

ECONOVUM AKADÉMIA PROFESSZOROK VEZETŐKÉPZŐ KÖZPONTJA KFT.

Felnőttképzési nyilvántartási szám: 01-0628-05

Felnőttképzési Akkreditáló Testület (FAT) lajstromszáma: AL-0835

**ECONOVUM AKADÉMIA
PROFESSZOROK VEZETŐKÉPZŐ KÖZPONTJA KFT**

Felnőttképzésben DBA képesítés

A szív és érrendszeri prevenció marketing alapú megközelítése

Készítette: Csuka Domokos

2012.

KIVONAT

A szív és érrendszeri prevenció marketing alapú megközelítése

A WHO szerint a „nem fertőző betegségek”, mint a szív és érrendszeri betegségek, a rák, a cukorbetegség és a súlyos légzőszervi betegség, a COPD világméretű és egyre növekvő problémát jelentenek. Világszinten évente az 57 millióból 36 millió haláleset tulajdonítható ezeknek a betegségeknek és ezek közül is 9 millió ember hatvan éves kora előtt hal meg. A tendencia romló, és a fejlődő világra is áttért. A Világgazdasági Fórum és a Harvard School of Public Health által közzétett becslés szerint 2005 és 2030 között a nem fertőző betegségek 25 trillió eurós veszteséget okoznak majd a globális gazdaságnak.

A problémát 2011 szeptemberében az ENSZ közgyűlése is tárgyalta és felhívta a tagállamokat a megelőzést célzó cselekvési programok véghezvitelére. Az Európai Parlament hasonló tartalmú állásfoglalással csatlakozott a határozathoz. Támogatták a WHO célkitűzését, 2025-re a nem fertőző betegségek által okozott megelőzhető halálozás 25%-os csökkentését a 2010-es bázishoz képest. Rámutattak, hogy jelenleg az egészségügyi kiadásoknak csak 3%-át fordítják megelőzésre és ezzel összefüggésben sürgetik a megelőzést célzó kutatásokat és megfelelő prevenciók stratégiák kidolgozását.

Dolgozatom ezt a kérdéskört dolgozza fel, középpontjában a szív és érrendszeri prevencióval. Nyolc tézist állítok fel, amelyek vizsgálata a probléma felvázolásától a lehetséges megoldásig vezetve vezérfonalként segíti a korántsem egyszerű téma feldolgozását.

Az átfogó népegészségügyi helyzetkép bemutatása mellett a témakör tárgyalása nem nélkülözhet orvosi tárgyú fejezetet sem, mivel bizonyos ismeretek szükségesek a problémakör megértéséhez. Így bemutatom a legjellemzőbb szív és érrendszeri betegségek legfőbb kiváltó okait, rizikófaktorait is. Elemzem a megelőzést szolgáló törekvéseket, módszereket és a főbb szerepvállalókat. Bemutatom, hogy jelenleg a csekély állami szerepvállalás mellett valójában kiterjedt, túlnyomórészt piaci szemléletű „prevenciók tevékenység” zajlik, amely egy tehetősebb réteget céloz meg.

Az anyagban nagy súllyal szerepelnek a megelőzés célcsoportját képező emberek szociológiai, pszichológiai és egyéb viszonyait elemző részek, mivel a hatékony prevenció csak generációk alatt megcsontosodott életviteli modellek önkéntes megváltoztatásán alapulhat. Ugyanígy fontos azoknak a marketing módszereknek a vizsgálata is, amellyel ezt a célt el kívánjuk érni. Az alapgondolat az, hogy a prevenciót, mint egy kívánatos terméket „értékesítjük” a veszélyeztetett célcsoport számára. Valójában a páciens mint „vásárló” tételezendő fel, hiszen az egészségért egyébként kellemesnek tartott szokások feladásával kell fizetnie, ismervén azt a tényt, hogy a legtöbb probléma az egészségkárosító életvitel eredménye.

Mivel a dolgozat logikája szerinti prevencióban „értékesítés” és „vásárlás” zajlik, értelemszerűen a tranzakció tárgyát, a „prevenciót” is a legkorszerűbb árumarketing elvek szerint célszerű kialakítani. Az értékesítési feladat kulcseleme az alkalmazott marketing kommunikáció. Ebben sajátos szempontok miatt különös hangsúlyt kapnak a közösségi hálózatok adta lehetőségek. Az eddig felsorolt fejezetek bemutatják azokat az elveket, amelyek egy innovatív prevenció modell kialakításánál célszerűen figyelembe veendőek. Az utolsó fejezet a teljesség igénye nélkül vázolja fel egy lehetséges szív és érrendszeri prevenció modell főbb elemeit, azzal a nem titkolt szándékkal, hogy a nem túl távoli jövőben ez a modell akár a hazai szív és érrendszeri prevenció alapmodellje is lehessen.

Reményeim szerint disszertációm tézisei kifejtésük révén igazolást is nyernek. Bár a jelenlegi helyzetről nem festhetek derűs képet, de a probléma felismerése már módot adhat annak megoldására is. A prevenció marketing megközelítése, termékszemplélete újszerűnek tűnhet, de a téma feldolgozása, kifejtése remélhetőleg igazolja a módszer választását. A termékszemplélet elfogadása után már könnyebben értelmezhető az emberek tájékoztatását és meggyőzését szolgáló hagyományos és újabb marketing módszer javaslatok is.

Dolgozatom egy nagy társadalmi jelentőségű téma egy lehetséges megoldásának „gondolat kísérlete”. Nagy örömet okozna, ha ezt az elméletet a gyakorlat próbájának is alá lehetne vetni, abban a reményben, hogy a korai felismerés és alkalmas életmódváltás vagy célzott terápia számos ember életét tarthatná jó mederben. Egy jól működő magyar megoldás a külföldi útkereséseket látva egy jól kommunikálható „szellemi exportcikkünk” is lehetne.

ABSTRACT

Marketing based Approach of Cardio-Vascular Prevention

According to the WHO, “non communicable diseases” such as cardio-vascular diseases, cancer, diabetes and the severe respiratory disease, COPD represent a global and ever increasing problem. At global level, of the 57 million death cases per year, 36 million cases are attributable to the above diseases, and of those 9 million people die before they reach the age of 60. The tendency is worsening and has also spread to the developing world. Pursuant to an estimation published by the World Economic Forum and Harvard School of Public Health, between 2005 and 2030 non communicable diseases shall cause a loss of EUR 25 trillion to the global economy.

In September 2011 the problem was also addressed by the UN General Assembly, and they requested the member states to implement the action programmes aimed at prevention. The European Parliament joined the decision by a resolution of similar content. They were in support of the WHO’s objective to reduce preventable death cases caused by non communicable diseases by 25% by the year 2025, as compared to the year 2010 basis. They pointed out that currently only 3% of health care expenditure is spent on prevention, and in this context they urge research aimed at prevention and the elaboration of proper prevention strategies.

My thesis focuses on this scope of issues, with cardio-vascular prevention as its core topic. I put forward eight theories, the examination of which supports the processing of this by no means simple topic as a directive, guided from the drafting of the problem to the possible solution.

In addition to the presentation of a general survey on public health, the discussion of the topic must also include a chapter on medical aspects, for there is certain knowledge required to understand the problem area. Thus I shall also present the key triggering causes and risk factors of the most typical cardio-vascular diseases. I shall analyse endeavours and methods serving the aim of prevention, as well as major participants. I shall demonstrate that currently, in line with a minor role undertaken by the state, in fact there is an extended “prevention activity” mostly subject to market approach ongoing, targeting a more affluent class.

In the document, major emphasis is laid on the sections analysing the sociological, psychological and other relations of the persons comprising the target group for prevention, for

efficient prevention may only be based on voluntary change of lifestyle models turned into stone throughout generations. At the same time, is also important to examine the marketing methods by which this objective should be achieved. The basic idea is to “sell” prevention as a desirable product to the target group at risk. In reality, the patient should be viewed as a “customer”, because he has to pay for health by giving up habits otherwise considered to be pleasant, in view of the fact that most problems are the result of a lifestyle that has adverse health effects.

Since the prevention as per the logic of the thesis is based upon “sale” and “purchase”, obviously the subject of the transaction, i.e. “prevention” should be established along the most modern goods marketing principles. The key element of the sales task is the marketing communication applied. In this process, due to particular aspects, the opportunities provided by community networks shall be given special emphasis. The chapters listed so far present the principles that should be taken into account at the establishment of an innovative prevention model. The last chapter outlines a non-exhaustive list of the key elements of a potential cardio-vascular prevention model, with the clear intention that this model could even serve as the basic model for national cardio-vascular prevention in the not too distant future.

My hope is that the arguments of my thesis shall also be justified by the exposition thereof. Although I cannot draw a reassuring image of the current situation, the recognition of the problem may now provide a way for its solution. The approach of prevention from a marketing aspect and its perception as a product may appear as a novel method, but the processing and explication of the topic will hopefully justify the choice of this method. After the acceptance of the perception of the product, it will also be easier to interpret the suggestions regarding traditional and recent marketing methods serving the purpose of informing and convincing people.

My paper is a “thought experiment” regarding one possible solution of a topic of high social importance. It would be great to have this theory tested in practice, in the hope that early recognition and a proper change of lifestyle or targeted therapies could maintain the lives of several people on the right track. In view of the foreign search for solutions, a well-functioning Hungarian solution could also be a “export product” of Hungary that can be well communicated.

Tartalomjegyzék

1. Bevezetés.....	5
2. Tézisek.....	6
3. A feldolgozás módszere	8
4. Egészségügyi helyzetkép 2012.....	12
4.1.1. NCD - a Nem Fertőző Betegségek.....	13
4.1.2. Halálozási statisztikák	14
4.1.3. Trendek.....	15
4.1.4. WHO célkitűzések.....	15
4.2. Az American Heart Association 2012-es jelentése	16
4.3. Európai helyzetkép.....	17
4.3.1. Európai statisztikák.....	17
4.3.2. Országok szerinti megoszlás	19
4.3.3. Alacsony és magas rizikójú európai országok.....	20
4.3.4. Költségek	24
4.4. A Nem Fertőző Betegségek az ENSZ közgyűlés előtt	26
4.5. A magyarországi adatok.....	28
4.5.1. A WHO megállapításai Magyarországról	29
4.5.2. Összehasonlító adatok.....	30
4.5.3. Társadalmi egyenlőtlenségek	33
4.5.4. A cigányság egészségi állapota	34
4.6. Következtetések.....	36
5. A szív és érrendszeri betegségek kockázatbecslése	37
5.1. Az érrelmeszesedés	37
5.2. A klasszikus rizikófaktorokon alapuló kardiovaszkuláris rizikóbecslés korlátai	39
5.3. Miért kell mérni az artériás funkciót?.....	41
5.4. Az artériás stiffness jelentősége a kardiovaszkuláris diagnosztikában és terápiában.....	43
5.5. A kockázati tényezőkről általában	45
5.6. A női infarktus.....	46
5.7. Következtetések.....	47
6. Prevenció klasszikus értelmezésben.....	48
6.1. Primer és szekunder prevenció.....	48
6.2. A prevenció alanyai.....	49
6.3. Hagyományos prevenciók irányelvek.....	50

6.4.	Prevenációs kormányzati törekvések külföldön	50
6.4.1.	USA - a SHAPE study	50
6.4.2.	Anglia- NHS: Putting Prevention First.....	51
6.5.	Állami prevenció Magyarországon.....	54
6.5.1.	Irányelvek általában.....	54
6.5.2.	A törvényi szabályozású prevenció visszhangja.....	58
6.5.3.	Megvalósulás	60
6.6.	Kölsön-e az állam prevencióra?.....	61
6.7.	Civil prevenció kezdeményezések	62
6.7.1.	Szakmai kezdeményezések.....	64
6.8.	Prevenció üzleti háttérrel.....	65
6.8.1.	Nagygyűk az üzleti alapú prevencióban.....	67
6.8.2.	Nemzetközi trendek.....	70
6.9.	Következtetések.....	73
7.	A prevenció alanya a páciens	74
7.1.	Szegmentálás	75
7.2.	A jellemző célcsoportok.....	76
7.2.1.	Szegmentálás B2C alapon.....	76
7.2.2.	Szegmentálás B2B alapon.....	79
7.3.	A páciens nem csak egyén – a társadalmi beágyazódás.....	84
7.3.1.	A páciensek kommunikációs környezete.....	84
7.3.2.	Az ismerősök.....	85
7.3.3.	Fogyasztói csoportok.....	85
7.3.4.	A példaképek	86
7.3.5.	Az orvosok	86
7.3.6.	A televízió	87
7.3.7.	Az írott sajtó.....	88
7.3.8.	Az internet	89
7.3.9.	Közösségi oldalak.....	90
7.4.	Az információ elfogadásának aspektusai.....	90
7.4.1.	Hiedelmek.....	91
7.4.2.	Az információ hitelessége.....	92
7.4.3.	Miért téves szinte minden, amit az orvoslásról hallunk?	92
7.4.4.	Megélhetési tudomány.....	96
7.4.5.	Beteggyüttműködés, Compliance-Adherence.....	101
7.4.6.	Mit ért meg a beteg?	105
7.4.7.	Digitális és egészségügyi íráskészség.....	106
7.4.8.	Hiteles orvosi információ az interneten	106
7.5.	Következtetések.....	110
8.	A prevenció termékmarketing szemlélete	111

8.1.	Termékkialakítás a vevőérték-hierarchia alapján	112
8.2.	Termékkialakítás új rizikófaktorokkal és mérési módszerekkel.....	114
8.2.1.	Új rizikófaktorok a rizikó meghatározásban	114
8.2.2.	Új mérőeszközök a prevenció szolgálatában.....	117
8.3.	Egyedi termékdöntések	119
8.3.1.	Márkaépítés.....	119
8.3.2.	A márka értéke	119
8.3.3.	A márkaimázs típusai.....	121
8.3.4.	Márka-kasztok	122
8.3.5.	Az attribúció.....	123
8.3.6.	Valorizáció	124
8.3.7.	A szlogen, a márkaépítés alapköve.....	124
8.3.8.	A márkaszemélyiség	125
8.4.	A termékéletgörbe- korai elfogadók.....	125
8.5.	Marketing mix	127
8.5.1.	4P alapú elemzés	127
8.5.2.	A 7P marketingmix értelmezések	128
8.6.	Következtetések.....	129
9.	A páciens mint vásárló.....	130
9.1.	Mit vásárolnak az emberek a prevencióval	131
9.2.	A kockázat értékelése a páciens szemszögéből.....	131
9.2.1.	Az agy és a modern kockázatok.....	131
9.2.2.	Gazdasági kockázatvállalás a gyakorlatban	133
9.3.	Bizonytalanság elkerülése.....	136
9.4.	A vásárlói döntések neurológiai háttere.....	137
9.4.1.	Neuro ökonómia – bevásárló központ az agyban	138
9.4.2.	Megfejtették a Coca-Cola-effektus rejtélyét	139
9.4.3.	Neuroetika	141
9.5.	A szociálpszichológia szempontjai	142
9.5.1.	A konformitás és kognitív disszonancia.....	143
9.6.	A vásárlói döntési folyamat modelljei.....	144
9.6.1.	AIDA és az ötlépcsős modell.....	144
9.6.2.	A digitális fogyasztó másképpen dönt.....	145
9.7.	A befolyásolás pszichológiája.....	147
9.7.1.	Rögzített viselkedési minták.....	148
9.7.2.	A kölcsönösség elve	149
9.7.3.	Elkötelezettség és következetesség elve.....	149
9.7.4.	Társadalmi bizonyíték elve	150
9.7.5.	A rokonszenv elve.....	151
9.7.6.	A tekintély elve	152

9.7.7.	A hiány elve.....	153
9.8.	Következtetések.....	153
10.	A prevenció marketing kommunikációja	155
10.1.1.	Pozicionálás	156
10.2.	Reklám sajátosságok.....	157
10.2.1.	A reklámkommunikáció radikalizálódása	158
10.2.2.	Sokkoló reklámok	158
10.3.	Értékesítés ösztönzési módszerek	161
10.3.1.	A PR jelentősége.....	161
10.4.	Az ingerküszöb: az arizónai példa	165
10.5.	Web, e-mail, blog.....	167
10.6.	Meskó Berci.....	170
10.7.	A szociális média	172
10.8.	Szociális hálózatok	173
10.8.1.	Közösségi oldalak	174
10.8.2.	Videomegosztók.....	178
10.8.3.	Mobil alkalmazások.....	179
11.	Prevenációs modell	184
11.1.	Paradigmaváltás szükséges a prevencióban	185
11.2.	A Szíverősítő® Program bemutatása.....	186
12.	Összefoglalás	202
13.	Irodalomjegyzék.....	203
14.	Függelék	209

1. Bevezetés

Apai nagyapám ötven évesen halt meg az utcán szívinfarktusból. Édesapám egyik lábát ötven évesen amputálták érszűkület miatt. Ezt egy túlélte infarktus majd a másik lábának amputációja követte pár éven belül. Végül hatvanhét évesen halt meg szívelégtelenségben. Példájukat látva a legutóbbi évekig biztos voltam benne, hogy én is infarktusból halok majd meg valahol ötven és hatvan éves korom között.

Harminc éve dolgozom az egészségügyben, alapvetően intenzív osztályok és szívsebészeti műtők őrzőmonitoraival. Megfordultam szinte minden kórház intenzív osztályán és részt vettem néhány szívműtéten is. Hosszan tudok orvosokkal szakmai beszélgetést folytatni, anélkül, hogy kiderülne, valójában villamosmérnök vagyok. Sok éve tudom, hogy a kezeletlen magas vérnyomás egyik legfőbb rizikófaktora az infarktusból vagy az agyvérzésnek. Azt is sok éve tudom, hogy magas a vérnyomásom. A közelmúltig kezeletlenül volt magas.

A magas vérnyomás ritkán okoz tüneteket. Csendben pusztít. Például nagyobb munkát ró a szívre, amit az a szívizom megvastagodásával büntet. A vastagabb szívizom szemben például a bicepszsel nem tud jobb munkát végezni. Kevesebb vért pumpál, hamarabb elfárad az ember. Ekkor sajnos már késő megelőzésen gondolkodni.

Hét éve foglalkozom a szív és érrendszeri betegségekhez vezető rizikófaktorokkal. Ez a munka vezetett arra a felismerésre, hogy nem sokat várhatunk az átlagemberektől, ha én az említett előzmények mellett sem vettem komolyan ezt a kérdést. Sokan gondolják úgy, hogy az infarktus elkerülhetetlen. Vagy elér valakit, vagy nem, de semmit sem tehetünk ellene. A rákról pedig úgy tudjuk, hogy szűréssel idejében felfedezhető és akkor akár gyógyítható is. Van intézményes rákszűrés, de nincs ilyen jellegű szív és érrendszeri szűrés. Ez is erősítheti azt az általános vélelmet, hogy az infarktust vagy agyvérzést nem is lehet megelőzni.

Értekezésem célja ennek a problémakörnek a feldolgozása. Korábbi közgazdaságtani tanulmányaim alapján úgy gondolom, hogy a téma tágabb értelmezésű marketing szemlélettel való kezelése érdekes aspektust kínál egy lehetséges prevenciós stratégia majdani kidolgozásához.

2. Tézisek

A 2012-es aktuális helyzet értékelése alapján a következő téziseket fogalmazhatom meg:

1. *A szív és érrendszeri betegségek elterjedtségük, társadalmi és gazdasági terheik miatt a ma legnagyobb problémát jelentő „Nem fertőző betegségek” csoportján belül is dominánsak, ezért megelőzésükre is kiemelt figyelmet kell fordítani. A megelőzés a probléma pontos meghatározásán alapul, ezért a betegségcsoport számos aspektusát meg kell ismerni a leghatékonyabb prevenciók stratégia megtervezése érdekében.*

2. *A szív és érrendszeri betegségek kialakulásában legnagyobb mértékben az egészségtelen életmódból eredő kockázati tényezők játszanak szerepet, ezért a megelőzés alapja a betegséghez vezető rizikófaktorok gondos és egyénre szabott meghatározása, felhasználva az elmúlt évtized erre vonatkozó tudományos eredményeit is.*

3. *A „prevenciók piacán” ma több szereplő is működik, így az új piacra lépők versenyhelyezettel szembesülnek. A piacra jelenleg csekély hatása van az államnak és a civil szervezeteknek, de annál jelentősebb az „egészségipar” szereplőinek gazdasági súlya és aktivitása.*

4. *Az emberek fejében a betegségek megelőzésével kapcsolatban tradicionális, pszichológiai és szociális gátak vannak, amiket fel kell ismerni és a hatékony prevencióhoz tudatosan le kell bontani. Az embereket, mint a prevenció célcsoportját a piaci helyzetnek megfelelően szegmentálni kell, és tanulmányozni kell a célcsoportok preferenciáit, pszichológiai, szociológiai és egyéb viszonyait a prevenciók üzenet hatékony kommunikálása érdekében.*

5. *A prevenciót a termékmarketing elvekre épülő komplexitással, egy új termék kialakításához hasonló gondossággal kell felépíteni. Az új, innovatív megoldások nélkülözhetetlenek az eredményes „piacra lépéshez”. A marketing mix elemeit sajátoságos értelmezésben itt is alkalmazni kell.*

6. *A célcsoportok megközelítésekor a csoport „vásárlói” attitűdjeit gondosan meg kell vizsgálni és más, bevált marketing módszerek mellett a „nemes cél érdekében” a befolyásolás pszichológiáját is érdemes alkalmazni. Olyan „terméknél”, mint a prevenció érdemes vizsgálni az emberek „bizonytalanság kerülése” beidegződéseit. A neuroökonómia kezdeti eredményei is figyelemre méltóak az emberek termékválasztással kapcsolatos érzelmi alapú döntéseinek magyarázatában, amely megfigyelések a „márkázás” fontosságát emelik ki.*

7. *A prevenció kommunikációja kiemelkedően fontos tényező, ezért gondos elemzést és tervezést igényel. Tudnunk kell, hogy kinek, milyen üzenetet, hogyan juttatunk el. Ebben a témában alapvető a szociális interakciók tanulmányozása, az információcsere jellemzőinek és leghatékonyabb eszközeinek vizsgálata. Különös jelentőséget kell tulajdonítanunk a kapcsolati háló és azt kiszolgáló technológia, mint például a facebook tanulmányozásának.*

8. *Az értekezésben feldolgozott témakörök tapasztalatainak összegzése lehetővé teszi egy olyan innovatív prevenciós modell kialakítását, amely a pácienseknek segít megválni a sok év alatt rögzült káros életviteltől és saját elhatározásukon alapuló életmódváltáson keresztül egészségesebb és hosszabb életet biztosít számukra.*

3. A feldolgozás módszere

A téma feldolgozását célszerű a tézisek vizsgálatán keresztül vezetni.

Az első nagy feladatkör az aktuális népegészségügyi helyzet áttekintése. Ennek több területre is ki kell terjednie. Kiinduló pont a nem fertőző betegségekre vonatkozó statisztikai adatok elemzése világméretben a WHO adatai alapján, majd szűkítve a kört elemezzük az összeurópai és végül a hazai helyzetet. Árnyaltabb képet kaphatunk két további adathalmaz feldolgozásba való bevonásával. Sok adat áll rendelkezésre az USA vonatkozásában és a hazai adatok összevetésére jó támpont az OECD statisztikák elemzése is. Nem lenne helyes csak a magyar adatokra koncentrálni, mivel világméretű problémáról lévén szó, más országok adatai, trendjei is szolgálhatnak hasznos információval a megoldáshoz vezető stratégiák kidolgozásánál. Az adatokat népegészségügyi és költségvetési szempontból is feldolgozzuk annak tudatában, hogy ezek egymással szoros kölcsönhatásban vannak.

A későbbi okfejtések megértéséhez szükséges a főbb betegségek jellemzőinek rövid bemutatása és az azokat kiváltó legfőbb okok ismertetése is. Kulcsszónak tekinthetjük a rizikó- rizikófaktorok szópárt, mivel a disszertáció témája, a prevenció általában a rizikófaktorok felismerésén és korai minimalizálásán alapul. A feldolgozás tárgyát képező első nagy problémakör abból adódik, hogy a rizikófaktorok megítélése nem egységes, ugyanakkor az arra alapozott kezelési vagy prevenciók protokollok meglehetősen merevek. Ez a merevség általában is jellemzi az orvosi eljárásokat, amely megállapítás nem szükségszerűen negatív, de tényszerűen lassítja az új, innovatív eljárások elterjedését.

A következő nagy tartalmi egység a prevenciót járja körül. Megvizsgáljuk a fejlett világban jelenleg alkalmazott prevenciók stratégiákat. Megvizsgáljuk a magyarországi helyzetet is azonosítva a "prevenciók piac" szereplőit. Ebben a fázisban áttekintjük az államilag folytatott prevenciók eljárásokat és az azokban megjelenő érdekeket is elemezzük. Az érdekek mentén újabb terület elemzése válik szükségessé, mivel jelentős gazdasági erők működnek a rizikó-prevenció kommunikáción alapuló termékek és szolgáltatások forgalmazása területén. Vizsgálható kérdés, hogy a csekély hatásfokú állami prevenciók tevékenység milyen kölcsönhatásban áll a gazdasági érdekek által vezérelt „prevenciók” üzletágakkal.

Foglalkozunk a civil szervezetek tevékenységével, az egyes szakmai vagy éppen betegcsoportok által folytatott prevenciós tevékenységgel. Ez a tevékenység jellemzően kommunikációs tevékenység, ami a legtöbb esetben pozitívan értékelhető. Itt a hatékonyságot általában a szervezet mögött álló anyagi háttér befolyásolja. Anyagi háttér híján az elért eredmény nem számottevő, ha pedig üzleti érdek vezérelte támogató áll a háttérben, akkor a cél vagy a módszer válik megkérdőjelezhetővé. A fejezetben megjelenik egy új elem, az állam által uniós forrásból finanszírozott társadalmi prevenciós tevékenység is. Ez jó kitörési pont lehet, ha megfelelő szakmai vezérelvek mentén működik a prevenciót elősegítő csoport kommunikáció és arra épülő életmód-változtató törekvés.

