

K2.1. A szívinfarktus előfordulásának és ellátásának egyenlőtlenségei a munkaerőpiaci összefüggések tükrében¹

UZZOLI ANNAMÁRIA

Évente átlagosan 15 ezer szívinfarktot regisztrálnak Magyarországon, és közel 40 százalékuk, hat-ezer ember halálát okozza ez a betegség. A Nemzeti Szívinfarktus Regiszter (<https://ir.kardio.hu/ir/fooldal>) adatai alapján a betegek mintegy harmada 60 év alatti, általában 20–25 százalékkal több férfi kap infarktot, és közülük másfélszer többen bele is halnak, mint a nők. Az infarktus miatti korai halálozás leginkább a középkorú férfiakat veszélyezteti, míg a nőket főleg idősebb korban érinti a betegség (Jánosi, 2019). A szívinfarktus tehát az aktív korú népességet erőteljesen érinti, így a megbetegedésekben és a halálozásokban tapasztalható hazai egyenlőtlenségek komoly munkaerőpiaci következményekkel is együtt járnak.

Javuló hozzáférés, csökkenő halálozás, növekvő területi különbségek

A szívinfarktus korszerű ellátásának, a szívkatéteres beavatkozásnak a fejlesztése a 2000-es évek közepén kezdődött Magyarországon, ami által felére csökkent a halálozási arányszám. Az ellátási feltételek és a hozzáférés esélyei ugyan javultak, mégis ellentmondásos helyzet alakult ki. Európai összehasonlításban még mindig sokan betegszenek meg – és bár a többségük életét megmentik – 2014 után kismértékben romlottak a hosszú távú túlélési esélyek (Uzzoli, 2020).

A szívinfarktus előfordulásában és ellátásában meglévő egyenlőtlenségek területileg, nemek szerint és az infarktusellátás egyes szakaszai alapján jelentkeznek. Az országon belül számottevők a területi különbségek: a nők infarktushalálozása nö-

vekedett a 2008/2009-es válság után (Tóth és szerzőtársai, 2018). A magasabb halálozási arány főként a kórházaktól távolabbi helyeket érinti, például az észak- és délkeleti vagy a délnyugati országhatár mentén fekvő térségeket (K2.1.1. ábra).

Jellemző a budapesti agglomeráció megosztottsága is, hiszen az északi és déli területeken akár ötször nagyobb lehet a halálozás gyakorisága, mint az agglomeráció nyugati részeiben. A 2000-es évek közepétől a szívkatéteres ellátás széles körű elterjedésével a halálozási arányszám országosan a felére csökkent, de ez főleg a rövid távú túlélési esélyekben mutatkozott meg, míg a hosszú távú túlélési esélyek inkább romlottak.

Ugyanakkor a hozzáférés esélyeinek javulása nem járt együtt a megbetegedések nagyobb mértékű mérséklődésével, sőt a 2010-es évek közepére a férfiaknál enyhén nőtt a szívinfarktus-megbetegedések aránya. Ráadásul a betegség előfordulási gyakorisága az elmúlt években enyhén növekedett a fiatalabb (40–60 év közötti) korosztályokban (Uzzoli és szerzőtársai, 2019). A betegek kevesebb mint 40 százaléka vesz részt a rehabilitációban, aminek pedig elsődleges szerepe van a fizikai aktivitás visszaállításában és az életkilátások növelésében (Mérték, 2017).

