 napon belüli halálozás** függ: prehospitalis időtől, kórházi sürgősségi ellátástól
- **30 – 365 nap közötti halálozás** függ: rehabilitáció hatékonyságától, szakmai utasítások tartalmától és betartásától, beteg egészségmagatartásától
- **Korai beavatkozás nagyobb esélye:** férfiaknál, fiatalabbaknál, magas vérnyomásos betegeknél
- **PCI-kezelték 7 napon belüli halálozásának nagyobb esélye:** nőknél, idősebbeknél, cukorbetegknél

(Forrás: EUROHOPE, Nemzeti Szívinfarktus Regiszter, MÉRTÉK Jelentés, Belicza et al. 2016; Jánosi et al. 2017, Márk et al. 2015; Vitrai – Bakacs 2011 stb.)

Az AMI ellátási szintjei

- **Akut fázis** (kardiológiai őrző, fekvőbeteg osztály)
 - Modern beavatkozások (PCI, CABG) → revaszkularizáció
 - Rizikófaktorok
 - Mozgáskezelés
 - Beteg állapota, terhelhetősége
- **Lábadozó fázis** (fekvőbeteg osztály, szakambulancia)
 - **Korai szakasz (2-12 hét)**
 - Kockázatfelmérés
 - Pszichoszociális problémák
 - Betegséggel kapcsolatos információk
 - Munkába állás
 - **Késői szakasz (3-6 hónap)**
 - Egészségnevelés
 - Funkcionális állapot
 - Munkába állás
- **Fenntartó fázis** (házi orvos, családtag)
 - Gyakorlati hasznosítás

Rehabilitáció szerepe az AMI mortalitás csökkentésében

- **Rehabilitáció hatással van:**

- A beteg állapotának stabilizálására
- Szövődmények kialakulásának megakadályozására
- Mortalitás csökkentésére

- **Rehabilitáció eredményességét meghatározza:**

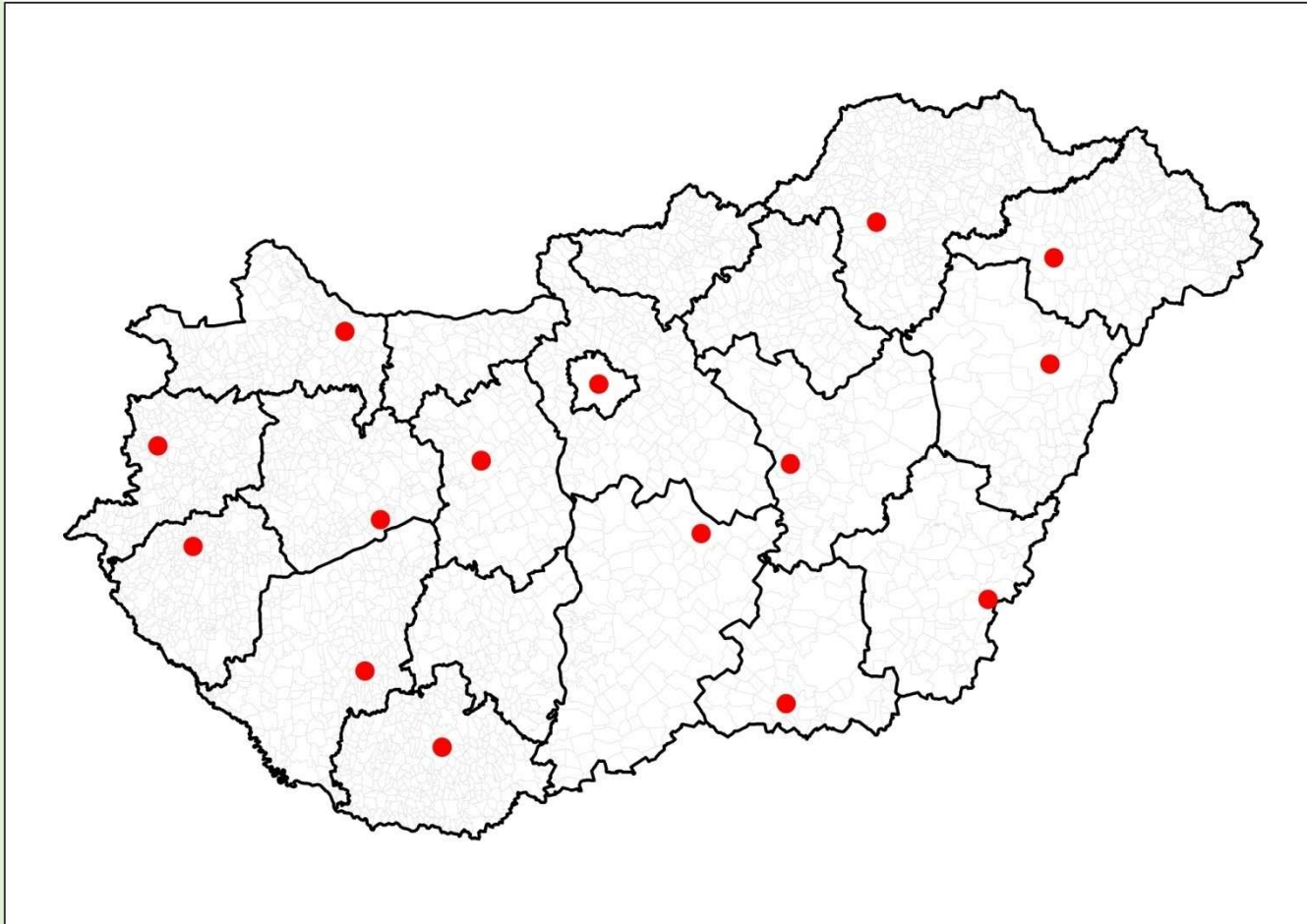
- Beutalási gyakorlatok, protokollok
- Kezelőorvos prevenciós szemlélete
- Beteg hozzáállása → társadalmi-gazdasági tényezők (pl. aktív, fiatal nem vállalja)