A korábban említett fejezetek inkább a tényfeltáró munka részei, amelyek természetesen szükségesek a későbbi okfejtés megértéséhez, elfogadásához. Ezt követően számos aspektusból vizsgáljuk meg a prevenció alanyát és célcsoportját, a „páciens” mint a kommunikációt befogadó személyt, és mint a „prevenció vásárlóját” is. Fontos hangsúlyozni, hogy az említett páciens nem jelent egyben a köznapi értelemben vett beteget is. A hatékony primer prevenció alanyai azok a panasz és tünetmentes személyek, akik bizonyos rizikófaktorai miatt fokozott kockázatnak vannak kitéve. Ez a kategória két irányban is bővíthető, hiszen egészségneveléssel ennek az állapotnak a kialakulása is megelőzhető, vagy már ismert betegséggel rendelkező személyek további egészségromlása akadályozható meg un. szekunder prevencióval.

A prevenció alanyát, a páciens számos hatás éri nap, mint nap. Ezek a hatások jellemzően személyes kapcsolatokon vagy médiákon keresztül jutnak el hozzájuk. Egy prevenciós stratégia kidolgozásához elkerülhetetlen ezeknek a hatásoknak az analízise. Elemeznünk kell egyebek mellett a két legfontosabb média, a televízió és az internet hatását. Az internet média kategóriába való besorolása korábban talán megkérdőjelezhető lehetett volna, a mai tartalmát és eszközeit tekintve már semmiképpen nem az. Távlabbi céljaink szempontjából éppenséggel a legfontosabb eszköznek kell tekintenünk és ennek megfelelő figyelmet is szentelünk neki. Az ebben a fejezetben feldolgozott témákat áthatja egy igen fontos kérdés, a hitelesség kérdése. Elég csak arra utalnunk, hogy az internet szabadsága a közlés szabadságára vonatkozik, de kevés az olyan eszköz, ami a közlések valóságtartalmát, megbízhatóságát szavatolhatná.

A pácienseket célcsoportokba soroljuk és megvizsgáljuk milyen emberi és társadalmi tényezőkre építhető hatékony kommunikáció és az elvárt együttműködés. Ez a fejezet pszichológiai és neurológiai elemeket is tartalmaz a hagyományosnak mondható vásárlói viselkedésminták elemzése mellett. A különböző marketing kommunikációs módszereket a páciens szemszögéből vizsgáljuk meg.

Az előző fejezetekben már elvégeztük a napjainkat jellemző tények elemzését. Ezt követően, esetenként azokból kiindulva, egy új prevenciós stratégia felépítését alapozzuk meg. Itt következik a prevenció és az abban szereplők marketing szemléletű elemzése. Megvizsgáljuk a prevenciót, mint terméket, a termékmarketing szempontjai alapján. A prevenciónak, mint terméknek új, innovatív tartalmat biztosítunk. Ez a tartalom az elmúlt évtized kutatásain alapuló új orvosi eredményeire épít. Új rizikófaktorokat elemez az evidenciák, a mérhetőség, a prediktív érték, az egyénre vonatkozathatóság, a gazdaságosság és páciens együttműködés szempontjából.

Az állam lehetséges stratégiáját a prevenciós cél alapján határozzuk meg. A prevenciós stratégia megvalósításához a forrásokon kívül világos irányelvek, adekvát struktúra, motivált megvalósítók és gondosan megválasztott kommunikációs stratégia is szükséges. Meg kell jegyeznünk, hogy bár a különböző betegségek megelőzésében sok közös elem is használható, a disszertáció alapvetően a szív és érrendszeri problémák megelőzésére irányuló elemeket tárgyal.

A prevenció marketing kommunikációja külön fejezetet érdemel. Ebben megvizsgáljuk a lehetséges eszközök alkalmazhatóságát és sajátosságait. Említést érdemel a célzott reklámok hangsúlyának a sokkoló kategóriák irányába való eltolódása. Ez a vonatkozó kormányzati kommunikáció radikalizálódását jelzi, amit érthetően indokol a helyzet súlyossága.

Súlyát tekintve a prevenció legfontosabb eszköze lehet a szociális média. Ezt az állítást a hálózatok működésének elemzésével támasztjuk alá. Érdekes kérdés a trendek kialakulásának és elterjedésének vizsgálata, a véleményformálók, hálózati szempontból „csomópontok” szerepe.

Elemzésre kerül a web, e-mail és különösen a facebook-nak vagy hasonló szociális hálózatoknak a prevenció célját szolgáló kommunikációban való alkalmazhatósága. A feldolgozásban említett új technológiai világrend nem túlzó meghatározás. Az un. okostelefonok rohamos terjedése új elemet helyez a mindennapi tevékenységek középpontjába, alkalmazásaival messze túlmutatva a telefonról korábban alkotott elképzeléseinken. Ezt a hatalmas kommunikációs potenciált nem hagyhatjuk figyelmen kívül. Ugyanígy számolnunk kell az e-health fokozatos terjedésével is. Mindkét területen fő szereplők a mobil szolgáltatók. Vajon hogy állíthatók ezek a cégek a prevenció szolgálatába?

Minden korábban feldolgozott témakör megállapításainak összegzése lehetővé teszi egy olyan prevenció modell kialakítását, amely segít megválni a sok év alatt rögzült káros életviteltől és a páciensek saját elhatározásán alapuló életmódváltáson keresztül egészségesebb és hosszabb életet biztosít számukra. Az utolsó fejezet egy ezeket az elveket követő lehetséges modell gerincét mutatja be a részletes kidolgozás igénye nélkül.

Az összefoglalás a korábbi téziseken alapuló innovatív szív és érrendszeri prevenció modelljére tett javaslat várható hatását taglalja. Záró gondolatként előre tekintünk a 2025-ös évre, abban a reményben, hogy a szív és érrendszeri prevencióban mától alkalmazott innovatív módszerek addigra a kívánt eredményt, a halálozás és megbetegedés drasztikus csökkentését biztosítják.

Az irodalomjegyzék sajátosságos arányokat jelenít meg a nyomtatott és elektronikus irodalom tekintetében. Bár a forrásanyagok között szép számban szerepelnek nyomtatott művek is, de a téma sajátossága miatt a legtöbb adat a világhálóról volt összegyűjthető. Ez mutatja egyben a probléma akut voltát és a megoldás sürgető igényét is.

Az értekezés terjedelmét meghaladnák olyan kiegészítések, amelyek a téma komplexebb feldolgozásához még hozzá tartoznának. Ezek többnyire egy a prevencióban potenciálisan alkalmazható új orvosi technológia eszközeit és módszertanát mutatják be és tanulságosak lehetnének további statisztikai adatok is. Ezeket a részeket az érdeklődők számára a függelékben helyeztük el.

4. Egészségügyi helyzetkép 2012

1.Tézis: A szív és érrendszeri betegségek elterjedtségük, társadalmi és gazdasági terheik miatt a ma legnagyobb problémát jelentő „Nem fertőző betegségek” csoportján belül is dominánsak, ezért megelőzésükre is kiemelt figyelmet kell fordítani. A megelőzés a probléma pontos meghatározásán alapul, ezért a betegségcsoport számos aspektusát meg kell ismerni a leghatékonyabb prevenciós stratégia megtervezése érdekében.

Az első nagy feladatkör az aktuális népegészségügyi helyzet áttekintése. Ennek több területre is ki kell terjednie. Kiinduló pont a nem fertőző betegségekre vonatkozó statisztikai adatok elemzése világméretben a WHO adatai alapján, majd szűkítve a kört elemezzük az összeurópai és végül a hazai helyzetet. Árnyaltabb képet kaphatunk két további adathalmaz feldolgozásba való bevonásával. Sok adat áll rendelkezésre az USA vonatkozásában és a hazai adatok összevetésére jó támpont az OECD statisztikák elemzése is. Nem lenne helyes csak a magyar adatokra koncentrálni, mivel világméretű problémáról lévén szó, más országok adatai, trendjei is szolgálhatnak hasznos információval a megoldáshoz vezető stratégiák kidolgozásánál. Az adatokat népegészségügyi és költségvetési szempontból is feldolgozzuk annak tudatában, hogy ezek egymással szoros kölcsönhatásban vannak.

A szív és érrendszeri betegségeket illető aktuális adatokat több forrás együttes tanulmányozása teheti teljessé. Ezek a WHO, az American Heart Association, az OECD, valamint európai és hazai szervezetek jelentései. A rendelkezésre álló statisztikák a feldolgozás természetéből fakadóan általában néhány évvel korábbi adatokon alapulnak. Ez nem jelent különösebb kompromisszumot, mivel a vizsgálható trendeket csak lassú változások jellemzik.

4.1. A WHO megállapításai

Egy átfogó helyzetkép megismeréséhez legcélszerűbb a WHO aktuális elemzéseinek tanulmányozása.¹



¹ Global status report on noncommunicable diseases 2010

4.1.1. NCD - a Nem Fertőző Betegségek

A nem fertőző betegségek (NCD- Non Communicable Diseases) körébe tartoznak : a szív és érrendszeri betegségek, a rák, a cukorbetegség és a COPD. Az alábbi ábra azt szemlélteti, hogy Európában és Amerikában az összes haláleset túlnyomó része ennek a betegségecsoportnak tulajdonítható. Ugyanez a megállapítás igaz, ha a régiókat a bevételeik alapján vizsgáljuk. A legelmaradottabb régiókat leszámítva a nem fertőző betegségek a vezető halálozási okok, gyakorlatilag egyenes arányban növekedve az ország fejlettségével.

Figure 1. Total deaths by broad cause group, by WHO Region, World Bank income group and by sex, 2008

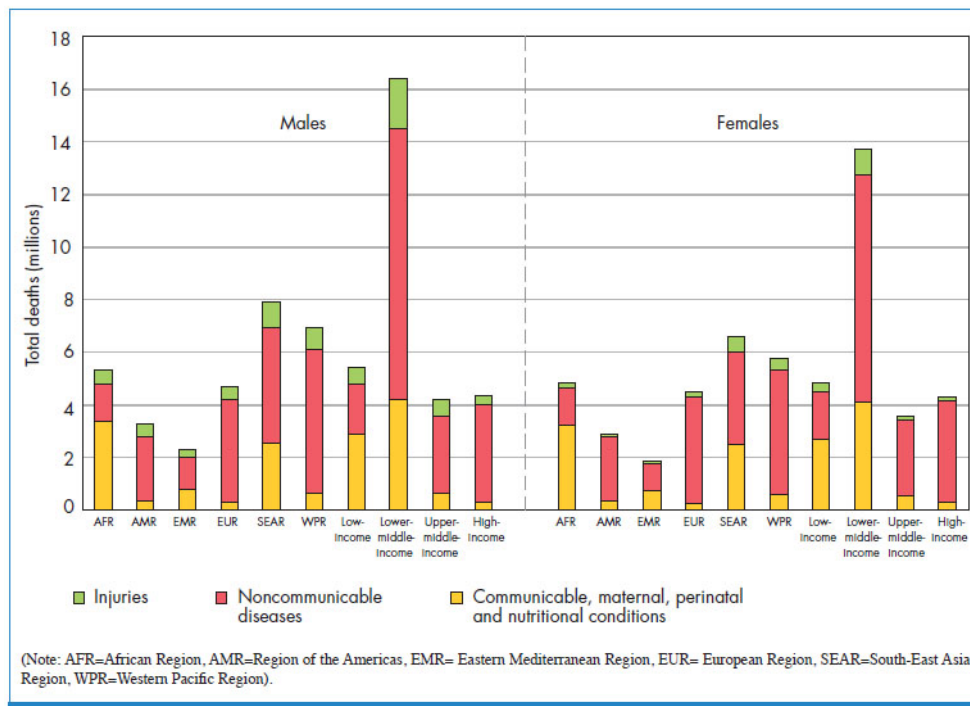
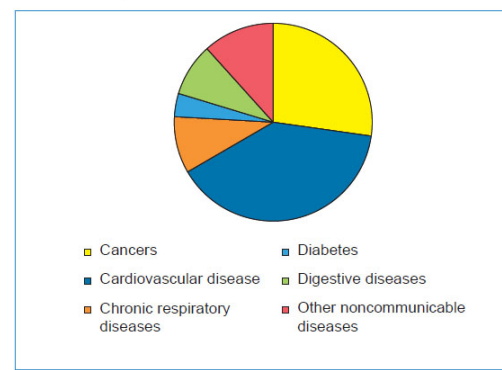


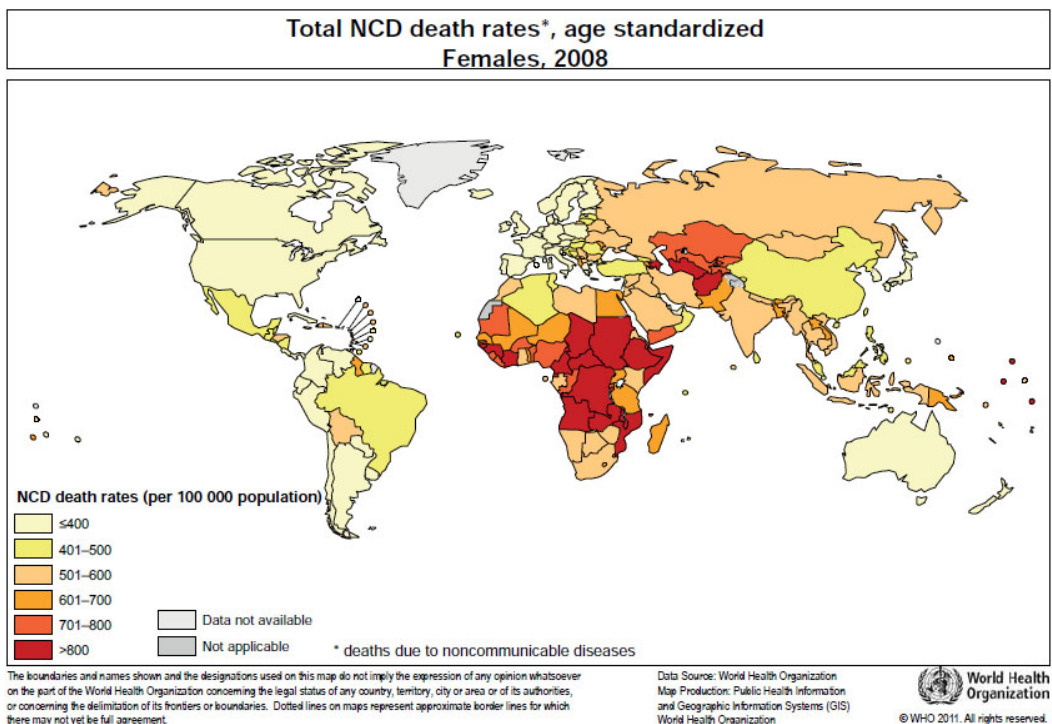
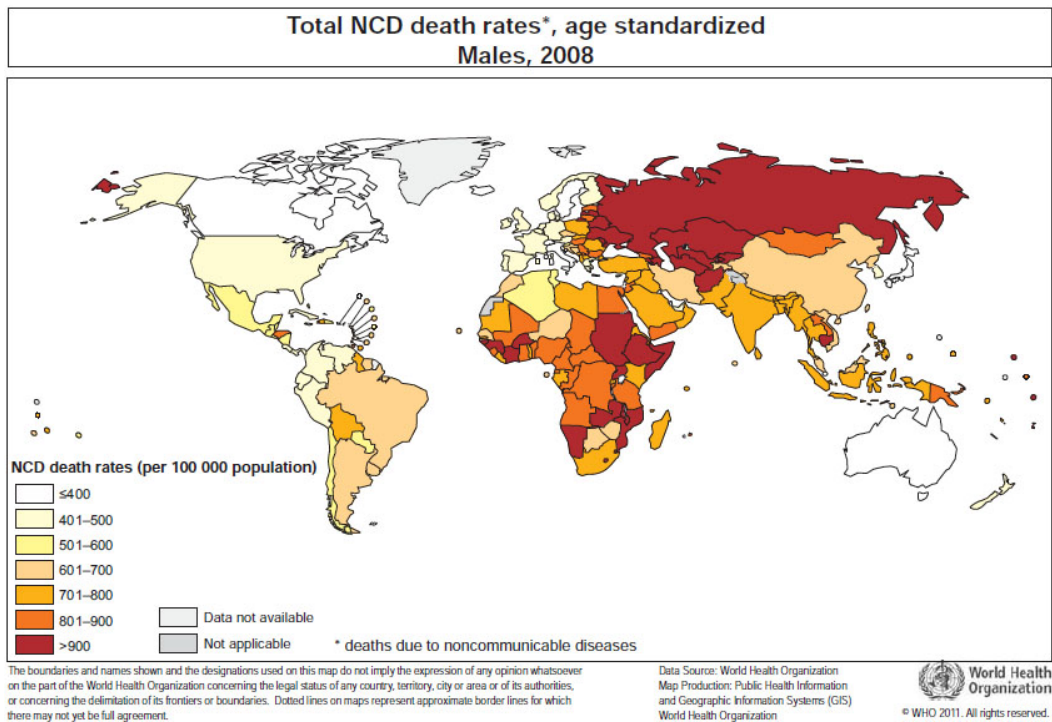
Figure 2. Proportion of global NCD deaths under the age of 70, by cause of death, 2008



Az ábra a Nem Fertőző Betegségeken belül az egyes betegségecsoportok megoszlását szemlélteti. Jellemzően a szív és érrendszeri betegségek képezik a legnagyobb csoportot, amelyet a rák követ.

4.1.2. Halálózási statisztikák

Az alábbi ábrák a férfiak és a nők Nem Fertőző Betegségek miatti halálózásának területi eloszlását szemléltetik. Férfiaknál inkább a kelet-európai, nőknél pedig inkább az afrikai régió a leginkább érintett.

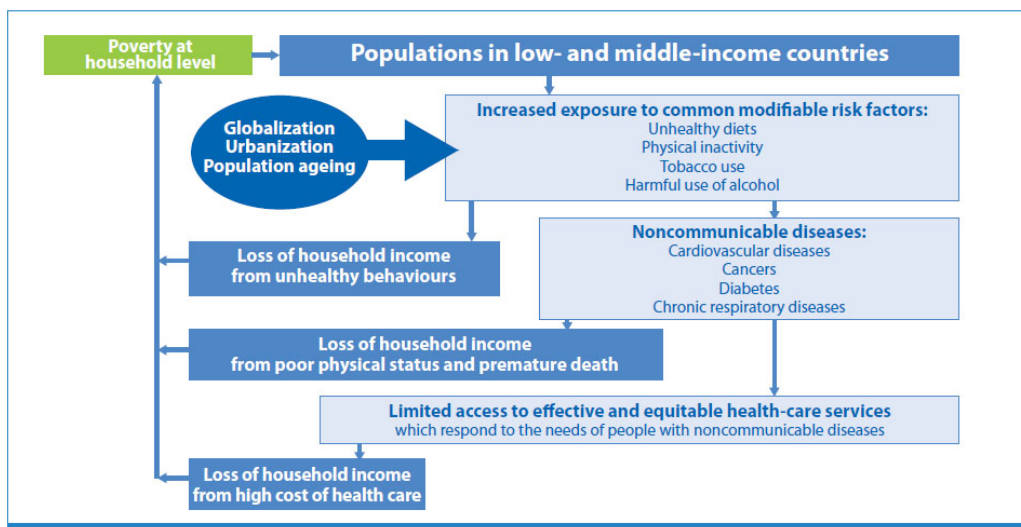


4.1.3. Trendek

A WHO a Nem Fertőző Betegségek 15%-os növekedését prognosztizálja 2010 és 2020 között. A legnagyobb növekedés Afrikában, a Kelet-Mediterrán térségben és Délkelet Ázsiában várható, ahol a növekedés meghaladja a 20%-ot. Ezzel szemben Európában nem várható növekedés.

Az alábbi ábra a szegénység és a Nem Fertőző Betegségek kölcsönhatását mutatja be. Az alacsony és közepes bevételű országokban a globalizáció, az urbanizáció és a lakosság öregedése az egészségtelen életmóddal párosulva a Nem Fertőző Betegségek térnyeréséhez vezet. Ezek a folyamatok az egészségtelen életmód (dohányzás, alkohol) finanszírozása, később a kialakult betegségek költségei miatt további elszegényedéshez vezetnek, ami visszahatva a vázolt folyamatra tovább rontja a helyzetet.

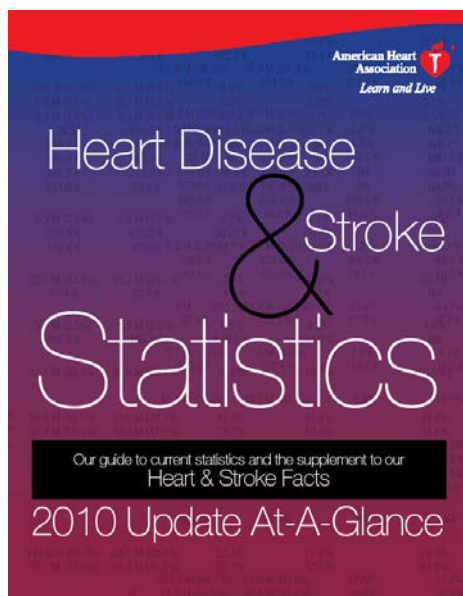
Figure 1. Poverty contributes to NCDs and NCDs contribute to poverty



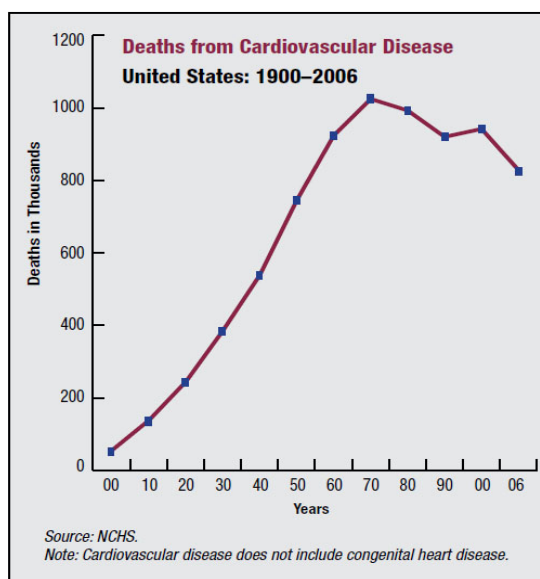
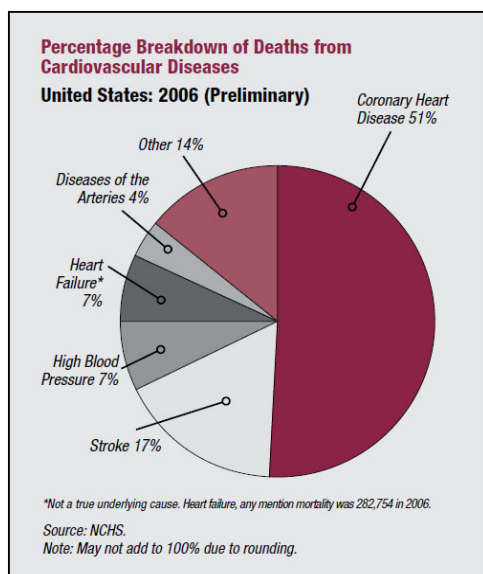
4.1.4. WHO célkitűzések

A WHO ajánlásokat tesz egyrészt a Nem Fertőző Betegségek monitorozására, másrészt a rizikófaktorok, a dohányzás, alkohol, egészségtelen táplálkozás, mozgásszegény életmód visszaszorítására, továbbá az egészségügyi ellátások egyénre szabott megoldásainak növelésére. Az átfogó intézkedéscsomagtól, felhívást intézve a tagországokhoz a Nem Fertőző Betegségekből eredő halálozás 25%-os csökkenését várják 2025-re.

4.2. Az American Heart Association 2012-es jelentése



Az USA adatok vizsgálata érdekes tapasztalatokkal szolgálhat. Mint más statisztikák, ez utóbbi is csak a néhány év lemaradással, a 2006-os adatokat tartalmazza. Ezek szerint 2006-ban 7.235.000 kórházi szív és érrendszeri műtét vagy hasonló beavatkozás történt az USA-ban, 4,1millió férfi és 3,1 millió női betegen. A becsült direkt és indirekt költségek 503,2 milliárd USD összeget tettek ki. Az USA költi fajlagosan a legmagasabb GDP arányos összeget az egészségügyi ellátásra, ez a GDP 17,4%-a. Őt Hollandia követi 12%-al. Magyarországon ez az arány 7,4%.



A fenti ábrából látható, hogy a szív és érrendszeri betegségek 51%-át a koronária, a szív koszorúsereinek betegségei, 17%-át a stroke teszi ki. Különösen érdekes a jobboldali ábra. Ez azt mutatja, hogy az 1900-as években ezek a betegségek úgyszólván ismeretlenek voltak, majd rohamosan növekedtek a 70-es évekig. Azóta enyhe csökkenés tapasztalható, ami tulajdonítható az akut ellátás fejlődésének is, amint az utóbbi években ez Magyarországon is történt.

4.3. Európai helyzetkép

Az European Heart Network közleménye² szerint a szív és érrendszeri betegségek számítanak a fő haláloknak az EU-ban évi 2 millió halálesetet okozva. A betegségcsoport évente 192 milliárd EUR költséget jelent az unió gazdaságának. Egész Európát tekintve 4,3 millió halálesetet kell ennek a betegségcsoportnak tulajdonítani. A fejenkénti ráfordítás meglehetősen különböző országoként, 34 EUR Romániában és 413 EUR Németországban.

4.3.1. Európai statisztikák

Számunkra az európai statisztikák a legfontosabbak, mivel Magyarország ebben a gazdasági és kultúrkörben helyezkedik el, illetve maga is az EU tagja.