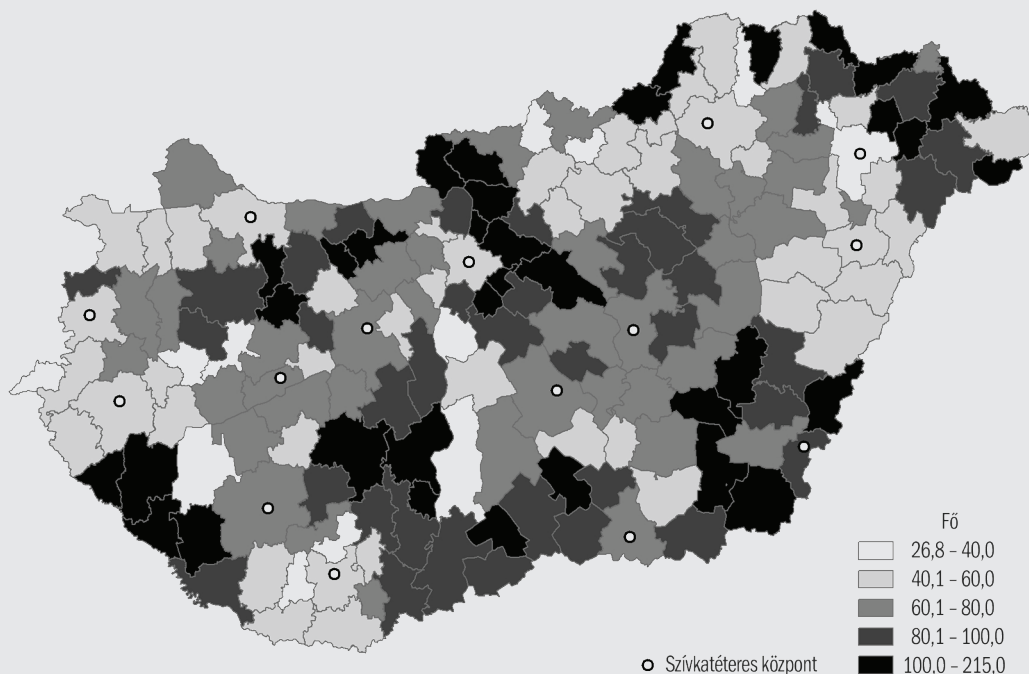
Mi az oka annak, hogy a szívkatéteres ellátáshoz való hozzáférés javítása mégsem egyenlő mértékben érintette a betegeket? A kérdés megválaszolására interjúk készültek Békés megyében 2018-ban a kardiológiai ellátás fontos szereplőivel (mentősökkel, orvosokkal, nővérekkel, dietetikusokkal, gyógytornászokkal stb.), valamint magukkal a betegekkel.

Munkaerőpiaci összefüggések

Az interjúk tapasztalatainak feldolgozása számos adalékkal szolgált a magyarországi szívinfarktus-helyzet és a munkaerőpiaci hatások közötti összefüggések megértéséhez. A 60 év alatti, azaz aktív korú betegek megmentése, később pedig munkaképességük helyreállítása nemzetgazdasági érdek

¹ A tanulmány alapját képező kutatás a K 119574 számú projekt támogatásával készült, amely a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alap finanszírozásában valósult meg (<https://egeszseguyihozzaferhetoseg.wordpress.com/>).

K2.1.1. ábra: Az akut miokardiális infarktus standardizált halálozási arányszám a járásokban 2015-ben (fő/100 ezer lakos)



Adatok forrása: ksh.hu, nefi.hu.

is. Több mint háromszoros különbség is lehet a járások között abban, hogy milyen arányban kap szívinfarktust ez a korosztály. Az aktív korú megbetegedettek területi koncentrációja szembevetendő Északkelet- és Délnyugat-Magyarország határmenti területein.

Az interjúkban részt vevő egészségügyi szakemberek és betegek egybehangzó véleménye alapján a következő feltételek relevánsak munkaerőpiaci szempontból a betegség kialakulásában és a kardiológiai ellátáshoz való hozzáférésben:

1. Munkahelyi stressz: a betegség kockázati tényezői között (például dohányzás, egészségtelen életmód) meghatározók a stresszhatások, amelyek kiváltó okainak nagy része éppen a munkahelyhez köthető.

„Nemcsak a munkahelyen kell megfelelni, hanem rohantam a másodállásba, hogy valamiből megéljünk.” (53 éves férfi beteg.)

2. Jövedelemkiesés: gyakori, hogy az aktív korú betegek nem vállalják a többhetes fekvőbeteg-rehabilitációt azért, hogy minél hamarabb újból munkába állhassanak, ezzel csökkentve az esélyt a betegség előtti életminőség visszaállítására.