Alacsony részvételi arány

- 2. fázis: 30 %-os részvétel
- 3. fázis: nem ismert

A PCI-központok területi elhelyezkedése



- 15 település, 19 centrum (Budapest: 5 db)
- 2005-2006: „hullám” (Győr, Nyíregyháza, Szolnok, Székesfehérvár)
- Elérhetőség: 60 percen belül
- Heves megye ellátása:** Budapestről, Miskolcra és Debrecenről
- Komárom-Esztergom megye ellátása:** Budapestről és Székesfehérvárról
- Nógrád megye ellátása:** Budapestről
- Tolna megye ellátása:** Pécsről és Kaposvárról

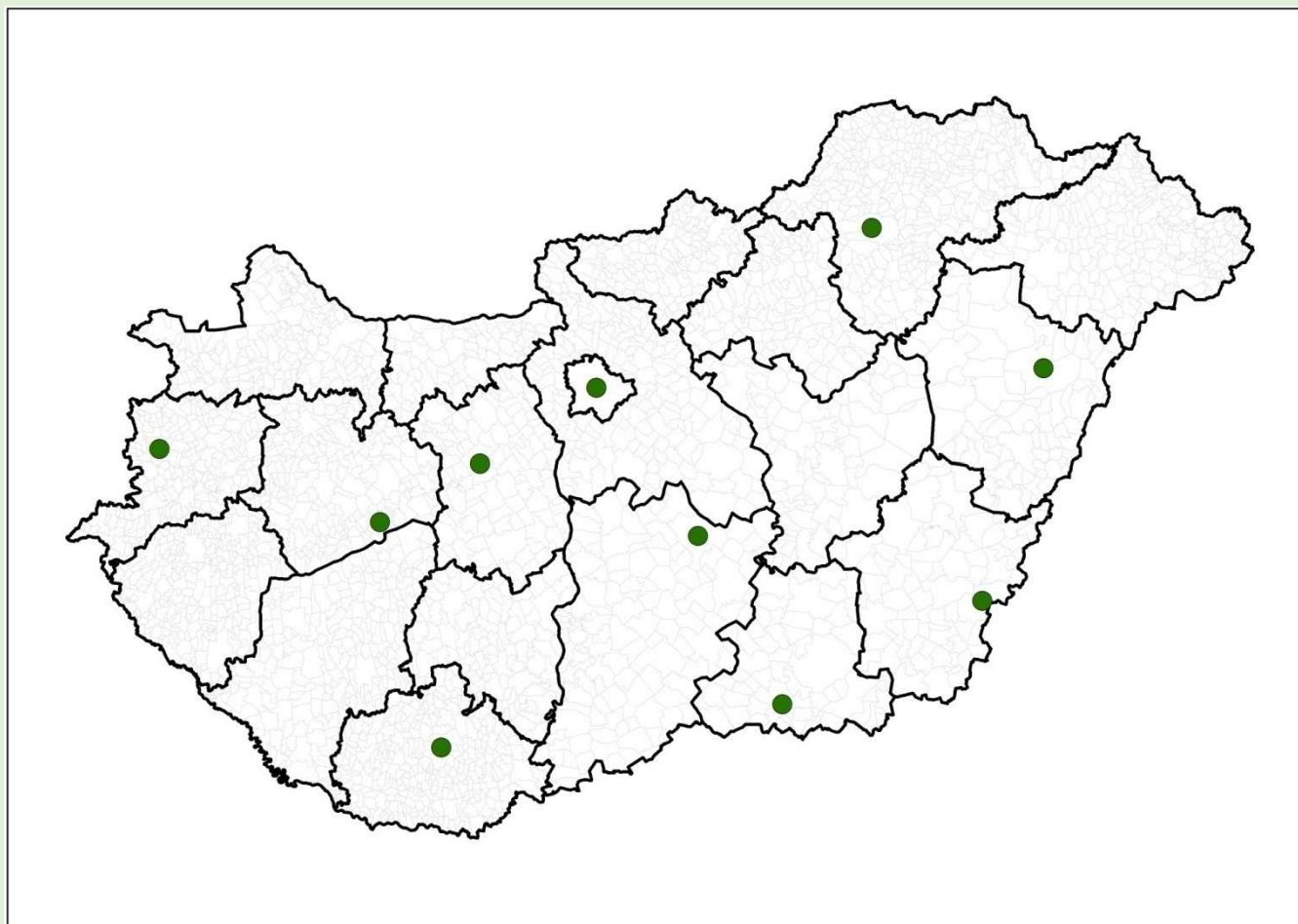
(Forrás: www.weborvos.hu)