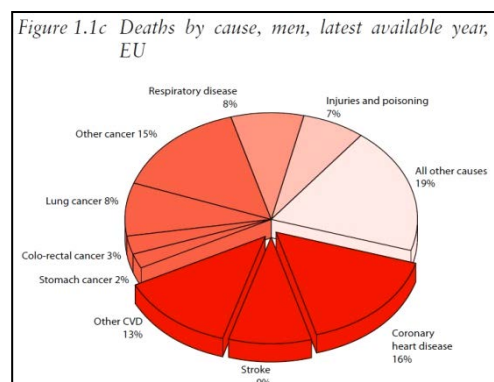
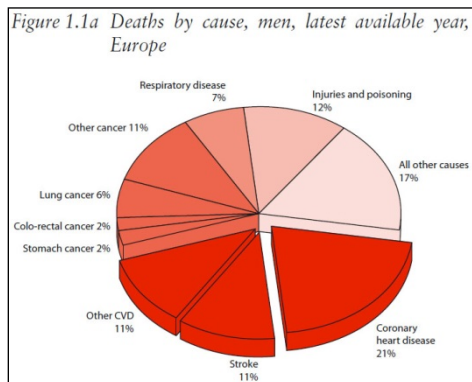
Értelemszerűen a mi mércénk is az unió átlaga. Az USA példái tanulmányozásra érdemesek, de az egészségügyi finanszírozási rendszerük, az ott meghonosodott üzleti szemlélet már távol áll az európai gyakorlattól és részint a szemlélettől is. Az is belátható, hogy bár a GDP 17%-át költik egészségügyi ellátásokra, a lakosság egészségi állapota messze nem a legjobb.



Európa is küzd kihívásokkal, különösen az országok különböző történelmi helyzetéből adódó társadalmi, gazdasági és szociális egyenlőtlenségekkel, amely messzemenően rányomja bélyegét az egyes országok népegészségügyi helyzetére is.

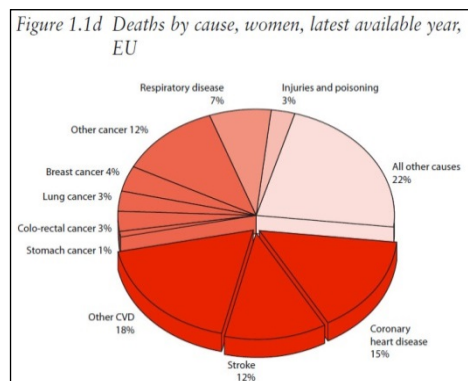
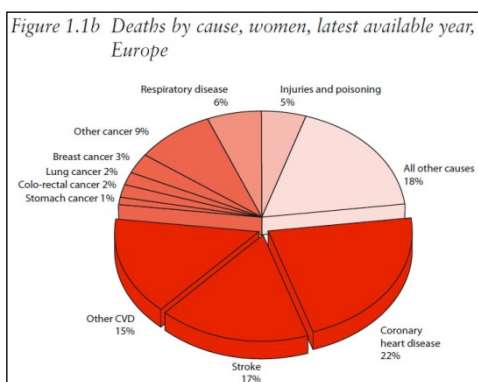
² EUROPE'S HEARTACHE

PRESS RELEASE - Embargo: 14 February 2008, 00.01h, Susanne Logstrup, Director of the European Heart Network

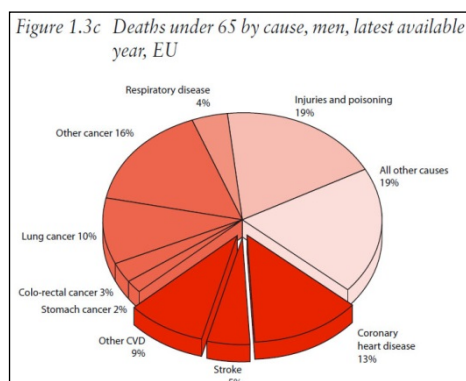
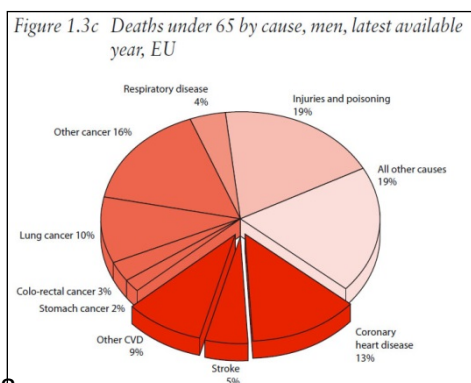


A fenti ábrák a férfiak halálait mutatják be Európa és EU vonatkozásban. Jellemzően az uniós országok fajlagos fejlettsége alapján kicsit jobb a helyzet a szív és érrendszeri halálozásban, bár arányaiban itt is ez a vezető halálok.

Nők tekintetében érdekes különbség figyelhető meg Európa rovására az Unióhoz képest. Láthatóan az unión kívüli országokban lényegesen magasabb a nők szív és érrendszeri halálozása más okokhoz képest.



Az alábbi ábrák azt mutatják, hogy az aktív korú lakoságnál még nem a szív és érrendszeri halálozás a domináns, hanem a rák. Ugyanakkor ebben a korban alakulnak ki még tünetmentesen azok az okok, amelyek később a fenti trendekhez vezetnek. Ebből következik, hogy a prevencióval nem szabad késlekedni, 35 év felett már komolyan kell venni.



4.3.2. Országok szerinti megoszlás

Az alábbi ábrák az aktív korú lakosság szívbetegségből eredő halálozását mutatja mindkét nemre Európában.

Figure 1.4a Age-standardized death rates from CHD, men aged 0 to 64, latest available year

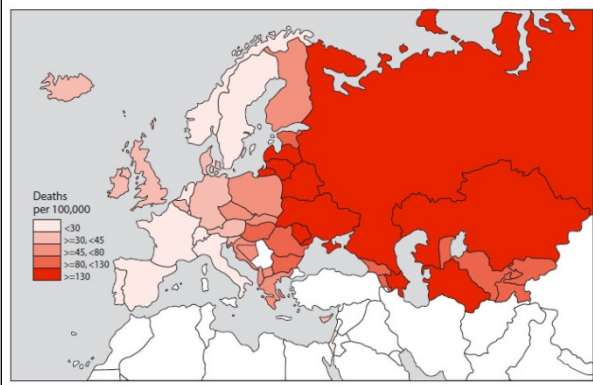
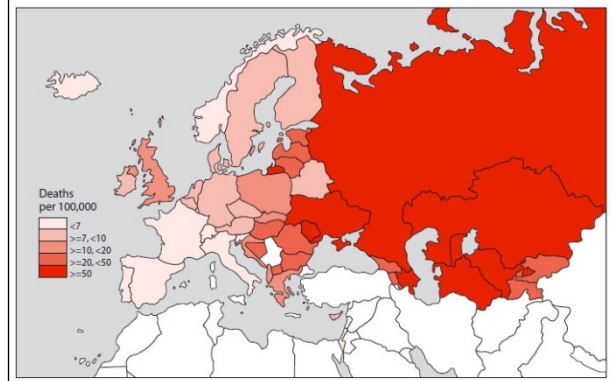


Figure 1.4b Age-standardized death rates from CHD, women aged 0 to 64, latest available year



Az alábbi ábrák az aktív korú lakosság stroke eredetű halálozásának eloszlását mutatják Európában. Gyakorlatilag nincs különbség az országok között az egyes kórképek tekintetében. Ahol magas a szív eredetű halálozás, ott magas a stroke esetek száma is.

Figure 1.5a Age-standardized death rates from stroke, men aged 0 to 64, latest available year



Figure 1.5b Age-standardized death rates from stroke, women aged 0 to 64, latest available year



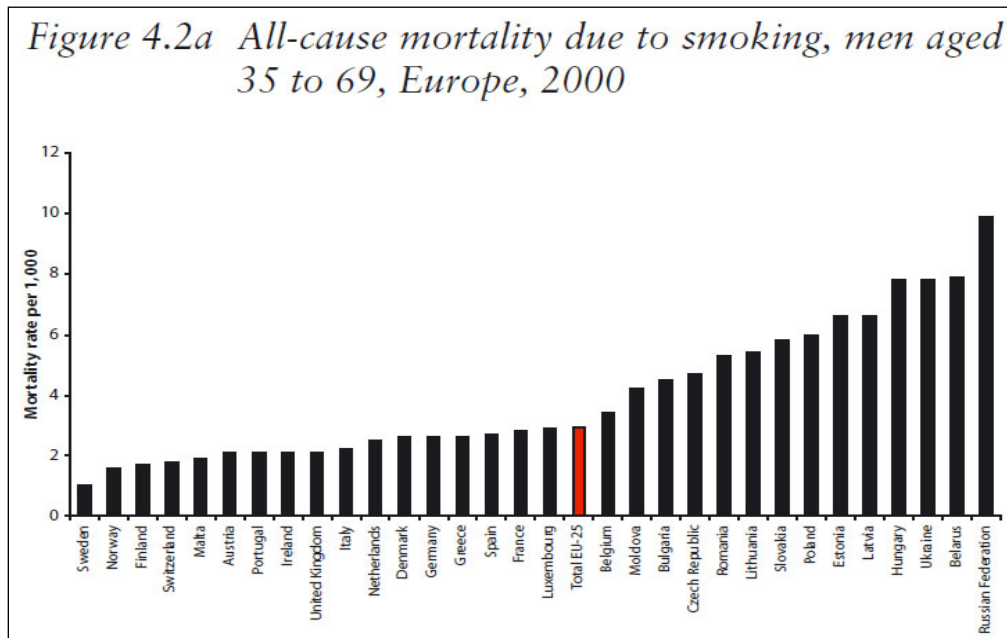
4.3.3. Alacsony és magas rizikójú európai országok

Az Európában általában használatos rizikóbecslő rendszer, a SCORE az országokat alacsony és magas rizikójú csoportokba sorolja, amely besorolást általában az országokban jellemző életmód, életszínvonal és gazdasági helyzet szív és érrendszeri betegségekre gyakorolt hatása határozza meg.³

Ennek alapján alacsony rizikójú országok: Andorra, Ausztria, Belgium, Ciprus, Dánia, Finnország, Franciaország, Németország, Görögország, Izland, Írország, Izrael, Olaszország, Luxemburg, Málta, Monaco, Hollandia, Norvégia, Portugália, Sam Marino, Szlovénia, Spanyolország, Svédország, Svájc és az Egyesült Királyság.

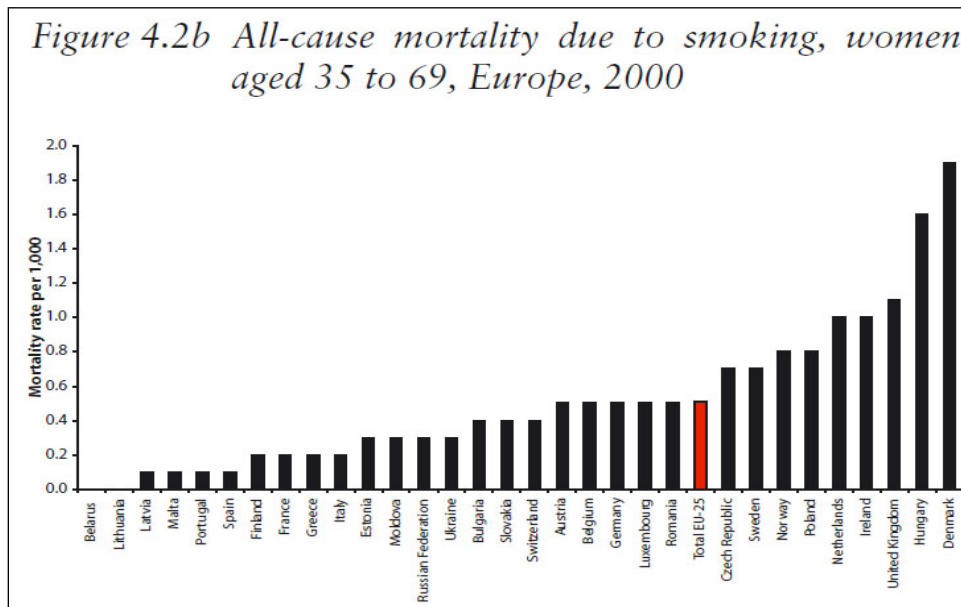
Más európai országok a magas rizikócsoportba tartozna. Vannak ezek között nagyon magas rizikójú országok, mint Oroszország, Ukrajna, a balti országok és számos szovjet utódállam, de ide sorolható Bulgária is.

Talán nem meglepő, ha összevetjük a fenti adatokat a férfiak dohányzás okozta halálzásának országokénti megoszlási adataival, az alábbi ábra szerint:

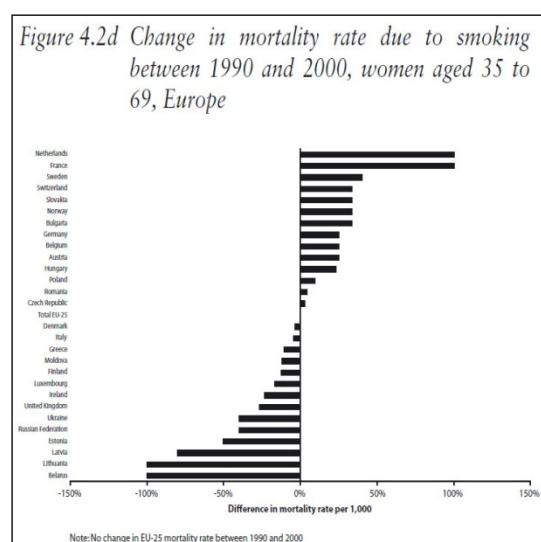
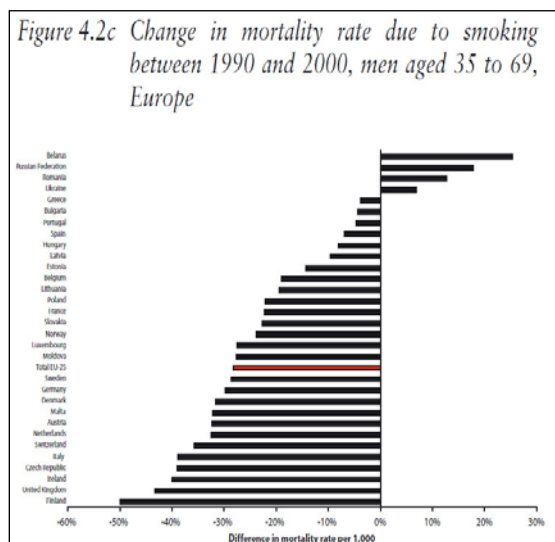


³ <http://www.escardio.org/communities/EACPR/toolbox/health-professionals/Pages/SCORE-Risk-Charts.aspx#countries>

Ha szomorú a magyar férfiak negyedik helye a dohányzás okozta halálozási listán, még szomorúbb és bizonyára meglepő a magyar nők második helye ezen a „halállistán”. Őket csak a tradicionálisan dohányzó dán nők előzik meg.

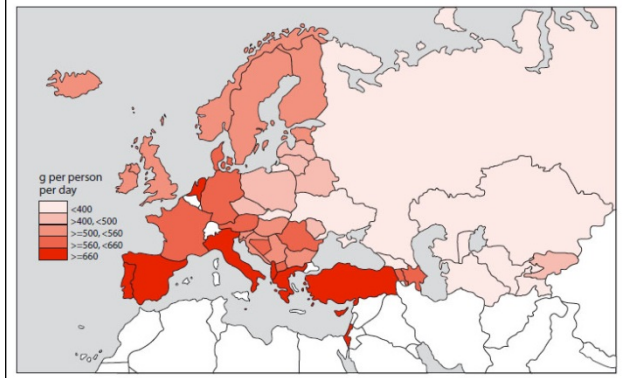


Tanulságos az alábbi két ábra is. Míg például Oroszországban, Ukrajnában, Romániában nőtt, más országokban csökkent a férfiak dohányzás okozta halálozása 1990-2000 között. Ugyanakkor a nőknél tizennégy országban, köztük Magyarországon is nőtt ez a szám! Férfiaknál az EU átlag 30%-al csökkent, nőknél nem változott.



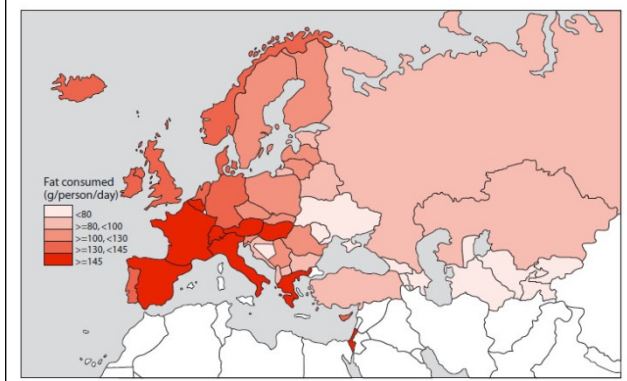
Az európai zöldség és gyümölcsfogyasztás eloszlása jó közelítéssel az inverze az infarktus és a stroke eloszlásának, mint a melléklet ábra mutatja:

Figure 5.2a Quantity of fruit and vegetables consumed, Europe, 2001/03

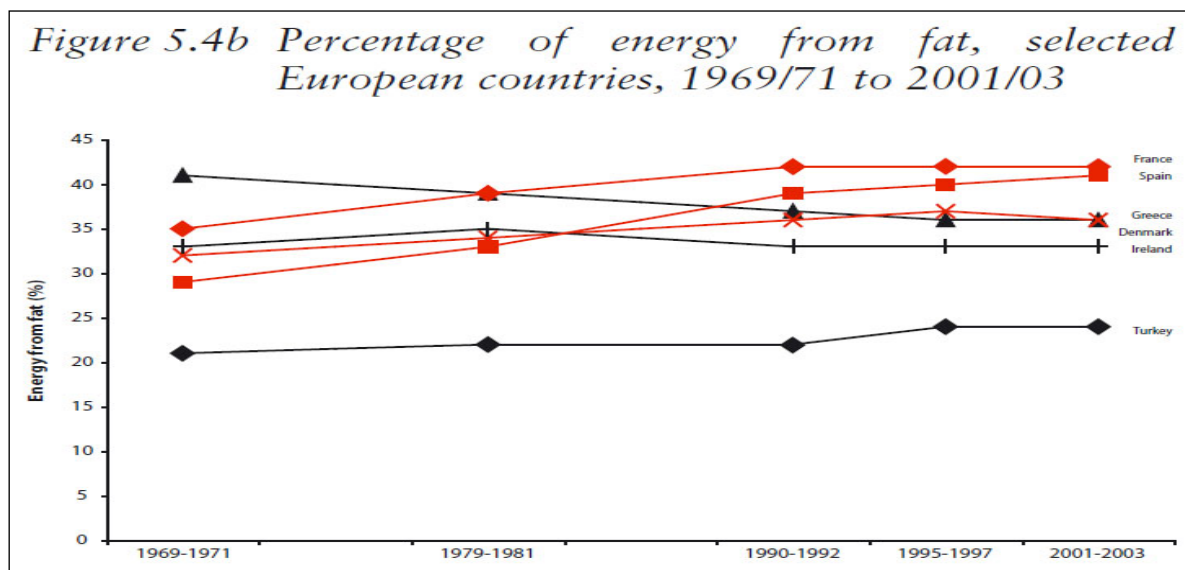


A zsírfogyasztás eloszlása azonban nem támasztja alá azt a szakmai álláspontot, hogy az komoly kardiovaszkuláris rizikót jelentene. Ez némiképp igazolja az újabban népszerű, az infarktus”szénhidrát elméletét.”

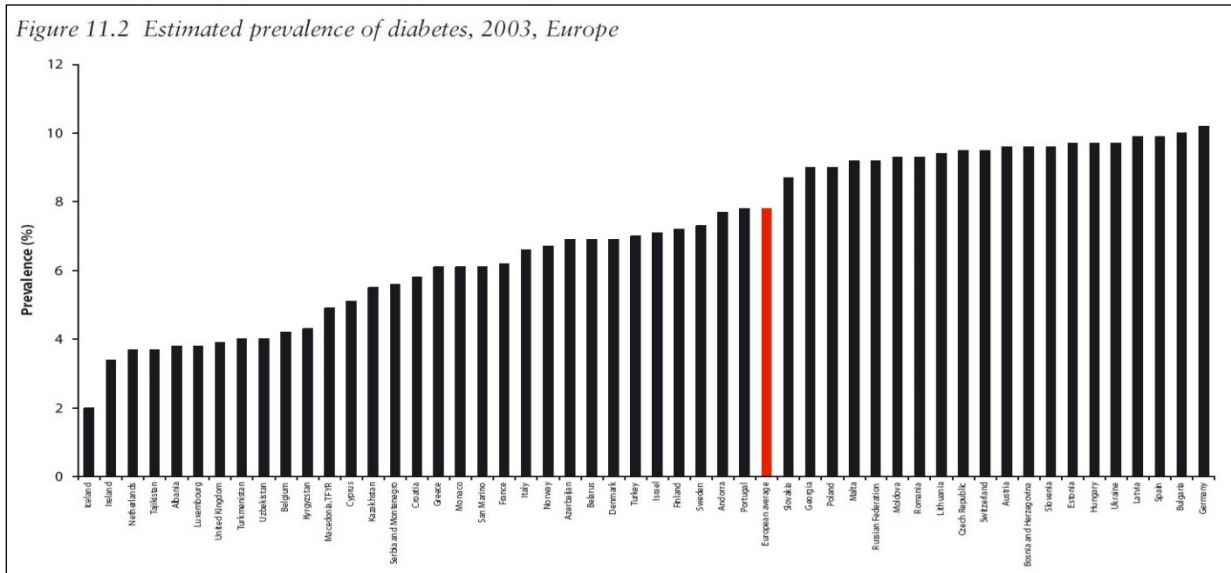
Figure 5.4a Quantity of fat consumed, Europe, 2001/03



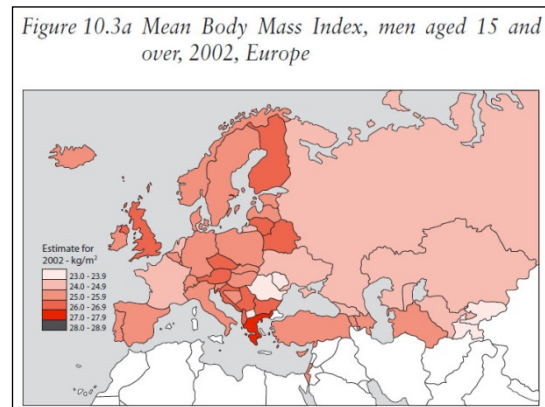
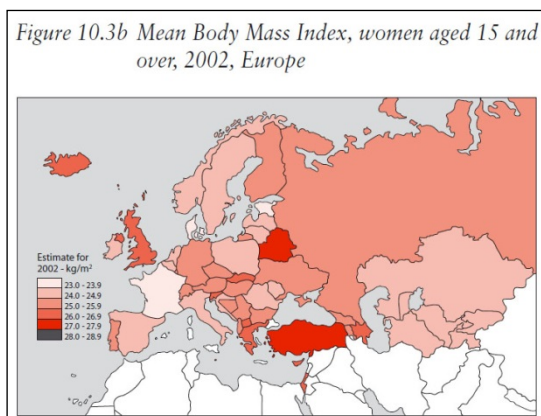
Az is elgondolkasztató, hogy az igen egészséges Franciaország és Spanyolország lakói az energiaigényüket növekvő tendencia mellett 40%-ban zsiradékokból fedezik.



A Nem Fertőző Betegségek harmadik nagy csoportja a diabétesz, ami önmagában is erős rizikófaktora a szív és érrendszeri betegségeknek. Érdekes a diabétesz európai eloszlását is tanulmányozni:



Az ábra tanulsága szerint Németországban a lakosság 10%-a tekinthető cukorbetegnek, míg Izlandon ez az arány csak 2%. Az európai átlag is igen magas, közel 8%. Sajnos Magyarország itt is a 6. helyet foglalja el. A diabéteszsel általában együtt jár az elhízás is. Az alábbi ábrák a BMI, a testtömeg index eloszlását mutatják férfiakra és nőkre.



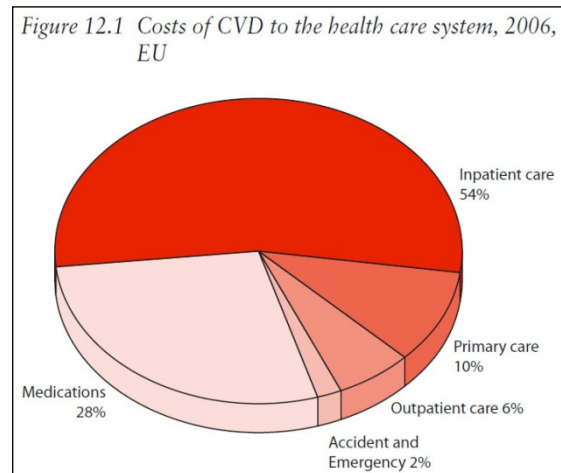
Nem meglepő, hogy a francia nők a legsoványabbak, míg férfiaknál ezt a címet a román férfiak érdemelték ki.

4.3.4. Költségek

Az ábra a szív és érrendszeri betegségekre fordított uniós költségek megoszlását szemlélteti. Eszerint kórházi kezelésre fordítják az összes költség 54%-át, 25% jut gyógyszerekre, 6% járóbeteg ellátásra és 10% prevencióra.

Ez a betegségcsoport az egyik fő költségforrás az EU-ban, amely 2006-ban 110 milliárd EUR

költséget tett ki. Ez évente és fejenként 223 EUR. A költségek közel egyötödét, 17%-át a stroke költségei teszik ki, amely 2006-ban 18 milliárd EUR volt.



Ha csak a kórházi költségekkel számolnánk, akkor az összes költséget jelentősen alulbecsülnénk. A keresőképes korban elszenvedett halál vagy a munkaképesség csökkenése, a betegségek miatti munkakiesés, a család ápolási költségei jelentős mértékben járulnak hozzá az összes költséghez. Ez az összes költség 41 milliárd EUR, amiből 26,9 milliárd a munkaképes korban elszenvedett halálozás, 13,9 milliárd EUR pedig a betegség kezelésének költsége. Megállapítások szerint a szív és érrendszeri betegségek teljes költsége az EU-ban 192 milliárd EUR évente.