„Kevesen tudják megtenni a teljes életmódváltást, és azt, hogy másként álljanak a munkához, ... mert sokan féltik a munkájukat, egzisztenciájukat.” (Kardiológiai diplomás ápoló.)

3. Megváltozott munkaképesség: ha a beteg nem kapja meg vagy nem vállalja a rehabilitációt, és nem történik meg az életmódváltás, akkor nagyobb a valószínűsége az újabb infarktusnak és a komoly szövődményeknek. Ezek már rövid távon a beteg munkaképességének megváltozásához, így legtöbbször romló munkaerőpiaci pozícióhoz vezethetnek.

„Ha vége [a rehabilitációnak], akkor elkezdem a leszázalékolást. Aztán keresni kell valamit. Ha nem találok meg azt a munkát, amire elengednek,

nekem akkor is pénz kell... nem akarom elhagyni magamat, 44 évesen nem az a célom, hogy otthon legyek.” (44 éves női beteg.)

Általános tapasztalat, hogy a szívkatéteres ellátáshoz való hozzáférés javulása az egyéni felelősségérzet gyengülését eredményezte. A gyors és hatékony beavatkozás miatt egyes betegeknél nem, vagy csak kismértékben alakul ki betegségtudat, amely pedig akadályozza az orvosi utasítások szigorú betartását, az eredményes orvos–beteg együttműködést és a rehabilitációban való részvételt (*Uzzoli és szerzőtársai 2019*).

Javaslatok

A kutatási eredményeken alapuló szakpolitikai javaslatok egy része felhívja a döntéshozók figyelmét

arra, hogy a magyarországi szívinfarktus-megbetegedések és halálozások további csökkentése közvetlenül is kedvező munkaerőpiaci hatásokkal jár. A jövőben nagyobb arányban kell bevonni a rehabilitációs programokba az aktív korú betegeket – akár ambuláns keretek között is –, ami fontos szerepet játszik az újabb infarktus elkerülésében, a munkaképesség visszaállításában, a jó életminőség biztosításában és végső soron a túlélési esélyek növelésében. Emellett az infarktussal kapcsolatos betegedukáció fejlesztésében hangsúlyozni kell a munkahelyi stressz kezelésének különböző lehetőségeit. A tartós életmódváltáson és a megfelelő fizikai aktivitáson alapuló stabil állapot fenntartásában az üzemorvosi ellátás szerepét is meg kell erősíteni.

Hivatkozások

JÁNOSI ANDRÁS (2019): Adatok a szívinfarktus miatt kezelt betegek ellátásának helyzetéről. *Nemzeti Szívinfarktus Regiszter 2014–2018*. *Cardiologia Hungarica*, Vol. 49. 249–254. o. <https://doi.org/10.26430/CHUNGARICA.2019.49.4.249>.

MÉRTÉK (2017): *Fókuszterület: Szívinfarktus-ellátás*. ÁEEK, Budapest, 49 o.

TÓTH GERGELY–BÁN ATTILA–VITRAI JÓZSEF–UZZOLI ANNAMÁRIA (2018): Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepe az egészségügyenlétlenségekben. *A szívizominfarktus-megbetegedések és -halálozások*

területi különbségei. *Területi Statisztika*, 58. évf. 4. sz. 346–379. o.

UZZOLI ANNAMÁRIA (2020): *Miért halnak meg ilyen sokan szívrohamban Magyarországon?* *Portfolio–KRTK Blog*, 4.

UZZOLI ANNAMÁRIA–PÁL VIKTOR–BEKE SZILVIA–BÁN ATTILA (2019): Egészségügyenlétlenség, hozzáférés, térbeliség. *A szívizominfarktus ellátásának néhány földrajzi jellegzetessége Magyarországon*. *Földrajzi Közlemények*, 143. évf. 2. sz. 107–123. o. <https://doi.org/10.32643/fk.143.2.2>.