A telekardiológia szerepe és jelentősége az AMI ellátásában

- Eszköz: Transztelefonikus EKG (TTEKG)
- Szívritmus problémák
- Mentők, háziorvosi ellátás
- Diagnosztika, sürgősség, rehabilitáció
- Előnyök:
 - Diagnosztizálás, betegút
 - Költséghatékonyság
 - Mellkasi fájdalmak eredete
 - Korházon belüli mortalitás
 - Kórházba való „visszatérés”
 - Alapellátás: konzílium, kompetencia → „kapuőr”

(Forrás: Bán 2017)

A TTEKG központok területi elhelyezkedése



- IMS Kft.
- NEAK által finanszírozott
- 10 település, 16 centrum (Budapest: 6, Szeged: 2)
- 2014-2015: EKG küldés
 - 40 507 akut
 - 193 237 elektív

(Forrás: www.ims.hu)

Összegzés

Szempont	Következtetések
Intézményi	<ul style="list-style-type: none">• Korszerű beavatkozást nyújtó PCI-központok száma, kapacitása és területi elhelyezkedése növeli a túlélési esélyeket.• PCI-központok számának növekedése egyidőben zajlott az AMI-halálozás csökkenésével.• Telekardiológiai központok és szolgáltatások elterjedése hozzájárult az AMI halálozás mérséklődéséhez• Meghatározó a rehabilitáció hatékonysága és igénybevétele a mortalitás csökkentésében
Területi	<ul style="list-style-type: none">• Jelentős területi különbségek tapasztalhatóak járási szinten.• Területi egyenlőtlenségek növekedése főként a női AMI-halálozást érinti.• Területi mintázat alakulásában részben érvényes az ország ny-k megosztottsága.
Szakpolitikai	<ul style="list-style-type: none">• Javuló tendencia a keringési halálozásokban, de Európában jelentős hátrányunk van.• Ellátás hatékonysága és eredményessége összefügg az időben elvégzett beavatkozásokkal.• Túlélési esély növelése függ a prehospitalis idő csökkentésétől.

Kutatás folytatása

- Mintaterület kiválasztása (statisztikai adatok alapján)
- Helyi esettanulmányok készítése
- AMI ellátáshoz való hozzáférés esélye
 - Egyéni tényezők
 - Intézményi tényezők
- Kvalitatív és kvantitatív módszerek
 - Intézményi adatok elemzése
 - Félig strukturált és mélyinterjúk: egészségügyi szereplők
 - Tartalomelemzés: stratégiai dokumentumok

Felhasznált irodalom

- BÁN Attila (2017). A telekardiológia és a TTEKG megjelenése és szerepe az alapellátásban – háziorvosi interjúk tapasztalatai. Interdiszciplináris Magyar Egészségügy (IME), 2017/4. pp. 41-44.
- BELICZA Éva-LÁM Judit-KÓSA István (2016). Az akut myocardialis infarctus főbb hazai ellátási jellemzői 2005-2009 között a EuroHOPE kutatás eredményei alapján. Orvosi Hetilap, 157 (41), 1626-1634.
- EUROSTAT (2016). Amenable and Preventable Deaths Statistics. Eurostat Statistics Explained. Brussels: Eurostat. 2016/May.
- JÁNOSI András-OFNER Péter-AL-MAKTARI Fahmi et al. (2017). A szívinfarktus miatt kezelt betegek ellátása Magyarországon. Orvosi Hetilap, 158 (9), 90-93.
- MÁRK László et al. (2015). Változott-e a szívinfarktus prehospitalis ideje és kezdetének napszaki ingadozása az elmúlt negyed évszázadban a gyulai kórház ellátási területén? In: *Cardiologia Hungarica* 2015. 45. 253-257
- MÉRTÉK Jelentés (2017): Fókuszterület: Szívinfarktus-ellátás. Budapest: ÁEEK.
- VERESS Gábor (2014). Invazív sürgősségi kardiológiai ellátás és rehabilitáció a balatonfüredi Állami Szívkórházban. *Egészségtudomány*, 58 (1), 71-87.
- UZZOLI A. (2017): Egészségegyenlőtlenségek és hozzáférés – esettanulmány a magyarországi keringési rendszeri halálozásokról. V. IRI Társadalomtudományi Konferencia. International Research Institute. Stúrovo, Szlovákia 2017. június 12-13.
- VITRAI József-BAKACS Márta (2011). Tényleg megmentik őket? *LAM*, 21 (11), 678-680.
www.ims.hu
www.weborvos.hu

Köszönöm a megtisztelő figyelmet!

ban@rkk.hu