Az alábbi cikk kivonata a kezelési költségek növekedését mutatja be a betegség előrehaladásának függvényében.⁴

„A szív- és érrendszeri betegségek kezelési költségei megdöbbentően magasak. Leal és munkatársainak jelentése szerint az EU-ban a szív- és érrendszeri betegségek által okozott költségek 2003-ban elérték a 168,7 milliárd eurót. Rosamond és társai szerint 2005-ben a szív- és érrendszeri betegek kórházi kezelésének költsége az USA-ban elérte a 71,2 milliárd dollárt – és ez az éves kórházi kezelési összköltségek egynegyedét tette ki. A kutatások ezen

⁴ A szívkoszorúér-betegség korai észlelésének gazdasági szimulációs modellje

Pankaj A. Patel, Pharm.D., M.S., Erdogan Cesmeli, Ph.D., M.B.A., Daniel Jackson, M.Sc. IME VIII. ÉVFOLYAM 4. SZÁM 2009. MÁJUS

kívül azt is kimutatták, hogy a szív- és érrendszeri betegségek kórházi kezelésének költségei 41%-kal meghaladják az átlagos kezelések költségeit.

A szívbetegségek korai felderítése reményteli előnyökkel kecsegtet: általa alacsonyabb költségekkel magasabb gyógyulási arány lenne elérhető. Az Amerikai Kardiológiai Társaság szívbetegségekre és stroke-ra vonatkozó 2005-ös frissített statisztikai adatai szerint (euróra átszámítva) a rizikófaktoroknak, például magas vérnyomásnak vagy magas koleszterinszintnek kitett betegek kezelése évi 822 eurót emészt fel. Ha a betegség kezelése nem sikerül a korai szakaszban, akkor végül stabil vagy instabil angina pectoris kezelése válhat szükségessé, amelynek a teljes éves költsége 11 237 euró. Ha ebben a szakaszban sem történik sikeres kezelés, akkor a következőkben már szívinfarktus, illetve a 4. szakaszban szívelégtelenség kezelése válhat szükségessé; ennek éves költsége 16 920 euró.

Sajnálatos módon a kezelési paradigma sok országban a betegség előrehaladottabb állapotának kezelésére összpontosít. Ez a passzív megközelítés keveset tesz a gyógyulási esélyek javítása és a költségek csökkentése érdekében, pedig ez elérhető lenne egy aktívabb megközelítés révén, amely a szív- és érrendszeri betegségek korai felismerését és gyorsabb kezelését tűzi ki célul. A jelenlegi passzív megközelítés az egész világon hozzájárul az egészségügyi szektor hatalmas, pazarló kiadásainak növeléséhez. A Pricewaterhouse Coopers Health Research Institute 1,2 billió dollárnyi felesleges kiadást talált az USA egészségügyi rendszerében, amiből a felesleges sürgősségi ellátások 14 milliárd, a betegek megelőzhető kórházi felvétele pedig 25 milliárd dollárt tesznek ki. És mivel az USA-ban vezető betegségnek számít, bizonyos mértékig ez a pazarlás a szívkoszorúér-betegség kezeléséhez kötődik.”

Megdöbbentő bizonyítékkal szolgál egy amerikai kardiológus, Eric Topol erre az állításra⁵.

Egy 58 éves aktív férfi felesége egy Valentin napi hirdetést látott, 100 USD-vel olcsóbb CT szívvizsgálatot ajánlottak, amivel meg is lepte a férjét. A férjének korábban semmi baja sem volt, nem szedett gyógyszert, hetente kétszer golfozott és a többi napon elliptikus tréneren edzett. A vizsgálaton 710-es calcium score találtak, és az orvos azt tanácsolta, hogy

⁵ The Creative Destruction of Medicine, Eric Topol, M.D. Basic Books, New York, 2012, 34-35.o.

végeztessen el egy koronária angiogramot is, ez a szívizmot tápláló koszorús erek állapotát vizsgálja meg. Két vagy három koszorús artériában némi szűkületet találtak, és be is ültettek ezekbe öt stent-et. (Ez kis fémből készült hálós falú csövecske, amely az eret nyitva tartja.) Ezek után élethosszig tartó szedésre felírtak neki négy gyógyszert.

E műtét után került a férfi Topolhoz. Ekkor már halálfélelme volt, hogy infarktust kap, ha egy stent elzáródik. Fáradt volt és már nem bírt golfozni vagy sportolni. A gyógyszerektől és a stressztől erektilis diszfunkciója, merevedési zavara lett. Ekkor már nem sokat lehetett tenni érte. A koronária elzáródás mértéke nem tette volna okvetlenül szükségessé a stent beültetést.

Topol megemlíti egy még rosszabb esetet is: 2010-ben publikálták a stent beültetés „olimpiai rekordját”, egy páciens koronária ereibe és a bypass draftok-ba (az elzáródott erek áthidalására beültetett érdarab) tíz év alatt 67(!) stent-et ültettek be 28 koronária angiogram készítése mellett.

4.4. A Nem Fertőző Betegségek az ENSZ közgyűlés előtt

A probléma nem lokalizálódik Európára. Az ENSZ 2011 szeptemberében plenáris ülésen⁶ foglalkozott a Non Communicative Diseases, nem fertőző betegségek kérdésével, amelyek az egész világon dominánssá váltak, élen a legtöbb problémát jelentő szív és érrendszeri betegségekkel. Az ülésen elfogadott politikai állásfoglalás számos pontban rögzíti a szükséges tennivalókat.

Az alábbi kivonat néhány, a kardiovaszkuláris prevenció szempontjából fontos megállapítást emel ki az Európai Parlamentnek az ENSZ közgyűlésre készített Közös Állásfoglalásra Irányuló Indítványából⁷:

⁶ Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, United Nations A/66/L.1, General Assembly

⁷ Közös állásfoglalásra irányuló indítvány, Európai Parlament

A. Mivel a WHO szerint az Európában bekövetkező halálesetek 86%-át nem fertőző betegségek okozzák

C. mivel a halálozások legnagyobb részéért szív- és érrendszeri betegségek felelősek, évente több mint kétmillió ember halálát okozva, a leggyakoribb szív- és érrendszeri betegségek a szívkoszorúér betegség és a stroke

N. Mivel jelenleg az egészségügyi kiadások 97%-át kezelésre költik és csupán 3%-át fordítják megelőzésre...

Az Európai Parlament

2. sürgeti az EU-t, hogy támogassa a nem fertőző betegségek által okozott megelőzhető mortalitás csökkentésének ambiciózus célkitűzését, így azt a WHO által meghatározott célt is, amely 2025-re a nemzeti halálozási aránynak a 2010-es arányhoz mért 25%-os csökkentését irányozza elő.

5. Felszólítja az EU-t és tagállamait, hogy fokozzák a négy leggyakoribb nem fertőző betegség, a szív- és érrendszeri betegségek, a légzőszervi betegségek, a rák és a diabétesz elsődleges megelőzésére, kutatására, korai diagnosztizálására és kezelésre irányuló erőfeszítéseiket...

6. Hangsúlyozza, hogy a hosszú távú betegségek esetében olyan, integrált és holisztikus, betegközpontú megközelítésre van szükség, amely magában foglalja a megelőzést és az egészség elősegítését, a korai diagnózist, a nyomon követést és az oktatást, valamint a kockázati tényezőkre, már kialakult betegségekre és egészségtelen életmódra való figyelem felkeltését szolgáló kampányokat, továbbá a kórházi és közösségi ápolás összehangolását

11. Kéri a leggyakoribb nem fertőző betegségekre vonatkozó egyértelmű protokollok és kutatói eredményeken alapuló iránymutatások kialakítását annak biztosítása érdekében, hogy az egészségügyi dolgozók – köztük a szakorvosok, az alapellátást biztosító orvosok és szakápolók – megfelelően kezeljék és lássák el a betegeket

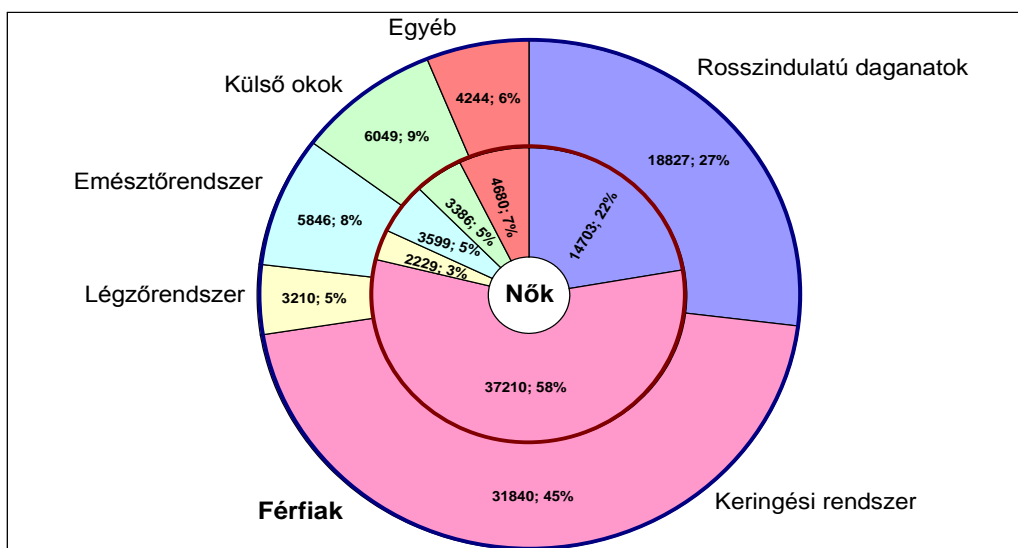
12. Hangsúlyozza, hogy valamennyi szinten szükség van a krónikus betegségekkel kapcsolatos kutatásra és oktatásra..

17. azt ajánlja, hogy a tagállamok legkésőbb 2013-ig hozzanak létre a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos nemzeti terveket, különösen a négy legfőbb nem fertőző betegség tekintetében, és ehhez rendeljenek a nem fertőző betegségek által jelentett tehertétellel arányos forrásokat, továbbá hozzanak létre globális, magas szintű koordinációs mechanizmust az ilyen betegségekkel kapcsolatos intézkedések kivitelezésére

18. megjegyzi, hogy a fent említett nemzeti tervek végrehajtása a hatékonyabb megelőzéssel, diagnózissal és a és kockázati tényezők (pl. a már kialakult vagy krónikus és súlyos betegségek) kezelésével együtt jelentősen csökkenthetné az e betegségek képezte terheket és így pozitívan hozzájárulhatna a nemzeti egészségügyi rendszerek fenntarthatóságának megőrzéséhez

4.5. A magyarországi adatok

Az European Cardiovascular Disease Statistics Magyarország tekintetében 752 millió EUR közvetlen egészségügyi, 487 millió EUR halálozás miatti, 86 millió EUR krónikus betegség miatt kieső teljesítményt és 353 millió EUR társadalmi ápolási költséget állapít meg. Ez mindösszesen évi 1678 millió EUR, azaz 503 milliárd Ft költséget, illetve veszteséget jelent.



4.5.1. A WHO megállapításai Magyarországról

A WHO web oldala egy áttekintő elemzést ad a magyar egészségügy legfontosabb tényezőiről:⁸

A halálozással, megbetegedéssel és rokkantsággal kapcsolatos országos adatok alapján joggal tételezhető fel, hogy a megelőzés és a krónikus állapotok kezelése sokkal megfelelőbben is működhetne Magyarországon és folyamatos politikai elkötelezettséget igényelne. A magyar ellátó rendszer majdnem kizárólag a betegségek kezelésére összpontosít, ezért a finanszírozási rendszer nem tartalmaz kellő ösztönzőket a megelőzésre az egészségügyi rendszer különböző szintjein. A népegészségügyi rendszer inkább a fertőző betegségek megelőzésére szolgál, a nem fertőző betegségek monitorozása és ellenőrzése súlyosan fejletlen.

Az uniós átlaggal összehasonlítva a magyar népesség idő előtti halálozása kétszer nagyobb a férfiak és 1,7 szer nagyobb a nők tekintetében, bár a születéskor várható életkor mindkét nemre jelentősen növekedett 1992 (69,17 év) és 2008 (74,23 év) között. A magyar epidemiológiai adatok európai uniótól való elmaradása nem az egyetlen probléma, az egészségügyi állapotban mutatkozó regionális és szociális egyenlőtlenség is jelentős arányban nő.

Ez megrázóan jelentkezik az egészségügyi indikátorok extrém országos eloszlásában, a főleg nem fertőző betegségek által okozott halálozás néhány megyében és Budapest néhány kerületében közel 20%-al tér el az országos átlagtól, mind pozitív mind negatív irányban, de néhány halálok, pl. az öngyilkosság tekintetében ez az eltérés meghaladja az 50%-ot. A különbség a születéskor várható élettartamban a legkedvezőbb és leghátrányosabb megyék között 4 év, ugyanakkor ez a különbség Budapest egyes kerületei között közel 10 év.

⁸ <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/hungary/areas-of-work/noncommunicable-diseases>

4.5.2. Összehasonlító adatok

Józan Péter” Csökkenő kardiovaszkuláris mortalitás, javuló életkilátások, új epidemiológiai korszak kezdete Magyarországon” című tanulmányában a javuló mutatók mellett rámutat, hogy pl. a magyarországi koszorúér betegségből eredő halálozás az uniós átlag 250%-a, a stroke halálozás pedig 158%-a. Talán a kiemelt figyelemnek és jó kommunikációnak köszönhető, hogy a mellrákból eredő halálozás „csak” 9%-al haladja meg az uniós átlagot. Ugyancsak fontos megállapítása, hogy a születéskor várható élettartam egyes budapesti kerületek lakóinál 10 évvel hosszabb, mint az ország egyes keleti megyéinek lakóié. Ez azt jelenti, hogy a szív és érrendszeri betegségek megelőzésénél is nagy figyelmet kell fordítani a társadalmi- területi egyenlőtlenségek áthidalására.

Mi magyarázhatja a magyar férfiak idő előtti egészségromlását és halálozási arányait?⁹

„Az átalakuló közép-kelet-európai országok és ezen belül is Magyarország megbetegedési és halálozási válsága különleges, a társadalomban lejátszódó kísérlet arra, hogy megértsük, milyen összefüggés van a társadalmi változások és az egészségi állapot között, és ezt milyen mechanizmusok magyarázhatják. (Wilkinson, 1996; Marmot, 1996).

A magyar férfiak korai halálozása igen súlyos gazdasági veszteséget is jelent, inkább hasonlít az ukrán vagy az orosz népegészségügyi mutatókhoz, mint a szomszédos cseh, szlovák vagy lengyel adatokhoz, nem is szólva a nyugat-európai életkilátásokról. 70 év felett a magyar mutatók már közelítik a rosszabb nyugat-európai életkilátásokat, ami azt mutatja, hogy abban az életkorban, amikor az orvosi beavatkozások szerepe meghatározó, a magyar egészségügyben dolgozók, minden nehézség ellenére, viszonylag igen jól teljesítenek. Ezzel szemben gyakorlatilag nem működik a megelőzés hálózata, ami elsősorban iskolai, munkahelyi, valamint széleskörű közösségi alapú programokat jelentene. Miközben a svéd népegészségügyi program első pontja a társadalmi kohézió erősítése, a második a társadalmi és gazdasági biztonságérzet erősítése, a harmadik a munkahelyi stressz megelőzése, nálunk ezek a szempontok meg sem jelennek az egészségi állapotról szóló vitákban.

⁹ Kopp Mária – Skrabski Árpád: Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon

Felmerül a kérdés: miért éppen a középkorú férfiak a legsebezhetőbbek a rohamos gazdasági változások jelenlegi időszakában? Mi magyarázhatja az azonos társadalmi és gazdasági körülmények között élő férfiak és nők halálozási arányszámainak eltérését? Ez a különbség nem magyarázható az egészségügyi ellátás hiányosságaival, hiszen ugyanebben az időszakban jelentősen csökkent a csecsemők és az idősek halálozási aránya, a nők egészségi állapota pedig javult. Szintén nem valószínű, hogy genetikai tényezők magyarázhatják ezeket a gyors változásokat. Az 1986–1990-es évek átlagában 8,9 év volt a különbség a legmagasabb és legalacsonyabb végzettségű férfiak várható élettartama között, ez a különbség 2004-re 16,5 évre nőtt. A nők esetében a korábbi 4 évnyi hátrány 10,2 évre nőtt a legalacsonyabb végzettségűek hátrányára. Hasonlóan drámai a különbség abban, hogy a 30 évesek hány százaléka éli meg a 65. életévét. Ennek valószínűsége a legalacsonyabb végzettségű férfiak esetében csupán 43%(!), a nőknél 70%, míg a legmagasabb végzettségű férfiak 85%-a, a nők pedig 91%-a megéli a 65. életévét (Habicsek–Kovács, 2007). Klinger (2007) számos korábbi tanulmányában kimutatta, hogy az alacsony iskolai végzettség az idő előtti egészségromlás és halálozás, de a leszakadás valamennyi jellemzőjének is legfontosabb meghatározója.

Az Európai Szociális Felmérés első és második hullámának eredményei szerint is, 23 európai ország adatait összehasonlítva, az iskolázottság az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek legfontosabb háttértényezője, bár az alacsony iskolázottság országok és nemek szerint különböző mértékű összefüggésben áll az egészségromlással.”

A társadalmi-gazdasági tényezők szerepe a korai halálozás előrejelzésében a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat eredményei szerint:

„Az elemzéshez a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálatból összesen 1130 férfi és 1529 nő adatait használtuk fel, akik 2002-ben mindannyian a 40–69 évesek korcsoportjába tartoztak. 2006-ig 99 férfi (8,8%) és 53 nő (3,5%) hunyt el ebből a korosztályból. Ezek az arányok megfelelnek az adott időszakra jellemző országos halálozási arányoknak. Valamennyi tényező esetében megvizsgáltuk külön a férfiakra és külön a nőkre vonatkozóan, hogy mely tényezők különböznek szignifikánsan a követéses vizsgálat során életben maradtak és a meghaltak között. Logisztikus regressziós elemzés segítségével esélyhányadosokat (*odds ratio*, a továbbiakban röviden: OR) számoltunk minden változóra vonatkozóan. Ez a módszer

alkalmas arra, hogy megmutassa, az adott változó hányszoros valószínűséggel jelzi előre a korai halálozást a férfiak, illetve a nők esetében. Minden változó esetében először a korrekció nélküli esélyhányadost adtuk meg, majd az adatokat a hagyományos kockázati tényezőkkel korrigáltuk: életkor, iskolai végzettség, dohányzás, alkohol abúzus és testtömeg-index szerint. Eredményeink szerint a rosszabb társadalmi-gazdasági helyzet szinte minden változója csupán a férfiak esetében járt együtt magasabb korai halálozási arányokkal. Az érettségénél alacsonyabb iskolai végzettség esetében 1,8, a rossznak minősített szociális helyzet 1,9, a szubjektív szegénység 1,8-szeres korai halálozási arányokkal járt együtt a férfiak esetében. A család anyagi helyzetével kapcsolatos társadalmi-gazdasági mutatók, mint az autó és a személyi számítógép hiánya a családban a nők és a férfiak esetében egyaránt a halálozás jelentős előrejelző tényezőinek bizonyultak. Érdekes módon a férfiak esetében a saját személyi számítógép igen fontos védő tényező, valószínűleg nem csak státuszszimbólumként, hanem a társadalmi bizonytalansággal, munkahelyi kiszolgáltatottsággal kapcsolatos védő tényezőként jelenik meg. (Marmot, 2004)

Összefoglalás

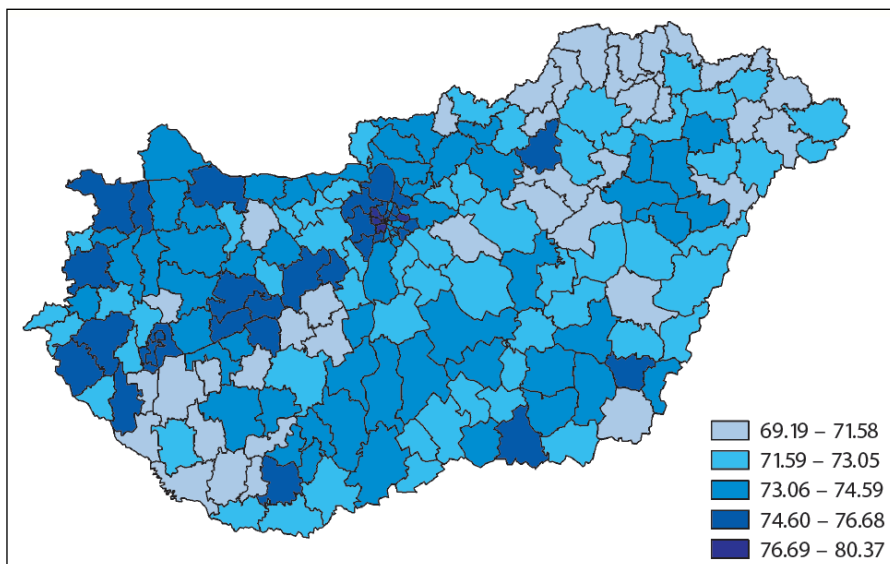
A felnőtt népesség egészségi állapotának két legfontosabb jellemzője a várható élettartam és ezzel szoros összefüggésben az idő előtti halálozás aránya, valamint a megélt életek során elérhető életminőség. A magyar nőket és férfiakat ebből a két szempontból éppen ellenkező irányú tendenciák jellemzik. Míg a férfiak esetében az idő előtti, 40–69 éves korban bekövetkező halálozás európai összehasonlításban és a magyar nők halálozási adataival összevetve is rendkívül magas, addig a nők életminősége minden korosztályban rosszabb a férfiakénál Magyarországon. A férfiak idő előtti halálozásának hátterében az átalakuló társadalom krónikus stresszforrásai közül a munkahelyi bizonytalanság, az általános értékvesztés, a közvetlen társas kapcsolatok zavarai állnak, amelyek mind az önkárosító magatartásformákon keresztül, mind közvetlenül, a depressziós tünetegyüttes közvetítésével fontos szerepet játszanak. A 45 év alatti gyermekes fiatalok egészséggel kapcsolatos életminősége jelentősen rosszabb a gyermektelennél, mind a nők, mind a férfiak körében. A 45–64 éves korcsoportban már hihetetlenül romlanak a magyar népesség egészséggel kapcsolatos életminőség jellemzői. A nőknek csak 26%-a, a férfiaknak pedig 30%-a tartotta jónak vagy kiválónak saját egészségi állapotát, míg 64 év felett a nőknek csupán 18%-a és a férfiaknak 30%-a.”

4.5.3. Társadalmi egyenlőtlenségek

AZ ÉLETESÉLYEK TÁRSADALMI EGYENLŐTLENSÉGE NEMZETKÖZI ÖSSZEHAJONLÍTÁSBAN¹⁰

„A halandósági egyenlőtlenségek nemzetközi vizsgálata számos nehézségbe ütközik. Az egyes társadalmi csoportok helyzete leginkább az iskolai végzettség dimenziója szerint hasonlítható össze. A magasabb és az alacsonyabb iskolai végzettségű csoportok egymáshoz viszonyított létszámának országokénti eltérései miatt – a különböző csoportokhoz tartozó halandósági szintek mellett – az összehasonlítás során ezt figyelembe vevő indexet kell alkalmaznunk. A legutóbbi átfogó európai vizsgálat a legalább érettségizettek és az ennél alacsonyabb végzettségűek halandósága közötti különbségeket hasonlította össze az ún. *relatív egyenlőtlenségi index* alapján. Mind a férfiak, mind pedig a nők esetében a nagy halandósági különbségek, akárcsak a magas halandóság, „rendszerspecifikusnak” bizonyultak: Európában a volt szocialista országokra jellemzőek. Magyarország ezen az ország-csoporton belül is átlag feletti egyenlőtlenségeket mutat. A rendkívül kedvezőtlen magyarországi halandóság tehát csak a halandósági különbségek csökkentésével, vagy más megközelítésben a társadalmi különbségek mérséklésével javítható.

Születéskor várható életkor alakulása Magyarországon alrégiók szerint¹¹



¹⁰ HALANDÓSÁGI KÜLÖNBSÉGEK Kovács Katalin–Ôri Péter

¹¹ Researcher: Lajos Bálint, Demographicresearch institute hcso, budapest, Subregional differences in mortality
www.demografia.hu

4.5.4. A cigányság egészségi állapota

Szociális, gazdasági és egészségügyi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében¹²

A megye roma népessége egészségügyi helyzetének vizsgálatát több szempont együttesen indokolta. Egyrészt meglehetősen közismert, de adatszinten úgyszólván ismeretlen tény a roma és a nem roma társadalom demográfiai szerkezetének eltérése, illetve ismeretlenek az ebből fakadó következmények. A roma népesség a demográfiai fejlődés más szakaszában van, mint a nem roma többség. Az első demográfiai átmenet elmélete szerint a roma népesség még az ún. átmeneti fázis jegyeit mutatja. Fialat a korösszetétele, magas a termékenysége, viszonylag magas a halandósága. *A roma népesség várható élettartama átlagosan tíz évvel rövidebb, mint a nem roma népességé.*

A roma népesség egészségi állapotának, betegségi arányainak értelmezése elképzelhetetlen a szociális, gazdasági és lakóhelyi összefüggések feltárása nélkül. Ezt a logikát követve a tanulmány első része a lényeges háttérösszefüggéseket tárgyalja, és ezt követi az egészségügyi kutatás eredményeinek ismertetése. A teljes kutatás tartalmazott egy, a megye házi orvosainak reprezentatív mintáján lefolytatott véleményvizsgálatot is, ennek eredményeit azonban, elsősorban terjedelmi okokból itt nem közöljük. A munka előkészítése során a célokat, valamint a rendelkezésre álló pénzügyi keretet figyelembe véve egy olyan korcsoportos réteget választottunk ki, amely számára a képzés nem túl távoli emlék, egyúttal koránál fogva a következő öt-tíz évben a munkaerőpiac roma szegmensének magvát alkot(hat)ja. Választásunk így a 19 és 34 év közötti a fiatal felnőttekre esett.

A romák körében az ischaemiás szívbetegségek gyakorisága az összes betegség közül a legnagyobb: több mint tizenötszöröse a megyei átlagnak. A korral való párhuzam természetesen a vizsgált romák körében is jelentkezik. A betegség a jövedelemtől, a lakó- és lakásviszonyoktól nem, vagy csak nagyon kis mértékben függ, tehát alapvetően más, olyan tényezőt kell keresni, amely a betegség ilyen nagy arányát igazolhatja, és ezzel párhuzamosan azt a tény is szemügyre kell vennünk, hogy a nők körében a gyakoribb, szemben az erre a betegségre általánosságban jellemző „férfifölénnyel”. Ennek a kérdésnek a nyitja a nők körében gyakoribb rizikófaktorok és környezeti ártalmak felfedése. A roma

¹² BABUSIK FERENC–DR. PAPP GÉZA, A cigányság egészségi állapota, ESÉLY, 2006/6

nők a családban a vizsgált életkorban többnyire otthon tartózkodnak, háztartásbeliek, alacsony a fizikai aktivitásuk, feltételezhetően gyakrabban küszködnek elhízással. Az önmagában alacsony arányt képviselő háztartásban foglalkoztatott férfiak körében e betegség aránya magas (az alapátlagot jelentő 6,7 százalék közel a kétszerese) – ez a jelenség azonban a háztartásban foglalkoztatott nőkhöz hasonló életkörülményeikkel magyarázható. Az adatokból az is kitűnik, hogy a nők körében magasabb a diabétesz és a magas vérnyomás aránya, ami szintén fokozott rizikót jelent. Ennek okait a megfelelő részekben tárgyaltuk. A dohányzás –bár erre sajnos egyértelmű adatokat nem kaptunk – vélhetően szintén jellemzőbb ebben a körben. Az orális fogamzásgátlók szedése szintén fokozza a szívbetegség gyakoriságát, ezt azonban nem vizsgáltuk. Ezeknek a faktoroknak eredőjeképpen lehetséges, hogy az ischaemiás szívbetegségek gyakorisága jelentősen nagyobb a romák körében, és megoszlása is eltérést mutat a KSH statisztikájában találtakhoz képest. Ennek megfelelően az ischaemiás szívbetegségek megelőzése érdekében a romák körében elsősorban a diabétesz, a magas vérnyomás szűrését és kezelését, dohányzás ellenes és egészséges életmódot oktató programok indítását kellene javasolnunk.

Az átmeneti agyi keringészavarok (a stroke-ok) az egészségügyi statisztikák szerint rendkívül nagy arányban jelentkeznek magas vérnyomás-betegség, cukorbetegség, magas vérzsír szint esetén és az érszűkület, az érlemeszesedés adja a pathogenetikai (kóroktani) alapját. Az átmeneti agyi keringészavarok és a környezeti tényezők közötti összefüggés nem jellegzetes, ezt jól magyarázhatja, hogy a stroke-ok etiológiájában elsősorban a fent említett alapbetegségek megléte játszik szerepet, és nem a környezeti hatások az okai. A környezeti hatásokból nem emelhető ki egyetlen egy sem, mellyel szoros összefüggés volna felfedezhető. A társbetegségek, jelen esetben alapbetegségek azonban jelentősen függhetnek a környezeti, szociális hatásoktól, így a stroke-ok nagyobb gyakorisága közvetve elfogadható.

Összességében a roma népességben az átmeneti agyi keringészavarok aránya közel hatszorosa a megyei átlagnak. (Mivel az egyes lényeges tényezők hatása a betegség arányára kimutathatatlan, a javaslatok között megfogalmazott szűrések, amelyek alapbetegségeket hivatottak diagnosztizálni, távlatilag csökkenthetik a stroke-ok arányát.)”

4.6. Következtetések

A szív és érrendszeri betegségek néhány elmaradott térséget leszámítva világviszonylatban a legfőbb haláloknak számítanak. Társadalmi és gazdasági jelentőségük hatalmas. Mivel kialakulásuk többnyire életmódbeli tényezőkhöz köthető, így megelőzésük reálisan tervezhető lehetne. Magyarország a régió belül is igen kedvezőtlen képet mutat, így a hatékony prevenciónak nincs alternatívája és nem halogatható. Kiemelt figyelmet kell fordítani a roma lakosságra, akik megbetegedési, halálozási és várható életkor statisztikái az országos átlagnál is sokkal rosszabbak.

5. A szív és érrendszeri betegségek kockázatbecslése

2.Tézis: A szív és érrendszeri betegségek kialakulásában legnagyobb mértékben az egészségtelen életmódból eredő kockázati tényezők játszanak szerepet, ezért a megelőzés alapja a betegséghez vezető rizikófaktorok gondos és egyénre szabott meghatározása, felhasználva az elmúlt évtized erre vonatkozó tudományos eredményeit is.

A prevencióval kapcsolatos későbbi okfejtések megértéséhez szükséges a főbb kardiovaszkuláris betegségek, mint az infarktus vagy agyvérzés bemutatása az azokat kiváltó legfőbb okok szempontjából. Kulcsszónak tekinthetjük a rizikó- rizikófaktorok szópárt, mivel a disszertáció témája, a prevenció általában a rizikófaktorok felismerésén és korai minimalizálásán alapul. A feldolgozás tárgyát képező első nagy problémakör abból adódik, hogy a rizikófaktorok megítélése nem egységes, ugyanakkor az arra alapozott kezelési vagy prevenciós protokollok meglehetősen merevek. Ez a merevség általában is jellemzi az orvosi eljárásokat, amely megállapítás nem szükségszerűen negatív, de tényszerűen lassítja az új, innovatív eljárások elterjedését. Pontosítva: az egészségügyi eljárásokban a szakmai grémiumok által kidolgozott módszertant kell az orvosoknak követniük. Az ettől való eltérés adott esetben jogi és egzisztenciális következményekkel járhat.

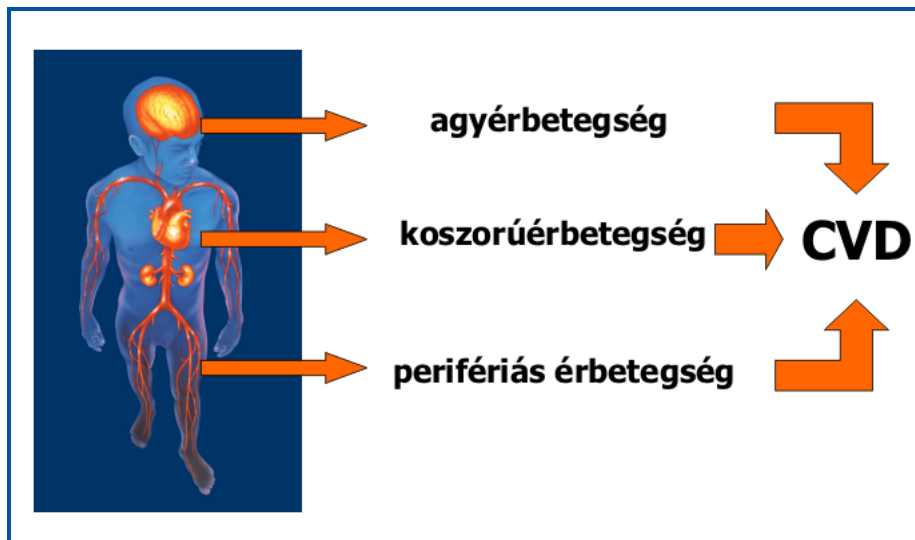
5.1. Az érlelmeszesedés

A következő szakasz célja az, hogy rávilágítson a szűrést indokoló élettani és módszertani szempontokra, amelyeket az elmúlt évek kutatásai világítottak meg.

Az érlelmeszesedés klinikai megjelenési formái

A szív- és érrendszeri megbetegedések és következményeik évente több tízmillió halálesetért tehető felelőssé világszerte. A mai orvosi álláspont szerint a kardiovaszkuláris szövődmények – melyek hazánkban a vezető halálokat képezik – döntő többségében a betegség kialakulásának hátterében az atherosclerosis folyamata húzódik. Az érlelmeszesedés olyan szisztémás megbetegedés, mely a szervezet teljes artériás rendszerét érinti, és a folyamat végeredményét tekintve súlyos következményekkel bír - ide tartozik a szívinfarktus, a stroke, a végtagi erek betegségei, elzáródása. Az atherosclerosis igen hosszú

tünetmentes „lappangási” időszak után manifesztálódik. A megbetegedések 30%-ában az első tünet sajnos egyben az utolsó is, és már a végzetes következménnyel szembesülünk. A nem fatális következményeket pedig megszüntetni, meggyógyítani nem lehet, legfeljebb a progressziót tudjuk lassítani, esetleg időlegesen megállítani.



1. ábra Az érlemezés megjelenési formái a klinikumban¹³

Számos bizonyítékkal rendelkezünk arról, hogy az atherosclerosis időben megkezdett komplex kezeléssel lelassítható, megállítható, esetleg visszafordítható. Könnyen belátható, hogy az érlemezés időben történő felismerése, a még tünetmentes állapotban történő kimutatása nagy jelentőségű a manifeszt érbetegségek, a szövődmények megelőzése szempontjából.

A páciens globális szív- és érrendszeri rizikójának felmérése, és a kardiovaszkuláris megbetegedések (koszorúér-, agyi-, vese-, perifériás érbetegséggel összefüggő klinikai események) rövid időtartamú megjelenési valószínűségének becslése elengedhetetlen, mert ez határozza meg, hogy az orvos milyen lépéseket tegyen a súlyos, gyakran halálos szív-és érrendszeri események elkerülése érdekében.

¹³ Drouet L. Cerebrovascular Diseases 2002; 13(suppl 1): 1–6

5.2. A klasszikus rizikófaktorokon alapuló kardiovaszkuláris rizikóbecslés korlátai

Magyarországon a legszélesebb körben használt módszer az európai SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) rizikóbecslés, amely öt jellemző (életkor, nem, systolés vérnyomás, koleszterinszint és dohányzás) alapján méri fel a végzetes kardiovaszkuláris (CV) esemény bekövetkeztének 10 éven belüli kockázatát; a módszer a fent említett öt rizikófaktort egy táblázatban egyesíti, amelyből a százalékban kifejezett valószínűség megállapítható. A definíció szerint a kis kockázatot a 3%-nál kisebb, közepes kockázatot a 3-4%, vagy annál nagyobb, a nagy kockázatot az 5%, illetve annál nagyobb esély jelenti.

Az amerikai szív- és érrendszeri rizikóbecslésre alkalmazott Framingham pontrendszer hasonló elven alapul, és az összes koszorúér- esemény 10 éven belüli bekövetkeztére vonatkozik. Ezen kettő, ún. klasszikus rizikófaktorokra alapozott SCORE vagy Framingham analízis populációs szintű hatékonysága nem kérdőjelezhető meg, de az egyén konkrét, individuális veszélyeztetettségének megállapítására nem kellően hatékony.

”Az ellátott infarktusos betegeknek mindössze a 40%-nál áll fenn magasvérnyomás illetve magas koleszterinszint.”¹⁴

Egyik módszer sem vesz figyelembe számos egyéb, jól ismert tényezőt (obesitas, diabetes, családi anamnézis, fizikai aktivitás hiánya, pszicho-szociális faktorok, etnikai hovatartozás stb.), valamint hogy elsősorban a fatális coronaria betegségre vonatkozik, holott a stroke is vezető oka a szív-és érrendszeri eredetű halálozásnak és rokkantságnak. Megemlítendő továbbá, hogy a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás több mint 80%-a az alacsony, illetve a közepes bevételű országokban fordul elő, amelyekben a SCORE és Framingham értéke eddig nem lett vizsgálva¹⁵. Magyarországi adatokat pedig egyáltalán nem használtak fel a SCORE-chart kidolgozásakor. A szakmai folyóiratokban egyre több publikáció támasztja

¹⁴ John Hopkins Hospitals (USA), 1998, White Papers, „Coronary Heart Disease”

¹⁵ Performance of subclinical arterial disease detection as a screening test for coronary heart disease; Simon A, Chironi G, Levenson J., Hypertension, 2006 Sep;48(3):392-6).

alá a klasszikus rizikófaktorokon alapuló kockázatbecslés pontatlanságát, keresve további, önálló paramétereket a kardiovaszkuláris prognózis meghatározására^{16,17}.

A felsorolt öt paraméterből is nyilvánvaló, hogy ezek az atherosclerosisra vonatkozóan indirekt paraméterek, és nem szolgáltatnak direkt információt az artériákról, az artériák rugalmassági tulajdonságairól, melyek a kardiovaszkuláris események végső okát jelentő érlelmeszesedéssel függnek össze. „Bár döntően a hagyományos rizikófaktorok felelősek a kardiovaszkuláris események bekövetkezéséért, prediktív erejük gyenge - feltehetően azért, mert az egyes emberek fogékonysága ezeknek a szövődményeknek a szempontjából nagyfokú individuális változékonyságot mutat.”¹⁸

A rizikóbecslési eljárások természetesen nem szorítkoznak az említett két modellre. Számos más változat is létezik, amelyek más és más paramétereket, biomarkereket vesznek be a modellbe. Az American College of Cardiology Foundation/American Heart Association 2010-es útmutatója¹⁹ 22 különböző eljárást vagy paramétert vizsgál meg a rizikóbecslés szempontjából és hatékonyságuk alapján osztályokba sorolja azokat.

Más modellek a klasszikus eljárásokat egészítik ki egy-egy biomarkerrel. Ilyen például a Reynolds Risk Score²⁰:

24.000 nő több mint tíz éves követéses vizsgálati adatai alapján a kutatók egy új eszközt alkottak, amelyet Reynolds risk score-nak neveznek. A vizsgálati csoportra alkalmazva a Reynolds risk score a Framingham score hoz hasonló eredményeket adott a magas és alacsony rizikójú nők csoportjára. A két csoport közöttire az eredmény jobb volt. Az új modell újra osztályozta a nők közel felét magas vagy alacsony rizikó csoportba sorolva őket. Az új számítógép által készített besorolás majdnem pontosan megjósolta, ami a nőekkel a

¹⁶ May subclinical arterial disease help to better detect and treat high-risk asymptomatic individuals?
Simon A, Chironi G, Levenson J.; J Hypertens, 2005; 23:1939-1945.;

¹⁷ Vulnerable Plaque to Vulnerable Patient - Part III: Executive Summary of the Screening for Heart Attack Prevention and Education (SHAPE) Task Force Report; Am J Cardiol, 2006; 98[suppl]:2H15H

¹⁸ John Hopkins Hospitals (USA), 1998, White Papers, „Coronary Heart Disease”

¹⁹ 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults:
Executive Summary

²⁰ http://www.health.harvard.edu/press_releases/heart-attack-risk

következő tíz évben történt. A kutatócsoport most azt vizsgálja, hogy az új eszköz működik-e férfiak esetében. A kutatók a tesztet minden érdeklődő számára elérhetővé tették: <http://www.reynoldsriskscore.org>.

A Reynolds risk score a következő paraméterek alapján határozza meg a kockázatot: nem, életkor, dohányzás, vérnyomás, total koleszterin, HDL („jó”) koleszterin, CRP (gyulladásos fehérje) érték, családi kórtörténet.

Mivel ezek a paraméterek egy laboratóriumi vizsgálat és egy vérnyomásmérés alapján megismerhetők, a rendszer web oldalán kialakított kérdéssorra adott válaszok után az egyén 10 éves periódusra vonatkozó szív és érrendszeri rizikója meghatározható.

A korszerűbb elméletek az érlemezésedés gyulladásos hátterét emelik ki. Ebből a megfontolásból a CRP paraméter figyelembe vételével elért pontosabb rizikóprofil a gyulladásos elméletet látszik igazolni.

Reynolds Risk Score
Calculating Heart and Stroke Risk for Women and Men

Home Calculator FAQ

If you are healthy and without diabetes, the Reynolds Risk Score is designed to predict your risk of having a future heart attack, stroke, or other major heart disease in the next 10 years.

In addition to your age, blood pressure, cholesterol levels and whether you currently smoke, the Reynolds Risk Score uses information from two other risk factors, a blood test called hsCRP (a measure of inflammation) and whether or not either of your parents had a heart attack before they reached age 60 (a measure of genetic risk). To calculate your risk, fill in the information below with your most recent values. [Click here](#) for help filling the information.

Gender Male Female

Age Years (Maximum age must be 80)

Do you currently smoke? Yes No

Systolic Blood Pressure (SBP) mm/Hg

Total Cholesterol mg/DL (or) mmol/L

HDL or "Good" Cholesterol mg/DL (or) mmol/L

High Sensitivity C-Reactive Protein (hsCRP) mg/L

Did your Mother or Father have a heart attack before age 60 ? Yes No

Calculate 10 year risk

5.3. Miért kell mérni az artériás funkciót?

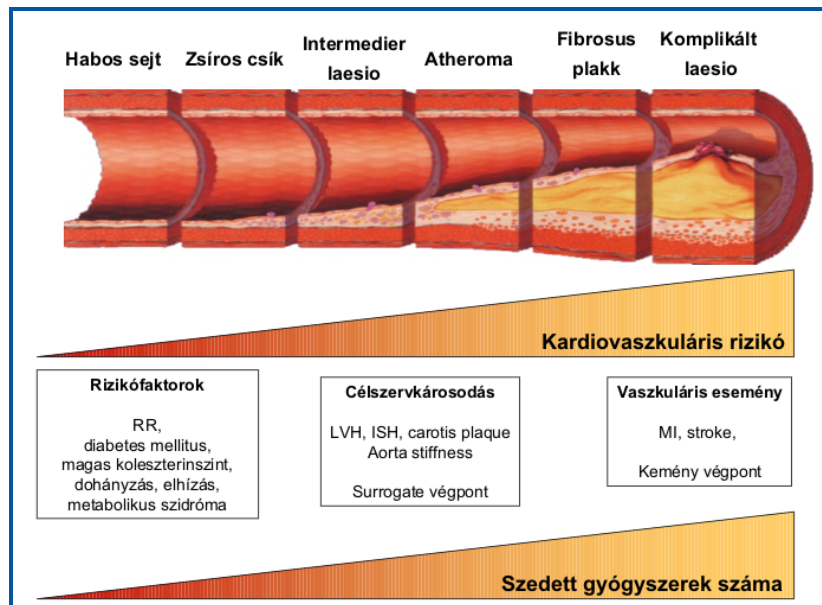
„A hagyományos rizikófaktorok nem elegendőek a koronáriabetegség szűrésére.”²¹

²¹ Performance of subclinical arterial disease detection as a screening test for coronary heart disease; Simon A, Chironi G, Levenson J., Hypertension, 2006 Sep;48(3):392-6).

„A tradicionális rizikófaktorok önmagukban nem szűrik ki minden esetben a magas kardiovaszkuláris kockázatot, ez a tény szükségessé teszi új, potenciális tényezők felkutatását és mérését a tünetmentes, de nagy rizikójú betegek körében.”²²

Ismert tehát, hogy az általánosan használt rizikóbecslő módszerek kiválóan alkalmazhatóak populációs szinten, ám az egyénre vonatkozóan nem rendelkeznek kellő prediktív erővel. Az egyénre szabott, pontos diagnózis érdekében az egyéb kockázati tényezők felé irányult az orvostudomány. Az érlelmeszesedés éveig lappangó folyamat, így a cél a szubklinikus elváltozások felismerése.

„Akár a koronáriák, akár a perifériás erek endotheliumának károsodott működése a kardiovaszkuláris események önálló prediktorának bizonyult, és a konvencionális rizikófelmérésből származó adatokon túlmutatva értékes prognosztikus információval szolgál.”²³

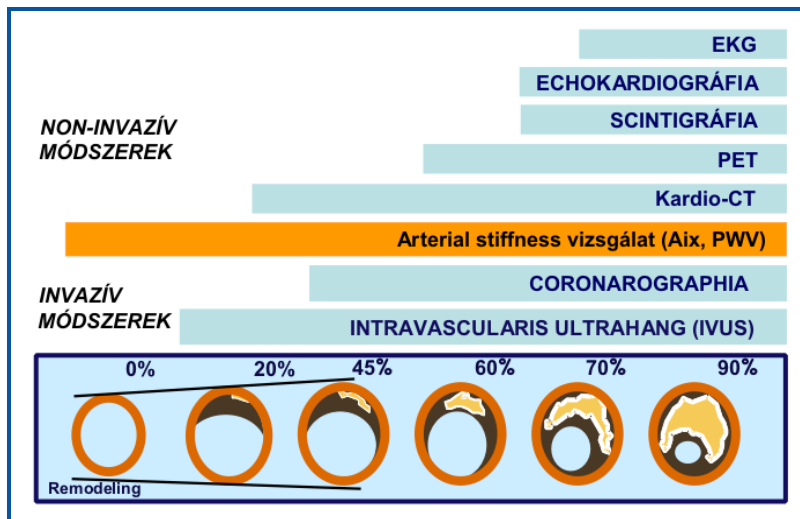


2. ábra Az érlelmeszesedés folyamata

²² Bonetti PO, Lerman W. Lerman A. Endothelial dysfunction. A marker of atherosclerotic risk. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003;23:168-175

²³ Bonetti PO, Lerman W. Lerman A. Endothelial dysfunction. A marker of atherosclerotic risk. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2003;23:168-175

Jogos a kérdés: valamely nagy prediktív értékű, korai vaszkuláris károsodást kimutató eljárás miért nem vált rutinvizsgálattá? Ennek oka, hogy a mai napig a vizsgálat eszközigénye (ez magát az eszközt, vagy azon belüli funkciókat jelent, pl. vascularis vizsgálatra alkalmas ultrahang készülék, EKG-kapuzási lehetőség, videorögzítés; labor) vagy invazív jellege gátolta a mindennapi gyakorlatban való elterjedését. Mindazonáltal az utóbbi évtizedben az arterial stiffness mérése (PWVao, aorta pulzushullám-terjedési sebesség) és a pulzushullám-analízis (PWA) terjedt el leginkább az érfali funkció vizsgálatára.



3. ábra Non-invazív módszerek és érzékenységük az érlemezés megállapítására²⁴

Az arterial stiffness, másképpen érfali merevség, “érfali rugalmasságvesztés” jellemző paramétereinek ismerete az atherosclerosis legkorábbi stádiumának kimutatását, az endothel dysfunctio diagnosztizálását teszi lehetővé. A non-invazív módszerek közül kétféle módszer terjedt el a klinikumban, az oszcillometria (Arteriográf) és az applanációs tonometria.

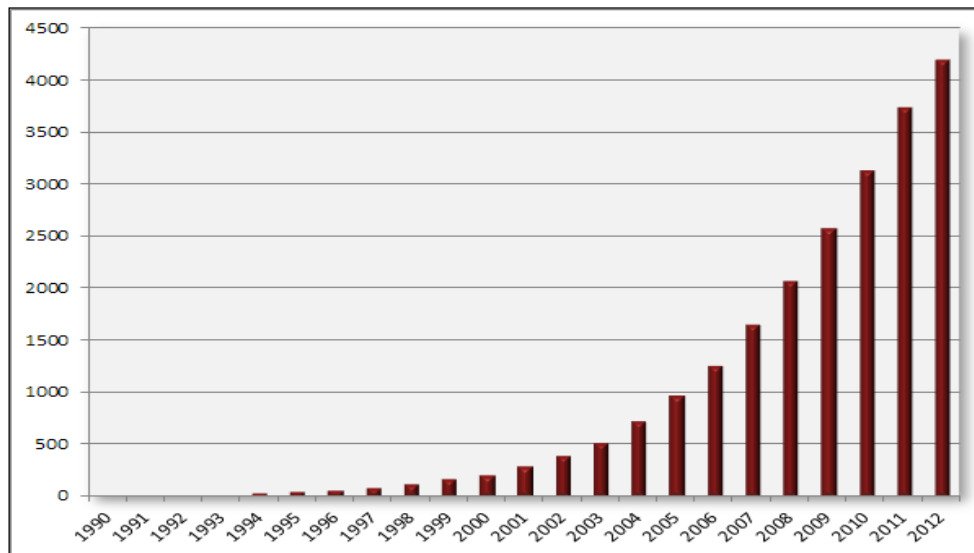
5.4. Az artériás stiffness jelentősége a kardiovaszkuláris diagnosztikában és terápiában

Az artériás stiffness egy további tényezőként jelenik meg az eddig ismert kardiovaszkuláris rizikófaktorok mellett.”²⁵

²⁴ Nach Erbel. HERZ 1996;21,75-77 alapján

Az artériás stiffness vizsgálata a kardiovaszkuláris diagnosztika igen gyorsan fejlődő új területe.

Ezt bizonyítja a tárgyban megjelenő publikációk számának rohamos növekedése és a módszerek az artériás hipertónia kezelési irányelveibe való beépítése is (ESH/ESC Guidelines 2007²⁶).



4. ábra Az arterial stiffness publikációk számának növekedése

Az előző szakaszok sok szempontból megvilágítják az arterial stiffness mérésének fontosságát elsősorban az egyén szempontjából, hiszen ezek az individuális adatok sokkal pontosabban írják le az egyén rizikóstatuszát, mint a statisztikai modellek. Az ezen a koncepción alapuló prevenció sokkal hatékonyabb, mint a korábbiak, mivel már igen korai

²⁵ Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications; Stephane Laurent, John Cockcroft, Luc Van Bortel, Pierre Boutouyrie, Cristina Giannattasio, Daniel Hayoz, Bruno Pannier, Charalambos Vlachopoulos, Ian Wilkinson, and Harry Struijker-Boudier on behalf of the European Network for Non-invasive Investigation of Large Arteries; *European Heart Journal*, (2006) 27, 2588-2605.

²⁶ 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension - The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC); G. Mancia et al.; *Journal of Hypertension* 2007, 25:1105-1187

fázisban képes az érlelmeszedés kimutatására. A leírtaknál a súlypontot a szűrés indoklására helyeztük, fontos azonban megemlíteni, hogy az Arteriográf a terápia ellenőrzéséhez is hathatós támogatást nyújt, mivel olyan paramétert is képes számszerűsíteni, mint az aortában lévő szisztolés vérnyomást, amely a hipertónia kezelésénél alapvető fontosságú.

5.5. A kockázati tényezőkről általában²⁷

A szív- és érrendszeri, igen veszedelmesnek mondható betegségek kialakulásáért nagyrészt általunk befolyásolható, elkerülhető kockázati tényezők felelősek. Mivel a már kialakult érelváltozások nehezen kezelhetőek, rendkívüli jelentőséget kap a megelőzés, a rizikófaktorok ismerete és kiküszöbölése.

Az örökölt adottságokat, hajlamokat nem áll módunkban változtatni, de szerencsére ezektől eltekintve csupa általunk befolyásolható tényezővel találjuk szembe magunkat. Ezek egyik csoportját az életmódbeli vagy az életmódhoz szorosan kapcsolódó tényezők, másik csoportját bizonyos megbetegedések alkotják.

A kockázati tényezők három csoportja:

Egyéni sajátosságok – nem befolyásolhatók: a korunk, a nemünk, a családban már előfordult korai érrendszeri- vagy anyagcserebetegség, vagy ha már igazolt, kialakult érrendszeri betegségünk van.

Életmód – befolyásolható tényezők: az étrend, a dohányzás, a mozgáshiány, a túlsúly és a stressz

Élettani sajátosságok – szintén befolyásolhatók: emelkedett vérzsírszint (koleszterin és triglicerid, magas vérnyomás, cukorbetegség, vesebetegség, hasi elhízás, csökkent glükóztolerancia (csökkent cukortűrő képesség, cukorbetegsége hajlamosító állapot), fokozott véralvadási készség.

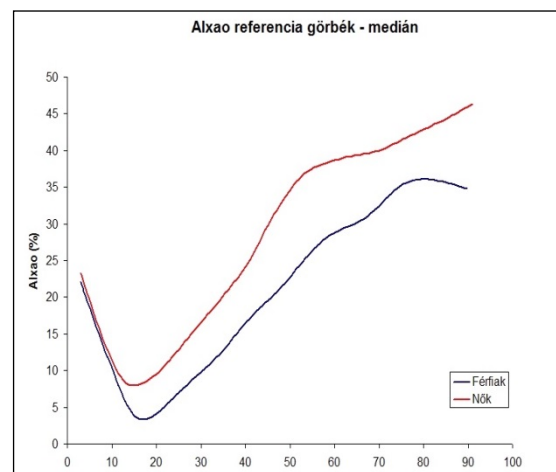
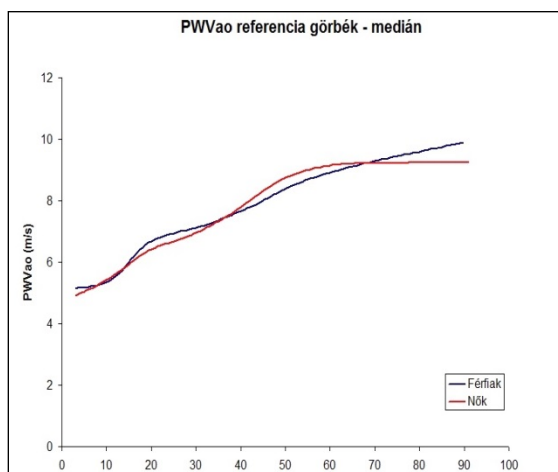
A rizikófaktoroknak rendkívül nagy irodalma van, ahogy a klasszikus értelemben vett prevenciónak is. A megelőzés súlypontja a dohányzás, a koleszterin, és a túlsúly/ táplálkozás/ mozgáshiány komplexre irányul. Kiemelt figyelmet kapnak a cukorbetegség, mivel ez a betegség önmagában is nagymértékben növeli a szív és érrendszeri kockázatot.

²⁷ www.sziverosito.hu

5.6. A női infarktus

Kiemelkedő fontossága és speciális volta miatt külön foglalkozunk a nemek közötti különbséggel. Korábban az infarktust kifejezetten férfi betegségnek tartották. Még ma is kevesen tudják, hogy manapság már több nő hal meg szív és érrendszeri problémák miatt, mint férfi, több mint 50% gyakorisággal. Az okok között nyilván a nők megváltozott életmódja játssza a legnagyobb szerepet. Ugyanakkor a kutatások arra is rámutattak, hogy a női infarktus különbözik a férfi infarktustól. Fontos különbség van az akut esetek tünet együttesében is. A női infarktust sokszor helytelenül diagnosztizálják, mivel nem produkálja a férfiaknál megszokott és közismertnek mondható tüneteket. Szakmai körök úgy fogalmazzák, hogy a férfi infarktus inkább makrovaszkuláris, a női inkább mikrovaszkuláris eredetű, és egyben javasolják a „nők ischaemiás szívbetegsége” megnevezést ennek elkülönítésére.²⁸

Érdekes megfigyelés tehető a Tensiomed több ezer páciens adatait feldolgozó ábráin, amelyek a nagy artériák állapotát jellemző PWV (pulzushullám sebesség) és a kisebb átmérőjű rezisztencia erek állapotát jellemző AiX (augmentációs index) kortól való függését mutatja be mindkét nemre. Látható, hogy amíg az aorta meszesedését leíró PWV mindkét nemre azonosan fut, addig az endothellel (érbelhártya) összefüggő augmentációs index a pubertás kor után jellemzően nagyobb perifériás ellenállást mutat a nők esetében. Ez a tény is alátámasztja a két nem eltérő kezelési protokolljai iránt megfogalmazott igényeket.



²⁸ A hypertoniás szívbetegség monográfiája, Szauder Ipoly, Vox Medica kiadói Kft.2011. 97.o.

Csak egy példát idézve a sokaságból, az alábbi cikk²⁹ a fent leírtakat bontja ki orvosi szempontokat véve alapul.

Egyes intézmények már annyit léptek előre a témában, hogy külön osztály foglalkozik a „női” kardiológiával, mint a Center for Gender in Medicine and Cardiovascular Disease in Women and Cardiovascular Research Center Berlin, Charité and Deutsches Herzzentrum Berlin.

Más problémára, a lábak elvesztéséhez vezető perifériás érbetegségekre hívja fel a figyelmet az alábbi cikk.³⁰ A probléma fontosságát jelzi az Amerikai Szív Társaság közleménye is³¹, amely ezzel kapcsolatban hív fel cselekvésre. Itt csak megemlítjük, hogy az USA-ból mozgalom indult el „Go Red for Women” – öltözz pirosba a nőkért, amely erre a problémára irányítja rá a figyelmet.



5.7. Következtetések

A szív és érrendszeri betegségek legfőbb oka az érlemezésedés, aminek a progresszióját az életmód alapvetően befolyásolja. Bár évtizedekig is tünetmentes maradhat, már léteznek olyan egyszerűen alkalmazható diagnosztikai eljárások, amelyekkel az érlemezésedés ténye és foka korai, tünetmentes fázisban is meghatározható.

Az egyéni rizikó meghatározásának hatékonysága az új, arterial stiffness paraméterek figyelembe vételével javítható. A páciens nemét a korábbi gyakorlatnál nagyobb mértékben kell figyelembe venni a szív és érrendszeri rizikó meghatározásánál.

²⁹ Women and Heart Disease Heart Disease, While Common in Women, Is Poorly Understood and Treated http://heartdisease.about.com/od/womenheartdisease/a/heartdisease_wm.htm

³⁰ Peripheral arterial disease affects more women than men , <http://www.theheart.org/article/1362661.do>

³¹ A Call to Action: Women and Peripheral Artery Disease : A Scientific Statement From the American Heart Association, Circulation published online February 15, 2012

6. Prevenció klasszikus értelmezésben

3. Tézis: A „prevenciós piacon” ma több szereplő is működik, így az új piacra lépők versenyhelyezettel szembesülnek. A piacra jelenleg csekély hatása van az államnak és a civil szervezeteknek, de annál jelentősebb az „egészségipar” szereplőinek gazdasági súlya és aktivitása.

A következő nagy tartalmi egység a prevenciót járja körül. Megvizsgáljuk a fejlett világban jelenleg alkalmazott prevenciós stratégiákat. Megvizsgáljuk a magyarországi helyzetet is azonosítva a „prevenciós piac” szereplőit. Ebben a fázisban áttekintjük az államilag folytatott prevenciós eljárásokat és az azokban megjelenő érdekeket is elemezzük. Az érdekek mentén újabb terület elemzése válik szükségessé, mivel jelentős gazdasági erők működnek a rizikó-prevenció kommunikáción alapuló termékek és szolgáltatások forgalmazása területén. Vizsgálható kérdés, hogy a csekély hatásfokú állami prevenciós tevékenység milyen kölcsönhatásban áll a gazdasági érdekek által vezérelt „prevenciós” üzletágakkal. Foglalkozunk a civil szervezetek tevékenységével, az egyes szakmai vagy éppen betegcsoportok által folytatott prevenciós tevékenységgel. Ez a tevékenység jellemzően kommunikációs tevékenység, ami a legtöbb esetben pozitívan értékelhető. Itt a hatékonyságot általában a szervezet mögött álló anyagi háttér befolyásolja. Anyagi háttér híján az elért eredmény nem számottevő, ha pedig üzleti érdek vezérelte támogató áll a háttérben, akkor a cél vagy a módszer válik megkérdőjelezhetővé. A fejezetben megjelenik egy új elem, az állam által uniós forrásból finanszírozott társadalmi prevenciós tevékenység is. Ez jó kitörési pont lehet, ha megfelelő szakmai vezérelvek mentén működik a prevenciót elősegítő csoport kommunikáció és arra épülő életmód-változtató törekvés.

A WHO megállapítása szerint az összes egészségügyre fordított költségnek csak 3%-át fordítják prevencióra

6.1. Primer és szekunder prevenció

Szakmailag kétféle prevenció határozható meg. Ha a prevenciót a még látszólag egészséges, panasz és tünetmentes lakosságra alkalmazzuk, akkor primer prevencióról beszélünk. A gyakorlatban ennek a prevenciónak csak nyomai fedezhetők fel, leginkább az egészséget

károsító szokásokkal kapcsolatos szórványos kommunikáció formájában. Ez a kommunikáció általában közmédiában jelenik meg, nem igazán pozícionálva és nem túl nagy gyakorisággal. Ennek a tevékenységnek a hatását elhanyagolhatónak kell tekintenünk az egészség megőrzése szempontjából.

Szekunder prevencióról akkor beszélünk, ha már kialakult betegség további romlását igyekszünk megakadályozni. Ez már minden esetben adott páciensre vonatkozik, személyre szóló, már nem tanácsokkal, hanem utasításokkal. Itt szinte mindig a dohányzás elhagyása, helyesebb táplálkozás, több mozgás az előírás, és többnyire élethossziglan tartó gyógyszeresedés a prevenció alapja. A későbbiekben vizsgáljuk a páciensek terápiakövetési és gyógyszeresedési hűségét. Nem meglepő az a megállapítás, hogy a beteg embereknél a terápia követése valószínűbb, mint az egészséges emberek életmód változtatása terápiai tanácsok hatására. Az egész dolgozat a primer prevenciót dolgozza fel, így a későbbiekben is csak az ezzel összefüggő szempontokat vizsgáljuk majd.

6.2. A prevenció alanyai

A primer prevenciót a panasz és tünetmentes lakosságra kell alkalmazni. A szív és érrendszeri prevenció alanyai a látszólag egészséges, panasz és tünetmentes 35-65 éves korosztály. Természetesen a fiatalabb korosztály kezelése is fontos lenne, mert több egészségkárosító szokás ebben a korban alakul ki. Ezek közül is kiemelkedő a dohányzás és nem hanyagolható el az alkoholfogyasztás sem. A kábítószer fogyasztás nem specifikus szív és érrendszeri rizikófaktor, így jelentős társadalmi és egyéni veszélye ellenére sem képezi vizsgálatunk tárgyát.

A korábbiakban megismertünk olyan tényeket, amelyek indokolják speciális célcsoportok képzését is a prevenció tevékenység szempontjából. Így külön érdemes foglalkozni a nőkre szabott prevencióval is, és számos hátrányos tényező miatt a romákat célzó prevenciót is a speciális körülményekhez kell igazítani.

Nem működhet hatékony prevenció általános, mindenkire szóló üzenetekre alapozva. Az ilyen üzenetek már a lakosság kommunikációs ingerküszöbe alatt vannak. Csak a személyre szóló, az adott egyén problémáit megoldó üzenetek juthatnak célba.

6.3. Hagyományos prevenció irányelvek

A mai prevenció azon az elven alapul, hogy ha a lakosságot tájékoztatjuk arról, hogy valamilyen tevékenység egészség károsító, akkor felhagynak azzal és helyette egészséges modelleket követnek. Sajnos ez az elgondolás nem vezet eredményre. A televízióban szórványosan megjelenő „szívbarát margarin” reklám nem változtatja meg tömegek táplálkozási szokásait.

A mai egészségügyi struktúra javarészt még a régi, a fertőző betegségek prevenciójára van berendezkedve. Van kötelező tüdőszűrés és van hozzá ellátó hálózat. Van mód önkéntes rákszűrésre is, jellemzően nőknek emlő és méhszáj szűréssel. Domináns szerepe ellenére sincs átfogó szív és érrendszeri szűrés. Van szűrőbusz is, de az abban végzett szív és érrendszeri szűrés nem vesz tudomást az elmúlt tíz év eredményeiről, hatékonysága megkérdőjelezhető.

6.4. Prevenció kormányzati törekvések külföldön

A probléma ismert külföldön is, és számos tanulmány, ajánlás foglalkozik ezzel a kérdéssel. A következőkben a teljesség igénye nélkül említünk meg egy USA és egy UK programot.

6.4.1. USA - a SHAPE study

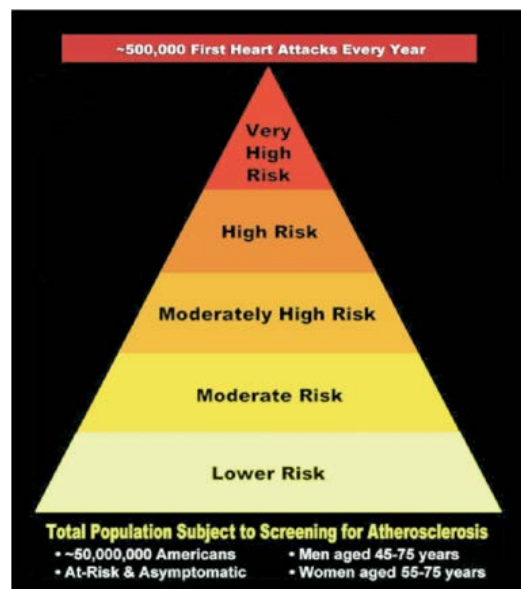
Az USA-ban is útkeresés folyik, a SHAPE study szerint a teljes népesség szűrésére lenne szükség az érlelmeszesedés kimutatására, figyelembe véve az 50.000.000 amerikai, akik magas rizikóval élik életüket.

Címszavak a projektből:

500 ezer szívinfarktus évente

50.000.000 tünetmentes amerikai magas rizikóval.

Szükség lenne a teljes népesség szűrésére a korai, szubklinikai stádiumú érlelmeszesedés kimutatására.



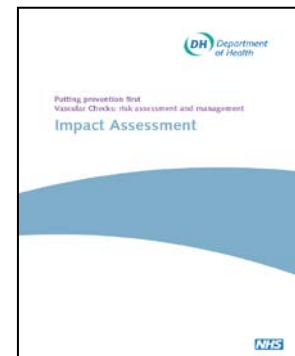
„Hatékony rákszűrés rendelkezésünkre áll, ugyanakkor átfogó atherosclerosis szűrőprogram nincs kidolgozva”

6.4.2. Anglia- NHS: Putting Prevention First

Angliában 2008-ban indult egy átfogó szűrőprogram. A program részleteit Hodosi Anett összefoglalójának felhasználásával mutatjuk be.

Az angol Szívérrendszeri Szűrőprogram³²

Az angol, nemzeti szintű Szívérrendszeri Szűrőprogramot, vagy eredeti nevén az NHS Vascular Health Checks-et Professor Lord Darzi – akkori Egészségügyi Államtitkár – jelentette be 2008. június 30-án (Ara Warkes Darzi, Baron Darzi of Denham).



A Program a Miniszterelnök és az Egészségügyi Miniszter felkérésére, az NHS Next Stage Review keretein belül készült, mely a megelőzés fontosságára és időszerűségére helyezi a hangsúlyt. A Program középpontjában a magas szintű, minőségi ellátás biztosítása áll, mely klinikai, költség és idő hatékony.

Angliában a korai halál, a hosszú távú betegségek és az egészségügyi egyenlőtlenségek kialakulásában a szívérrendszeri betegségek kiemelkedő szerepet játszanak, ezért ezek megelőzése elsődleges fontosságú (NHS Primary Care Commissioning 2009).

A stroke, diabétesz, koronária és vese betegségek több mint 4,5 millió embert érintenek, illetve több mint 170,000 haláleset okozói évente. Orvosi kutatások bizonyítják, hogy ezen betegségek rizikófaktorai meghatározhatóak és időben történő beavatkozással csökkenthetőek (Department of Health, Vascular Programme 2008). Mindezzel lehetségessé válik a szívérrendszeri betegségek megelőzése, késleltetése, illetve bizonyos esetekben akár a kóros folyamatok visszafordítása is.

A Program 2009-ben vette kezdetét, melynek nemzeti szintű lefedettségét 2013-ig kell elérni. Előzetes becslések alapján évi minimum 9500 szívinfarktus és stroke, illetve 4000 diabéteszes eset előzhető meg így. A szűrővizsgálatok a 40 és 74 év közötti, szívérrendszeri betegséggel ez idáig nem diagnosztizált lakosságot érintik, akik körében a 'Csökkentsd a

³² Az angol Szívérrendszeri Szűrőprogram, Hodosi Anett feldolgozása, anett.hodosi@unimedic.co.uk

Kockázatodát' elnevezésű nemzeti kampányon keresztül népszerűsítik a megelőzés fontosságát, illetve juttatják el az érintett személyekhez a vizsgálatokkal kapcsolatos legfontosabb információkat (NHS Primary Care Commissioning 2009).

A különböző szívérrendszeri betegségek eltérő hatást váltanak ki az emberi szervezetre, de az őket jellemző rizikófaktorokban megegyeznek, melyeket befolyásolhatósági szempontból fix és változó tényezőkre oszthatunk.

A szív és érrendszert ért károk a kor előrehaladtával súlyosbodnak, mely folyamat gyorsabb a férfiak és bizonyos etnikai csoportok körében, illetve azok esetében, akik családjában előfordult korábban ilyen betegség. Ezen tényezőket fix faktoroknak nevezzük, mivel ezeken nem lehet változtatni.

Mindazonáltal a kardiovaszkuláris betegségek kialakulását változó tényezők is befolyásolják, melyekre odafigyelve jelentősen növelhető az élettartam. A túlsúly, dohányzás, magas vérnyomás, vagy például az emelkedett vérkoleszterin szint mind növeli a betegségek kialakulásának az esélyét, azonban csökkentésükkel nagymértékű életminőség javulás érhető el (NHS Primary Care Commissioning 2009).

Gazdasági modellezéssel alátámasztott, hogy a 40 és 74 év közötti populáció megfelelő minőségű szűrésével költség és klinikai oldalon egyaránt hatékonyabb egészségügyi rendszer érhető el. Ezért a Program hatásköre kiterjed a rizikótényezők meghatározására és kezelésére, a szívérrendszeri kockázatok betegek felé történő kommunikálására, illetve a kockázatok menedzselésére, mely tartalmazza az alábbiakat:

- tanácsadás
- további vizsgálatok, terápia megjelölése amennyiben szükséges.

A Program kivitelezéséért és finanszírozásáért a Primary Care Trust -ok (PCTs) a felelősek. 2013-ig a nemzeti egészségügyi büdzsé várható növekedése megegyezik az infláció mértékével (Chancellor of the Exchequer 2009), így a meglévő források érték-alapú elosztásával kell biztosítani a Programhoz szükséges anyagi háttérrel.

A Program nemzeti szintű lefedettségének eléréséig a PCT-k jogköre a betegek szűrésre való behívásának sorrendjének eldöntése, illetve a vizsgálatok elvégzésére alkalmas helyszínek kiválasztása is (Primary Care Unlimited et al. 2007). A szűrések történhetnek háziorvosi

rendelőkhöz, gyógyszertárakban, illetve más, a közösség által könnyen elérhető helyszíneken is, mint például áruházakban, rendezvényeken.

A szűrővizsgálat összesen 20-30 percet vesz igénybe és két fő részből áll. Egyrészt néhány egyszerű kérdésből, melyek a beteg családi háttérét, magasságát, súlyát, nemét, etnikai hovatartozását, korát és az általa szedett gyógyszereket hivatott feltérképezni. Másrészt pedig pár orvosi vizsgálatból, konkrétan vérnyomásmérésből és vérvizsgálatból tevődik össze (NHS Choices 2010a). A testtömeg index (BMI) és a kapott vizsgálati eredmények alapján szakember dönti el, hogy van-e szükség további vizsgálatokra, illetve kezelésre. A beteget minden esetben pontosan ismertetik a kapott eredményekről, illetve teljes körű egészségügyi és életmód tanácsadásban részesül a szűrés folyamán.

A tünetmentes páciensek öt éves periódusonként vesznek részt a szűréseken, míg a tünettel rendelkező betegek folyamatos kezelésben, és terápiakövetésben részesülnek a háziorvosok, illetve szükség esetén a megfelelő szakorvosok által.

A Programot a meglévő szabályozásokkal összhangban, a nemzeti prioritásokat szem előtt tartva kell kivitelezni. A költség és klinikai hatékonysági követelményeket teljesítő, az egészségügyi egyenlőtlenségeket javító és a minőségi alapú, valós értéket közvetítő vizsgálatok hivatottak biztosítani, hogy a Szűrőprogram elérje az életszínvonal növelésére kitűzött céljait.

Irodalomjegyzék³³

³³ Ara Warkes Darzi, Baron Darzi of Denham (2008): NHS Next Stage Review final report, ISBN 978-0-10-174322-8, Gateway Reference: 10106

Chancellor of the Exchequer (2009): Pre-budget Report 2009, Securing the recovery: growth and opportunity. ISBN: 978-0-10-177472-7

Department of Health, Vascular Programme (2008): Putting Prevention First. Vascular checks: risk assessment and management, Gateway Reference: 9679

NHS Primary Care Commissioning (2009): Primary Care Service Framework: Vascular Checks

NHS Choices (2010a): NHS Health Check, <http://www.nhs.uk/Planners/NHSHealthCheck/Pages/NHSHealthCheckwhat.aspx>

NHS Choices (2010b): What are Primary Care Trusts?

<http://www.nhs.uk/chq/Pages/1078.aspx?CategoryID=68&SubCategoryID=153>

Primary Care Unlimited – Valuing People Support Team – Foundation of People with Learning Disabilities (2007): Health Checks – Role of Primary Care Trusts (PCT)

6.5. Állami prevenció Magyarországon

- *A jelenlegi egészségügyi struktúrának nem érdeke a prevenció, sőt ellenérdekelt a nem térített többletmunka miatt, amit a kezdetben megjelenő több beteg igényel. A prevenció valójában az államnak és az egyénnek az érdeke lenne, azonban ebben manapság egyik fél sem vállal nagy szerepet.*

6.5.1. Irányelvek általában

Az elmúlt két évtizedben minden kormánynak volt népegészségügyi programja és prevenciósi törekvései. A gond az, hogy az általában és jellemzően mindig rossz gazdasági helyzetben igen sokszor nyúltak a kormányok az egészségügyi büdzséhez. Az egészségügyön belül pedig értelemszerűen a prevenciótól a legkézenfekvőbb elvonni, mert annak a hatása úgyszólván észrevehetetlen egy kormányzati ciklusban.

Mit írt erről a kérdésről a jelenlegi kormány 2010-ben:

Népegészségügy³⁴

„A magyar lakosság egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban rendkívül kedvezőtlen, még attól a szinttől is elmarad, amit gazdasági-társadalmi fejlettségünk lehetővé tene. Aggasztó mértékű öltének az egészségi állapot térségi és társadalmi egyenlőtlenségei is.

Egy nemzet egészségi állapotát nemcsak a gazdaság fejlettsége határozza meg, hanem az egészségi állapot is visszahat gazdaságára. A jelenlegi népegészségügyi helyzet az ország versenyképességét is jelentősen veszélyezteti. Kiemelt cél a lakosság egészségi állapotának javítása és a területi különbségek csökkentése. Hiába létezik országos szintű, törvény által rögzített népegészségügyi program, ha elmarad a feladathoz rendelt finanszírozás. A népegészségügyre szánt pénzt az elmúlt években töredékére csökkentették. Törvényben kell garantálni a Népegészségügyi Program megfelelő finanszírozását.

Az egészségügy legfontosabb feladata az egészségmegőrzés, a prevenció.

Betegségmegelőzésre összpontosító, egészségtudatos társadalmat építő, hatékony és hosszú távú programra van szükség.

³⁴ A NEMZETI EGYÜTTMŰKÖDÉS PROGRAMJA, Országgyűlés Hivatala, 2010.május 22.

Koncentrált fejlesztéseket kell indítani a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos megbetegedések megelőzése és gyógyítása érdekében.”

Egy évvel később így fogalmaz a Semmelweis Terv: (idézetek és kiemelések a szövegből)

Népegészségügyi program és akcióterv:

a feltárt problémákra válaszolva, a felkutatott és újragondolt fejlesztési forrásokra építve paradigmaváltó program és akcióterv készül, amely a népegészségügyi célok elérése érdekében mozgósítani kívánja az egész nemzetet. Egy új alapokra helyezett népegészségügyi program keretein belül szükség van a népegészségügyi intézményrendszer megújítására, a fenntartható finanszírozás megteremtésére, amely az egészségügyi ellátórendszeren túl is mozgósítja a forrásokat.

A hatékony ágazatközi koordináció elengedhetetlen, különös tekintettel az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése szempontjából, ennek egyik fontos eszköze az egészséget minden szakpolitikában működési mód érvényesítése. A stratégiai fejlesztések mellett szükség van a 2011-13-as időszakban azonnali intézkedésekre a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében.

Bevezető megjegyzések, a népegészségügy jelentősége

1. A lakosság egészségi állapotának javítása, egészségének fejlesztése társadalmi prioritás.

Minden magyar állampolgárnak alapvető emberi joga az elérhető legkedvezőbb egészségi állapot. A jó egészség önmagában is jelentős egyéni és társadalmi érték, ugyanakkor egyéni és társadalmi erőforrás is. A lakosság jó egészsége a fenntartható gazdasági növekedés záloga.

2. A lakosság jó egészségnek megőrzése, illetve fejlesztése egyéni és társadalmi felelősség.

Az államnak alapvető feladata, hogy minden állampolgára számára elérhetővé tegye az egészség előfeltételeit, forrásait (béke, lakhatás, élelem, jövedelem, oktatás, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság), valamint az egészségük fejlesztéséhez szükséges ismereteket és lehetőségeket, jogi és egyéb eszközeivel védje egészségüket.

3. Az egészségügyi ellátórendszernek ugyan jelentős szerepe van a lakosság egészségi állapotának javításában, de tevékenysége elsődlegesen a betegek ellátása. A népegészségügyi tevékenység azonban ennél szélesebb körű, elsődlegesen az egészség meghatározó tényezőire irányul, ezért nem egy ágazat vagy szakma kizárólagos

kompetenciája; társadalmi feladat, amelyet egy átfogó népegészségügyi program keretében szükséges megvalósítani.

4. A központi állami intézményeken kívül, partnerségi keretek között, a társadalom valamennyi alrendszerének és szereplőjének bevonása szükséges a Népegészségügyi Programba. Az önkormányzatok, a magánszektor, a civil közösségek, a lakosság kezdeményező és cselekvő részvétele nélkül a Program nem lehet sikeres. A központi intézményeknek szakmai segítséget, pénzügyi forrást és egyéb ösztönzőket kell biztosítaniuk annak érdekében, hogy a közösségek a saját problémáikhoz igazodó autonóm egészségfejlesztési tevékenységet folytathassanak. A koordinált és egy irányba mutató, az egészség ügyét szolgáló befektetések és programok, akciók közösségi támogatottságának erősítése az összbefektetés mértékének növelése nélkül is a lakosság egészségi állapotának javulását eredményezi.

Helyzetértékelés (kivonat)

Az elmúlt évtizedekben számos népegészségügyi program született a helyzet javítása érdekében, de ezek egyike sem ért el átütő eredményeket, annak ellenére, hogy 2001 óta célrendszerét tekintve konzisztens és folytonos stratégia jellemzi a népegészségügyi programokat. A célkitűzések megvalósításához a 46/2003. (IV. 16.) OGY határozattal meghirdetésre került az Egészség Évtizedének Johann Béla Nemzeti Programja. A 4/2006. (II. 8.) OGY határozat a Program elnevezését „Egészség Évtizedének Népegészségügyi Programja” elnevezésre módosította, mely szakmapolitikailag a 2001-2010. évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program (1066/2001. (VII. 10.) Korm.határozat) szerves folytatásának tekinthető. A programok elvben megfelelő koncepcionális és stratégiai keretet biztosítottak a szükséges intézkedésekhez. Rövid időszakokban és egyes területeken történtek érdemi beavatkozások, de nem kellő intenzitással, nem kellő ideig, és nem voltak képesek a lakosság széles rétegeit elérni.

Ennek főbb okai a hosszantartó megfelelő politikai támogatottság és a kiszámítható finanszírozás hiánya – 2003-ban 1832,818 millió Ft, ugyanakkor 2010-ben 371 millióFt állt rendelkezésre a költségvetésben a népegészségügyi feladatok ellátására –, a népegészségügyi intézményrendszer nem megfelelő szervezettsége, valamint az ágazatközi interszektoriális együttműködések elégtelensége voltak.

Megoldási javaslatok, intézkedések

Ez a fejezet számos konkrét, javarészt szervezeti-szervezési intézkedést tartalmaz a 2011-2013 időszakra. Említi a GYEMSZI megalakítását, az Országos Népegészségügyi Központot, a WHO javaslata alapján egészséghatás vizsgálatok bevezetését, közösségi szintér alapú egészségfejlesztési programokat, az alapellátás prevenciós szemléletű átalakítását, a dohányzás visszaszorítását, gyógyszereszek bevonását az egészségfejlesztésbe.

Tanulságos az alábbi fejezetrész:

A **népegészségügyi szűrőprogramok hatékonyságának javítása** elsősorban lakossági ismeretközléssel, a helyi közösségek fejlesztésével és az önkormányzatok bevonásával.

2011. április 1-én hatályba lépett a háziorvosok indikátor alapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelés értékelésének egyes szabályairól szóló 2011/11. NEFMI rendelet, mely tartalmazza a népegészségügyi célú szervezett emlőszűrésre (mammográfia) vonatkozó indikátort, ezzel hozzájárulva az emlőszűrés hatékonyságának javításához. A szervezett szűrőprogramok mellett a pilot jellegű szűrőprogramok pl.: védőnői méhnyak szűrési, illetve vastagbél szűrési programok országos kiterjesztésének előkészítése szükséges. (Sajátságos, hogy nincs szó szív és érrendszeri szűrésről....)

Az alábbiakban megfogalmazott intézkedések figyelemre méltóak esetleges prevenciós célok támogatásában is:

További intézkedések 2012 - től:

9. Az azonnali cselekvés érdekében szükséges a 2011-2013-as időszak népegészségügyi akcióhoz a jelenleg hatályos Nemzeti Népegészségügyi Program stratégiai keretén belül prioritásokat és cselekvési irányokat kijelölni. Emellett elengedhetetlen a stratégia megújítása is, legkésőbb **2013-ban új népegészségügyi program létrehozása.**

10. A népegészségügyi tevékenység fenntartható finanszírozásának biztosítása, a **„népegészségügyi termékdíj” bevezetése.** Ennek révén biztosítható, hogy az ÚSzT keretében európai uniós forrásból megvalósuló népegészségügyi fejlesztések fenntarthatóak legyenek, ill. az egyéb népegészségügyi tevékenységek finanszírozási háttere hosszútávon biztosíthatóvá váljon.

11. Népegészségügyi **jó gyakorlatok intézményesülése.** Az igazoltan eredményes és fenntartható hazai és nemzetközi jó gyakorlatok átvétele, felhasználása és kiterjesztése. Ennek érdekében ki kell dolgozni a transzparens finanszírozás és az egységes szakmai értékelés feltételrendszerét.

12. **Egészség-műveltség fejlesztése.** Ennek eszköze a folyamatos, konzisztens, a célcsoportokhoz igazított, a programokat támogató egészség-kommunikáció, a teljes körű **iskolai egészségfejlesztés a közoktatásban** - melynek megvalósítási kereteit részben a TÁMOP 6.1.2. Egészségre nevelő és szemléletformáló életmódprogramok pályázati lehetősége adja - (egészségtan oktatás, egészséges táplálkozás az iskolai közétkeztetésben, mindennapi testnevelés, személyiségfejlesztés személyközpontú pedagógiai módszerekkel), valamint készségfejlesztés a felnőttoktatásban és az egészségügyi ellátórendszerben.

6.5.2. A törvényi szabályozású prevenció visszhangja

Nem szükségszerűen a magyar intézkedések követése, de azt megerősítő hír:

Világszerte chipsadót akar az ENSZ³⁵

Az egészségtelen élelmiszereket terhelő különadó bevezetését javasolja az ENSZ egy kedden bemutatott jelentésében.

Olivier de Schutter, a világszervezet táplálkozásügyi különmegbízottja jelentésében hangsúlyozta: az élelmiszertermelés globális rendszere "mélyen diszfunkcionális", a szegényeknek kevés, a gazdagoknak pedig egészségtelen ételmezt biztosít. A jelenlegi agrártámogatási rendszer az egészségtelen élelmiszerek legfőbb alapanyagát jelentő cukor, szója, olaj és hús nagyipari termelését ösztönzi, mindenekelőtt a zöldség és a gyümölcs rovására, az egészséges élelmiszer így aránytalanul drága.

A nyugati világ átlagos adófizetője valójában háromszorosan is megfizet az egészségtelen táplálkozásért, hiszen viselni kell a rosszul működő agrártámogatási rendszer költségeit, továbbá pótolni kell azt a kiesést, amely azért keletkezik, mert az élelmiszeripari cégek a marketingre fordított kiadásokkal csökkentik az adóalapjukat, és fenn kell tartani az egészségügyi rendszert is, amelyet "fenntarthatatlanul nagymértékben" megterhel az egészségtelen táplálkozás hatására keletkező betegségek kezelése – áll a jelentésben.

De Schutter szerint az ösztönzők és szabályozók alapvető átalakítására van szükség. Először is különadót kellene kivetni a csipszekre, kólára és valamennyi más, magas cukor- só- vagy zsírtartalmú termékre, és nagyobb mértékben kell támogatni a friss zöldség és gyümölcs

³⁵ http://www.medicalonline.hu/cikk_print/vilagszerte_chipsadot_akar_az_ensz

fogyasztását. Ugyanakkor változtatni szükséges az élelmiszerek marketingjére vonatkozó szabályokon. Az úgynevezett gyorséttermi ételek gyerekeket célzó reklámját kifejezetten tiltani kell, a felnőtteket célzó reklámokat pedig korlátozni kell. Végül át kell alakítani az agrártámogatási rendszert is, azzal a céllal, hogy a szubvenciók az egészséges táplálkozást segítsék elő.

Az ENSZ különmegbízottja az alapvető emberi jogokból vezeti le reformjavaslatait: a táplálkozáshoz való jog nem csupán azt jelenti, hogy "az embernek joga van ahhoz, hogy ne éhezzen", hanem azt is, hogy joga van "az egészséges és aktív életet biztosító táplálkozáshoz". (forrás: MTI) © 2009 - 2012 Professional Publishing

Egy másik, talán meglepő hír:

A dohányosok is örülnek a törvényi szigorításnak?

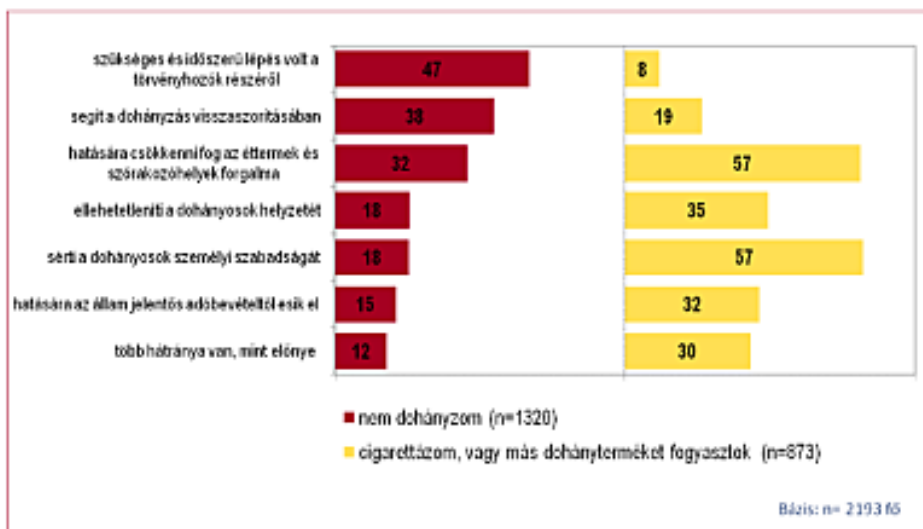
A többség pozitívan vélekedik a szigorító intézkedésekről, amelyek a dohányzást ugyan nem fogják csökkenteni, de a nemdohányzókat védik - ezt a vélekedést tárta fel a KutatóCentrum és a Marketing&Media kutatása.

Hazánkban 2012. január elsején lépett életbe az a törvény, melynek értelmében minden zárt légterű helyen tilos a dohányzás. Bár a szigorítás kapcsán megoszlanak a vélemények, a 18-64 éveseknek csak 20 százaléka érzi úgy, hogy a törvénynek több hátránya van, mint előnye - állapította meg a Marketing&Media megbízásából a KutatóCentrum által elvégzett januári felmérés.

A kutatásban részt vevőknek csupán egynegyede gondolja úgy, hogy az új törvény ellehetlenítette a dohányosok helyzetét, sőt, a megkérdezettek kétharmada úgy véli, hogy a rendelkezés egyáltalán nem sérti a cigarettázók személyi szabadságát.

"Érthető módon elsősorban a füstmentes életet választók körében váltott ki támogatást a törvénymódosítás: a nemdohányzó válaszadóknak 47 százaléka egyetért azzal az állítással, hogy a módosítás szükséges és időszerű lépés volt a törvényhozók részéről." - mondta Sütő Anna, a KutatóCentrum kutatási projektmenedzsere. Ezzel szemben a dohányzóknak mindössze 8 százaléka vélekedett így.

Melyik állítással ért egyet a dohányzást tiltó intézkedésekkel kapcsolatban? (%)



A magyarországi helyzet kifejezetten aggasztó a dohányzás tekintetében, mivel az egy személyre jutó cigarettafogyasztás a WHO adatai szerint duplája a világtávnak, ez évente fejenként több mint háromezer szálát jelent. Így a törvény megítélésének kiemelt szempontjai közé tartozik annak egészségügyi mutatókra gyakorolt hatása. "Úgy tűnik, hogy a szigorítás eredményessége a dohányzás csökkentését tekintve igencsak megkérdőjelezhető, mivel a kutatásban részt vevők mindössze 31 százaléka gondolta úgy, hogy a rendelkezés segít a dohányzás visszaszorításában, a dohányzóknak pedig mindössze 19 százaléka értett egyet ezzel az állítással - emelte ki Sütő Anna. - A szabályozás pozitív megítélése így inkább annak köszönhető, hogy védi a nemdohányzókat a passzív dohányzás káros hatásaival szemben."

6.5.3. Megvalósulás

A Semmelweis Tervben leírtak jól értékelik az adott helyzetet és jók a meghatározott irányok és cselekvési terv is. Ami hiányolható: amíg A NEMZETI EGYÜTTMŰKÖDÉS PROGRAMJA még így fogalmaz: „Koncentrált fejlesztéseket kell indítani a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos megbetegedések megelőzése és gyógyítása érdekében”, a Semmelweis Tervben már megint csak rákszűrésről van szó.

Kedvezőek az időközben megvalósult törvényi szabályozások, mint a Népegészségügyi Termékdíj (Chipsadó), a dohányzás tilalmának kiterjesztése, az elrettentő reklámok a cigarettásdobozokon és a most bevezetett mindennapos testnevelés az iskolákban.

Ígéretes a „jó gyakorlatok” intézményesítéséről szóló bekezdés és a jelenleg futó, kistérségek egészségfejlesztési irodáinak létrehozását és működtetését támogató TÁMOP 6.1.2 pályázat is. Nem lenne haszontalan ugyanakkor a háziorvosi indikátor rendszer továbbfejlesztése a szív és érrendszeri prevenció támogatása irányában.

A következő évek döntik el, hogy ezek a törekvések túl tudnak-e lépni a dicstelen elődökön, ami az egész társadalom egyetemes érdeke lenne.

6.6. Költsön-e az állam prevencióra?

„Mérlegen - Lesz, aki nem ért egyet velem, de kutatások bizonyítják, hogy gyakran olcsóbb hagyni az embereket megbetegedni”³⁶

David Brown a Washington Post szakírója jegyezte ezt a cikket 2008 áprilisában, amelyből csak néhány részletet emelünk ki az állítása alátámasztására.

Legtöbbször azt gondoljuk, hogy a betegség megelőzése olcsóbb, mint megvárni a megjelenését és azután kezelni. Ez a gondolat kedves a politikusok számára, akik a prevenciót mint elégtelenül használt eszközt tekintik az egészségügyi költségek elleni csatában. Ezt a elméletet használta Hillary Clinton és Barack Obama is kampányában. Obama családonként évi 2500 dollár megtakarításról beszélt, ha azok öt költségkímélő megoldást követnek. Ezek egyike a prevenció fejlesztését és a krónikus állapotok hatékonyabb kezelését irányozta elő.

1986-ban , Louise B. Russell egészségügyi közgazdász kiadta a „A prevenció jobb, mint a kezelés?” című könyvet, amelyben arra a következtetésre jutott, hogy a megelőzés többbe kerül, mint a betegség kezelése. Ha így is van, a megelőzés azért több egészséget eredményez, még ha többbe is kerül. Az elmélet alátámasztására egy példa:

³⁶ In the Balance, Some Candidates Disagree, but Studies Show It's Often Cheaper To Let People Get Sick
http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2008/04/04/AR2008040403803_pf.html

Vegyünk egy ötven éves dohányzó férfit, akinek a koleszterinje a magas kategóriában van és kezeletlen közepes fokú hipertóniával rendelkezik. Úgy hangzik, mint egy két lábon járó bomba! Ezzel együtt annak az esélye, hogy a következő tíz évben infarktust kapjon 25%. Egy hasonló paraméterű nőnél ez az esély 11%. Ennek az infarktusnak a megelőzése azért költséges, mert nem lehet tudni, hogy ki az az egy a négy férfiből, vagy kilenc nőből, aki valóban infarktust kap majd.

A prevenció stratégia ez esetben egy nagyon hatékony koleszterin csökkentő, a statin felírását jelenti. Ez évi 160.000 dollár költséget jelent minden megmentett férfi életévre. Nőknél ez az összeg még magasabb, 240.000 dollár évente. (Az adat az Annals of Internal Medicine in 2000 kiadványból származik és tartalmazza az orvosi vizitek és laboratóriumi vizsgálatok díját is.) Ez az összeg igen magas, de ki vállalná az infarktus 25%-os kockázatát, ha az esélyt egy tablettával drámaian csökkentheti? Különösen, hogy nem neki kell a költséget állnia...

Nem csak a gyógyszeres prevenció költséges. Adott esetben még a rizikó megállapítása és a tanácsadás is sokba kerül. Ausztrál kutatók próbálták ki egy módszert, amelyben házi orvosok kaptak egy videót és egy könyvet arról, hogy segíthetik a pácienseik infarktus rizikóját. Ezek után a páciensek is kaptak egy hasonló témájú videót és egy könyvet. Mennyire volt költséghatékony ez a módszer? Ha alacsony rizikójú nőknek adták az említett anyagokat, egy év nyereség az idő előtti szívhalálból 9,8 millió dollárba került.

Természetesen vannak olyan esetek, amikor a megelőzés a jó stratégia, még ha költségeket ró is az ellátórendszerre. A cikk ezt egy norvég példával igazolja, amit a dolgozat terjedelmi korlátai miatt már nem részletezünk itt.

6.7. Civil prevenció kezdeményezések

Természetesnek mondható, hogy a megelőzhető és nagyobb népegészségügyi hatású betegségekkel foglalkozó orvosi szervezetek és betegcsoportok törekednek valamilyen prevenció tevékenységre is. Mivel ezek a szervezetek jellemzően civil szervezetek, anyagi lehetőségeik többnyire internetes tájékoztatásra, kiadványok készítésére és kampányeseményekre elegendőek csak. Ezek az anyagi források is kevésbé állami keretből érkeznek, sokkal jellemzőbb a gyógyszergyártól vagy más üzleti érdekeltségű társaságtól érkező támogatás. Tanulmányozva például az USA és Magyarország helyzetét, nem meglepő módon ebben a tekintetben is jelentős különbség tapasztalható a két ország között.

Nézzünk néhány USA példát:

Az Amerikai Szív Társaság tájékoztató web oldalai az infarktus figyelmeztető jeleiről.

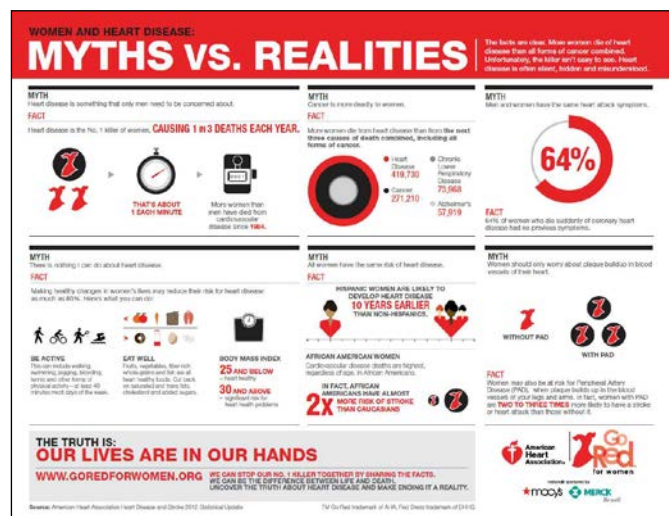
„Amikor minden perc számít”



Az Amerikai Szív Társaság és Az Amerikai Sztrók Társaság közös kiadványa a betegségek aktuális statisztikáiról.³⁷



Különösen érdekes a már említett „Go Red for Women” – Öltözz Pirosba a Nőkért mozgalom web oldala ahol például az alábbi ábrán az infarkttussal, rákkal, életmóddal kapcsolatos tévhiteket szembesítik a tényekkel:



³⁷ ©2002–06, American Heart Association. Know the Facts, Get the Stats 2007

Az Amerikai Szív Társaság életmóddal kapcsolatos teszt oldala tanácsokkal a változtatásra

6.7.1. Szakmai kezdeményezések

Kardiológiai Társaság

Magyar példák prevenciót hirdető web oldalakra

Az USA-val ellentétben a „hivatalos” szervezetek web oldalai csak szerény példával szolgálnak a prevenció kommunikációjára. Például a Magyar Kardiológusok Társasága által életre hívott „rizikóriadó” web oldalán látszólag 2010-óta nem történt változás, friss hír, akció. Ez annak ellenére így van, hogy számos támogatót is maguk mellé állítottak a 2009-es induláskor.

Talán azért szűnt meg a Rizikóriadó, mert elindult a Szívhang, ugyancsak a MKT támogatásával, de már a Diamond Agency kezelésben. Ez már korszerűbb, tetszetősebb kialakítású és tartalmú.

Egy nagy probléma azonban ezzel is van:

Ma, 2012 szeptemberében az utolsó „legfrissebb” hír 2011.11.30.-i keletű. Címe „Véget ért a dal”. Talán így működnek az önbeteljesítő jóslatok...

Nem érdemes azonban szomorkodni, mert ugyanakkor számtalan web oldal működik, mondhatni virágzik, ahol prevenció hívószóval különböző szolgáltatásokat, de leginkább táplálék kiegészítőket kínálnak.



6.8. Prevenció üzleti háttérrel

Néhány példát közlünk a sok szából, a minősítés leghalványabb szándéka nélkül. Ezek az oldalak általában a prevenció keresőszóval található meg.

Táplálékkiegészítő forgalmazó



Aszpirin gyártó

Vitamin és egyéb szerek

Ételszállító

6.8.1. Nagyágyúk az üzleti alapú prevencióban

A prevenciót üzletileg művelő cégek három szektorban működnek: gyártó, termékforgalmazó és szolgáltató. A szolgáltatók gazdasági súlya nem jelentős, mivel a szükséges élőkommunikáció nem biztosítható korlátlanul és a szolgáltató helyek átbocsátó képessége sem korlátlan.

A gyártók azonban hatalmas potenciállal és súllyal vannak jelen a piacon. Termékeik jellemzően táplálékok, táplálék kiegészítők és vitaminok. Korunk emberének gondolkodásában a táplálék már más formában van jelen, mint a mindennapi élet fenntartó szükséges összetevő. A táplálkozás örömszerzés forrása, szociális tevékenység is egyben. Táplálkozunk, majd a táplálkozás káros következményeit táplálék kiegészítővel kompenzáljuk és a sokszor valóban egyoldalú, gyorséttermi táplálkozásból eredő hiánybetegségeket vitaminok szedésével kompenzáljuk.

Ennek a témának a feldolgozása önmagában könyv terjedelmet igényelne. Néhány példa bemutatása azonban segíthet ennek a „prevenció piacnak” a bemutatásában.

Világhálózatot akar építeni a magyar gyógylekváros³⁸

Negyvenezer aktív tagja van a Gaál család által létrehozott értékesítési hálózatnak, amelyen keresztül saját gyártású gyógyhatású terméküket árulják. Az évi 800 millió forintos nyereséget termelő cég ma már több terméket ad el Lengyelországban, mint Magyarországon, és most vizsgálják a belépést a német piacra. A cél azonban, hogy "több mint 100 országban" legyenek jelen.

A legnagyobb hálózatos értékesítéssel (MLM - multi level marketing) foglalkozó nemzetközi cégekkel, vagyis például az Avonnal, az Amwayvel vagy a Forever Living Productsszal akarja felvenni a versenyt az étrend-kiegészítő készítményt kínáló, magyar alapítású MLM-társaság, a Flavon cégcsoport. A Flavon ráadásul nemcsak egy új MLM-hálózatot épített ki, de saját maga is gyártja az értékesített terméket.

³⁸ <http://vallalkozoi.negyed.hu/vnegyed/20110816-sajat-mlmet-hozott-letre-gaal-laszlo-a-flavoncegcsoport-alapitoja.html>

A cégcsoport összesített pénzügyi adatai*

Pénzügyi adatok (millió forint)	2008	2009	2010
Árbevétel	2976	3142	3197
Adózás előtti eredmény	781	629	834

Forrás: Flavon Group

A sikert hozó termék egy olyan étrend-kiegészítő lett, amelyet különböző gyümölcsökből és növényekből alakítanak lekvárszerű anyaggá. A termék a flavonoid antioxidáns növényi hatóanyag után a Flavon nevet kapta, amelyet a forgalmazásra létrehozott Flavon Group is megkapott.

Az étrend-kiegészítők piacán igen sok termék és gyártó szerepel, köztük nagy nevéek is, mint a Haas, az Egis, a Béres vagy a Herbária, illetve több külföldi MLM is forgalmaz hasonló terméket.

A Magyarországi Étrend-kiegészítő Gyártók és Forgalmazók Egyesülete 2003 decemberében alakult. Tagságát 56 cég alkotja.³⁹

Bérci István elmondta, hogy becslése szerint körülbelül 30 milliárd forintos lehet az étrend-kiegészítők piaca, de ebből csak a 11-12 milliárdos gyógyszerári forgalomról vannak pontos adataik, a többit csak becsülni tudják. A piacra könnyű belépni, mivel az étrend-kiegészítőket csak bejelenteni kell, engedélyeztetni nem, ezért "ahhoz képest, hogy kis piac, sok szereplő van Magyarországon" - mondta.

Parasztdiéta⁴⁰

Vinkó József:

„Így hívják Schobert Norbert új, forradalmi fogyókúráját.

"Ha dobsz egy lájkot", máris megkapod a Paraszt Update Diéta receptjét, s napi félóra sport mellett egy hét alatt öt kilogrammot fogyhatsz. Pedig (és ez benne a forradalmi) ehetsz

³⁹ <http://www.mekisz.hu/index.php?page=about&lang=hu>

⁴⁰ <http://hetivalasz.hu/itthon/o-korunk-modern-gebinese-remeny-arul-51977>

töporú, hentestokányt, disznósajtot, szalonnát, még tarhonyát, tojásos galuskát is. Ilyen bort, pálinkát kedvedre, semmi régmódi fehérje-szénhidrát elválasztás....

... A módszer persze csak akkor működik, ha az előírásokat "száz százalékig" betartjuk. A receptekben pedig Update cipó (30 dkg: 574 forint), Update zéró cukor (negyed kiló 1530 forint), Update liszt (1 kg: 940 forint), Update majonéz (1 tubus: 895 forint), Update sonka, tarhonya, só, sajt, rétes szerepel. Még a kolbászos pogácsa, a csemegeuborka és a pászka is Norbi-termék."

A Norbi módszerek és táplálékok üzleti forgalmát nehéz publikus cégek tanulmányozásával felmérni, mert különböző, néhány évenként változó társasági formában működnek. Ezen túl azt is nehéz felmérni, hogy a különböző tevékenységek és a terméklicenzek(?) milyen módon kapcsolódnak és melyik cégekhez.

Néhány adatot mégis bemutatnánk:

Update Magyarország Zrt:	2007- forgalom 250 millió, mérleg szerinti eredmény 20 millió
	2008- forgalom 228 millió, mérleg szerinti eredmény 4,2 millió
Norbi Update Intern. Kft:	2010- forgalom 134 millió, mérleg szerinti eredmény 1,9 millió
	2011- forgalom 478 millió, mérleg szerinti eredmény-1,9 millió

Külföldi MLM cégek

A magyar piacon közel húsz éve vannak jelen különböző táplálékkiegészítő családokat MLM rendszerben forgalmazó külföldi cégek. Ezekkel a termékekkel kapcsolatban a csodavárás és kezdeti lelkesedés a jellemző, amelyik a legtöbbször kezdeti felfutást eredményez, de a tartós fennmaradáshoz a hatékony MLM lánc működése alapkövetelmény. Jellemzően a legtöbb termékcsoporthoz tartalmaz antioxidánsokat, jó a rák megelőzésre és gyógyításra, de van termék szinte minden előforduló egészségügyi problémára. Ez fontos szempont lehet a márkahűség fenntartására is, nem engedve be konkurens terméket esetleg hiányzó termékcsoporthoz miatt.

Nézzünk néhány forgalmi adatot (közel sem biztos, hogy az adott termék forgalma csak ezeken a cégeken keresztül zajlik):

Sunrider Hungary Kft	2010- forg.	981 mFt, üzemi e. 179 mFt, mérleg sz. e.	0 Ft
	2011- forg.	784 mFt, üzemi e. 93 mFt, mérleg sz. e.	0 Ft

Forever Living Products	2005- forg.	9.428 mFt, üzemi e.	182mFt, mérleg sz.e.	0 Ft
Magyarország Kft	2006- forg.	11.161 mFt, üzemi e.	561mFt, mérleg sz.e.	544mFt

Forever Living Products	2009- forg.	10.544 mFt, üzemi e.	197mFt, mérleg sz.e.	276mFt
Magyarország Kft	2010- forg.	8.021 mFt, üzemi e.	182mFt, mérleg sz.e.	3mFt

Egy új piacra lépő:

Organic Food Kft	2010- forg.	292 mFt, üzemi e.	16mFt, mérleg sz. e.	2mFt
	2011- forg.	375 mFt, üzemi e.	-66mFt, mérleg sz. e.	-99mFt

6.8.2. Nemzetközi trendek

Interjú Paul Zane PILZER amerikai gazdaságkutatóval⁴¹

Néhány érdekes gondolatot emelünk ki az idézett terjedelmes interjúból amely alapvetően az USA viszonyokat szemlélteti. Mindazonáltal nem haszontalan ezek tanulmányozása, mert a tapasztalatok szerint a nemzetközi trendek többnyire nálunk is érvényesülnek:

„A most kialakuló WELLNESS üzleti lehetőség lesz az, amely 2010-re el fogja érni a 1 billió USD értékű forgalmat (az USA-ban). Mit is nevezünk WELLNESS terméknek?”

Azokat a termékeket, amelyeket akkor vásárol meg az ember, amikor még nem beteg! Most pedig határozzuk meg, mi is a mai egészségügy (egészség-üzlet, egészségipar): ez valójában nem más, mint "betegségügy" (betegségi tüneteket kezelő ipar: mivel az ember általában akkor keresi fel ezeket az intézményeket, ha már beteg...). Megkap az ember valamilyen betegséget (észlel bizonyos tüneteket magán), vagy valamilyen diszkomfort érzete támad, és akkor az orvoshoz fordul segítségért, hogy minél előbb gyógyítsa ki belőle. Ezzel szemben a wellness hívőknek az a véleménye: "Én egészségileg tökéletesen jól érzem magam, az életkoromnak megfelelően jó a közérzetem, nincs semmi gondom a testsúlyommal, a hallásommal, az erőnlétemmel, de ha lehet, még ennél is többet szeretnék. Úgy szeretném érezni magam, mint 10 - 20 évvel ezelőtt, jobban kinézni, mint most, és sokkal jobb kondícióban lenni."

⁴¹ thewellnessrevolution.paulzanepilzer.com

Milyen most jelenleg a wellness piac helyzete?

Ami meglepett engem az az, hogy már jelenleg mintegy 200 milliárd USD forgalmat bonyolít le ez az új iparág (fitnesz klubok, táplálékkiegészítők, vitaminok). Olyan termékekről és szolgáltatásokról van szó, amelyeket az emberek önként vásárolnak és fogyasztanak azért, hogy jobban érezhessék magukat. Érdekes megjegyezni, hogy ezeknek a termékeknek és szolgáltatásoknak a többsége, 10 évvel ezelőtt még teljesen ismeretlen volt a piacon.

Ha előre tekintek, csupán ezeknek a termékeknek a forgalomnövekedéséből mintegy 1 billió dolláros forgalmat prognosztizálhatok a 2010-es évre. Ebben az előrejelzésben még nem vettem figyelembe azokat az új termékeket és szolgáltatásokat, amelyek ma még csak a kutatók laboratóriumasztalán találhatók.

... Elgondolkodtam azon, hogyan következett be a lakosság több mint felének túlsúlyossá válása, a világ egyik gazdaságilag legfejlettebb országában. Ezek az emberek elhízottságuk révén, a saját maguk számára épített börtönnek lettek a foglyai, és képtelenek élvezni a virágzó gazdaságunk nyújtotta előnyöket. Arra a következtetésre jutottam, hogy ez egyáltalán nem egy egészségügyi, hanem egy valódi gazdasági probléma.....

Miért éppen gazdasági ez a probléma? Nos, a helyzet az, hogy manapság leggyakrabban mások által készített ételeket fogyasztunk. Az élelmiszeripar jelenlegi forgalma évente mintegy 1 billió USD. Ebbe bele tartozik a gyorsétkezés és a feldolgozott élelmiszeripari termékek is, melyeket nagyon hatékony marketing technikával értékesítenek a piacon.

Talán a drága hirdetések, vagy a fogyasztók szándékos félretájékoztatása, vagy az igazság szándékos elhallgatása vezetett a mostani helyzet kialakulásához?

Valóban így van. Szinte érthetetlen számomra az élelmiszeripari termékek gyártóinak egyfajta, minden őszinteséget nélkülöző magatartása ezen a területen. Az 1970-es 1980-as években, ha szóba került a túlsúly probléma, csupán kalóriákról hallhatott az ember. Valóban ez jelenti az alapproblémát. Ha több kalóriát viszünk be a szervezetünkbe, mint amennyire szükségünk van, a megmaradó többletből keletkezik a túlsúly. Aztán hirtelen felfedezték, hogy a zsír nagyon káros az egészség szempontjából. Lerakódásokat képez az érfalakon, és elzáródásokat okoz a keringési rendszerekben, emellett a kövérség fő okozóját vélték megtalálni benne.

Tehát létrehozták a zsírszegény "-light" - élelmiszerfajták külön kategóriáját. Bámulatos módon, elsőként fogták azokat az élelmiszereket, amelyekben korábban egyáltalán nem is volt zsír, mint például a cukorkafélékben, és egyéb édességekben, és egyszerűen átcímkezték a csomagolásukat "zsírmentesre". Azután a korábban zsírt is tartalmazó készítményekből eltávolították a zsírt, és cserében megháromszorozták, sőt megnégyszerezték a bennük lévő cukor mennyiségét. Majd ráírták a címkére, hogy "zsírmentes". Nem mondták meg a vevőnek, hogy most már több kalóriát tartalmaz ahhoz képest, mint amikor zsír is volt benne. A fogyasztóknak az volt a benyomása, hogy zsírmentesen táplálkoznak.

Elmondhatjuk tehát, hogy a reklámokból - ahonnan a lakosság többsége a termékekkel kapcsolatos információit beszerzi -, az élelmiszerforgalmazó cégek által finanszírozott kutatóktól, kísérleti laboratóriumoktól, továbbra is azt a tájékoztatást kapjuk, hogy ez az élelmiszerfajta megfelelő a számunkra. Valójában pedig nagyon is egészségtelen, hiszen az eredmények magukért beszélnek. Az új Wellness termékeket fogyasztók viszont csakis önképzésük révén juthattak hozzá, a számukra nélkülözhetetlen információkhoz, és semmi esetre sem a média segítségével.

Valóban a nagyvárosok gazdagok által lakott negyedeiben élőköről elmondható, hogy egy tőlünk - átlagemberektől - egészen idegen, más világban élnek. Legalább is, az étkezésüket, és azokat a fitnessz-, valamint egészségi tanácsokat illetően, amikben részesülhetnek.

Ennek az oka pedig az, hogy a piacon jelen van még egy, a wellness-nél is nagyobb iparág, amely a saját információival látja el a lakosságot.

Egyszer tehát ugye ott van a piacon a mintegy 1 billió USD forgalommal rendelkező élelmiszer-feldolgozó ipar, amely ontja a "zsírszegény" minősítéssel ellátott túlcukrozott készítményeit. Ezekről a termékektől még inkább elhíznak az emberek, mint azok korábbi zsírban gazdag változatától.

Másrészről pedig, jelen van az az egészségügy a saját 1,3 billiós forgalmával (az USA GDP-jének az 1/7-ed részét teszi ki jelenleg), amely a betegségeink tüneteinek kezelését tekinti hivatásának, és ezzel nagy haszonra tesz szert. Minél kövérebb valaki, annál több betegséggel is rendelkezik. Ez eddig magától értetődően hangzik. De az viszont, már

meghökkenítő adat, hogy a 65 évnél fiatalabbak egészségügyi ellátási költségének jelentős hányadát az elhízásból eredő betegségek kezelésére kell fordítani. Tehát évente 1,3 billió dollárt tesz ki az egészségtelen táplálkozási szokásainkból eredő betegségek tüneteinek kezelési költsége.

Ma mindenki a gyors, és a gyógyszeres megoldásért van oda. Az orvosi egyetemen tanulmányaik befejező orvosok későbbiekben az információikat rendszeresen a gyógyszergyárak által finanszírozott kutatóintézetektől kapják. Tehát nem csoda, hogy az egészségügy jelentős része a helytelen táplálkozásunkból eredő utóhatások kezelésével foglalkozik.

Milyenek a wellness ipar gyors növekedési lehetőségei az olyan iparágakhoz képest, mint pl. az Internet, vagy az árutőzsde?

A wellness-ipar növekedési sebessége minden bizonnyal meg fogja haladni, a népgazdaság bármelyik gyors fejlődésben lévő ágazatáét. Tehát itt van egy vadonatúj iparág, amely még csak a kialakulásánál tart. Egyrészt elmondható, hogy a wellness termékek és szolgáltatások (táplálékkiegészítők és fitnessz klubok, wellness panziók) forgalma már jelenleg is mintegy 200 milliárd USD. A különféle vitamin- és egyéb táplálékkiegészítő készítményekre ebből 70 milliárd USD jut. El lehet gondolkozni azon tényen, hogy ezzel szemben a "betegségipar" viszont mintegy 1,3 billió USD forgalommal büszkélkedhet, többnyire csupán azért, mert lehetősége nyílik a lakosság vitaminokban és egyéb tápanyagokban való alultápláltságának kihasználására. Az USA lakossága minden más egyébre évente mintegy 8 billió USD-t költ el.

6.9. Következtetések

A szív és érrendszeri prevenció szükségessége elméletileg igazolt. Gyakorlatilag szerény mértékű és hatású államilag irányított prevenció történik szerte a világban, így Magyarországon is. Bár nem fejtettük ki részleteiben, de belátható, hogy az államilag irányított prevenció mögött sokszor gyógyszergyári érdekek húzódnak meg. Az is belátható, hogy a statisztikai alapú rizikó meghatározással kiválasztott páciensekre nehéz költségkímélő prevenció metodikát alkalmazni. Látható, hogy a fizetőképes lakosság busásan fizető célcsoportja a prevenciót hirdető gyártó, forgalmazó és szolgáltató vállalkozásoknak.

Szélesebb körű, olcsó prevenció csak a lakosság önkéntes életmód váltásával valósulhat meg. Az akár évtizedekig is tartó átmeneti időszakban az egyéni rizikó új paraméterekre alapozott mérési módszerekkel való pontosabb meghatározása segíthet a prevenció célcsoportjának kiválasztásában. A szegényebb rétegeknél még fontosabb a helyes életmóddal kapcsolatos tájékoztatás, mivel számunkra sok korszerű módszer nem hozzáférhető.

7. A prevenció alanya a páciens

4.Tézis: Az emberek fejében a betegségek megelőzésével kapcsolatban tradicionális, pszichológiai és szociális gátak vannak, amiket fel kell ismerni és a hatékony prevencióhoz tudatosan le kell bontani. Az embereket, mint a prevenció célcsoportját a piaci helyzetnek megfelelően szegmentálni kell, és tanulmányozni kell a célcsoportok preferenciáit, pszichológiai, szociológiai és egyéb viszonyait a prevenciós üzenet hatékony kommunikálása érdekében.

A következő fejezetekben számos aspektusból vizsgáljuk meg a prevenció alanyát és célcsoportját, a „páciens” mint a kommunikációt befogadó személyt, és mint a „prevenció vásárlóját” is. Fontos hangsúlyozni, hogy az említett páciens nem jelent egyben a köznapi értelemben vett beteget is. A hatékony primer prevenció alanyai azok a panasz és tünetmentes személyek, akik bizonyos rizikófaktorai miatt fokozott kockázatnak vannak kitéve. Ez a kategória két irányban is bővíthető, hiszen egészségneveléssel ennek az állapotnak a kialakulása is megelőzhető, vagy már ismert betegséggel rendelkező személyek további egészségromlása akadályozható meg un szekunder prevencióval.

A prevenció alanyát, a páciens számos hatás éri nap, mint nap. Ezek a hatások jellemzően személyes kapcsolatokon vagy médiákon keresztül jutnak el hozzájuk. Egy prevenciós stratégia kidolgozásához elkerülhetetlen ezeknek a hatásoknak az analízise. Elemeznünk kell egyebek mellett a két legfontosabb média, a televízió és az internet hatását. Az internet média kategóriába való besorolása korábban talán megkérdőjelezhető lehetett volna, a mai tartalmát és eszközeit tekintve már semmiképpen nem az. Távlabbi céljaink szempontjából éppenséggel a legfontosabb eszköznek kell tekintenünk és ennek megfelelő figyelmet is szentelünk neki. Az ebben a fejezetben feldolgozott témákat áthatja egy igen fontos kérdés,

a hitelesség kérdése. Elég csak arra utalnunk, hogy az internet szabadsága a közlés szabadságára vonatkozik, de kevés az olyan eszköz, ami a közlések valóságtartalmát, megbízhatóságát szavatolhatná.

A pácienseket célcsoportokba soroljuk és megvizsgáljuk milyen emberi és társadalmi tényezőkre építhető hatékony kommunikáció és az elvárt együttműködés. Ez a fejezet pszichológiai és neurológiai elemeket is tartalmaz a hagyományosnak mondható vásárlói viselkedésminták elemzése mellett. A különböző marketing kommunikációs módszereket a páciens szemszögéből vizsgáljuk meg.

7.1. Szegmentálás

A vásárlók igényei különbözőek, így igényeik kielégítése sokféle ajánlat megjelenését kívánja meg. A legtöbb esetben azonban a méretgazdaságosság eléréséhez és a stratégiák kialakításához megéri a vevőket hasonló igényeik szerint csoportosítani. Ezt a folyamatot nevezzük piacssegmentációnak. Esetünkben, a prevenció „értékesítésében” a méretgazdaságosság nyilván nem játszik szerepet, de a stratégiák kialakítása már egyértelműen ismerni kell a szegmentálás után kiválasztott célcsoport sajátosságait.

Tekintsünk át néhány elvet a szegmentálás irodalmából:

A piacssegmentáció lépései:

Kutatás: a fókuszcsoportok vizsgálata útján megismerni a fogyasztók motivációját, attitűdjeit és szokásait.

Elemzés: faktoranalízissel megállapítani a leginkább korreláló változókat, majd clusteranalízissel meghatározni a leginkább különböző szegmentumokat.

Profilmeghatározás: minden cluster megkülönböztethető a többitől a vásárlók attitűdjei, szokásai, demográfiai, pszichográfiai és médiajellemzői alapján.

Újabb fogalom a szegmentációban a Szegmensgranularitás⁴²: a tömegmarketingtől a személyre szabott marketing felé vezető út. A szegmensgranularitás annak az eldöntését

⁴² Payne, A.: CRM kézikönyv – Ügyfélkezelés felsőfokon [HVG ZRt., Budapest, 2007. 89.o.]

jelenti, hogy makro-szegmentációt, mikro-szegmentációt vagy személyre szabott szegmentációt alkalmazzon-e a vállalat. A prevenció szempontjából alapvetően a hagyományos szegmentáció, a szükségletalapú szegmentáció, és egyes esetekben a mikro-szegmentáció jön szóba. A személyre szabott marketing – tömeges testre szabás (párbeszéd marketing) irányzata ebben a termékprofilban, illetve a lehetséges szegmentumokban még nem érvényesül.

7.2. A jellemző célcsoportok

Célcsoportokat különböző rendező elvek szerint képezhetünk. A prevencióban általában a pácienseket tekintjük célszemélyeknek és számukra a B2C (vállalat a fogyasztóhoz) jellegű pozicionálás és kommunikáció kialakítása szükséges. Ennek alapján számunkra legfontosabbak a kor, a nem, a kockázat és a társadalmi helyzet alapján történő kiválasztások.

Nem lenne helyes megfeledkezni egy másik fontos csoportról sem, akik a prevenciót nap, mint nap közvetlenül szolgáltatják a pácienseknek. Ezek egészségügyi intézmények, házi orvosok, egészségügyi vállalkozások. Ők a B2B (vállalat a vállalathoz) csoporthoz tartoznak és sok szempontból mások a prevencióval kapcsolatos elképzeléseik, mint a pácienseknek.

7.2.1. Szegmentálás B2C alapon

A szív és érrendszeri prevenciót alapvetően a lakosság számára kell hozzáférhetővé és „eladhatóvá” tenni. Ennek értelmében a B2C célcsoportokat is a lakosság köréből választjuk ki.

7.2.1.1. Besorolás a kor alapján

Korábban bemutattuk, hogy a szív és érrendszeri betegségek és halálozás legfőbb oka az érlelmeszesedés. Az USA-ban a délkelet-ázsiai harcokban elesett fiatal katonák boncolását elvégezve, az elhunytak fő verőerét (aortáját) megvizsgálva tapasztalták, hogy ez a folyamat már a húszas évelevekben elkezdődik. A folyamat egyénenként változó sebességgel halad előre, amit leginkább genetikai és életviteli tényezők befolyásolnak. Ebben a megközelítésben az ún. primer prevenció első célcsoportja a fiatal felnőttek csoportja lehet, akiket tájékoztatás és meggyőzés útján kellene a rizikócsökkentő életmódra rávenni.

A következő csoport a 35-65 éves korosztály. Ez egy meglehetősen széles időskála és ebben a korcsoportban már vegyesen fordulnak elő a még panasz és tünetmentes egyének, és azok, akiknél már valamilyen betegséget diagnosztizáltak. A csoport legfőbb jellemzője az „aktív felnőtt” meghatározás. Ezt a célcsoportot még számos szempont alapján lehet, és adott esetben kell is további alcsoportokra bontani.

7.2.1.2. Besorolás a nem alapján

Itt értelemszerűen csak két csoport létezik. Nők és férfiak. A megkülönböztetést több tényező is indokolja. Élettanilag figyelembe veendő a nemek közötti különbség, pl. az infarktushoz vezető elváltozásoknál, amelyek férfiaknál inkább makrovaszkuláris, nőknél inkább mikrovaszkuláris jellegűek. Más az időhorizont is, férfiaknál inkább az ötven éves kor előtt, nőknél pedig az ösztrogén termelés leállása után, az ötvenes évek után nő meg az infarktus kockázata.

Meg kell különböztetnünk a nemeket az információszerzés módja, pl. a „médiafogyasztás” szempontjából is.

7.2.1.3. Besorolás a kockázat alapján

A páciensek számos nem befolyásolható és életmód alapján kialakuló, ezért befolyásolható rizikófaktorral rendelkezhetnek. Az egyén rizikója helyesen csak a statisztikai és a ténylegesen mért paraméterek együttes értékelésével határozható meg. Ennek alapján kis, közepes és magas rizikót szokás meghatározni. Minden csoport más prevencióstratégiát igényel.

Külön kell említeni az ún. szekunder prevenciót, amelyet azoknál kell alkalmazni, akik már átestek valamilyen kardiovaszkuláris eseményen, vagy fennálló betegségük eleve a magas rizikó csoportba sorolja őket. Ezek a teljesség igénye nélkül pl. a vesebetegek és cukorbetegség. Ezekben az esetekben az életmód változtatás mellett gyógyszeres vagy egyéb terápia is szükséges, és a megelőzés az újabb események, vagy komolyabb kórkép kialakulásának elkerülésére irányul.

7.2.1.4. Besorolás társadalmi rétegződés szerint

- A hátrányos helyzetű rétegekhez, nem képezvén a ma üzleti alapon működő prevenciós vállalkozások célcsoportját, nem jut el a prevenciót segítő adekvát információ sem.

Ismert tény, hogy Budapest egyes kerületei, vagy az ország egyes régiói tekintetében a lakosság várható élettartamában akár tíz év különbség is lehet. Ez alapvetően az érintettek szociális viszonyai közötti különbségek eredményezik. A szociális viszonyok befolyásolják az információhoz való hozzáférés lehetőségét, iskolázottságot, táplálkozási és életmódbeli lehetőségeket és preferenciákat, amelyek jelentősen befolyásolhatják az egyén egészségi állapotát és egyes betegségek kialakulását is.

Minden kormányzati program, népegészségügyi célkitűzés kiemelt fontosságúnak tartja az esélyegyenlőség, egészséges élethez való jog ilyen vonatkozású kezelését. Ezek a célkitűzések komoly kihívást jelentenek a hatékony prevenciós stratégia kialakításában is.

7.2.1.5. Besorolás etnikai alapon

Az USA-ban több kutatás is igazolta a különböző etnikumok eltérő szív és érrendszeri kockázati tényezőit.⁴³ Így egyes etnikumok inkább az infarktus, mások inkább az agyvérzés (stroke) kockázatával szembesülnek.

Rassz	Szívbetegségek	Születetési Szívproblémák	Magas VÉRNYOMÁS	Stroke agyvérzés
Fehérek	12,1%	6,5%	23,3%	2,7
Feketék	10,2%	5,6%	31,8%	3,6%
Latinok	8,1%	5,7%	21,0%	2,6%
Ázsiaiak	5,2%	2,9%	21,0%	1,8%
Hawaiiak	NA	NA	19,7%	NA
Indiánok	12,1%	6,6%	25,3%	3,9%

Az előfordulásokat 18 év felettiekre az NCHS/NHIS 2008-as adatai alapján állapították meg.⁴⁴
(Vital Health Stat 10.No.242.2009.)

⁴³ Heart Disease and Stroke Statistics — 2010 Update, American Heart Association

⁴⁴ Advance Data from Vital and Health Statistics. No. 394. 2008

Ugyanígy igaz ez akár földrészekre is. Indiában és Ázsiában például nem az infarktus, hanem az agyvérzés szed több áldozatot.

Magyarországon számottevő etnikum a roma közösség. Náluk a tényszerűen fennálló nagyobb kockázatot inkább a társadalmi és életmódbeli különbségek okozzák. Nehéz ezt a sok társadalmi feszültséget keltő kérdést kellő körültekintéssel kezelni. Mindenesetre a prevencióval kapcsolatban van kellő ok a romák speciális helyzetének vizsgálatára.

Magyarországon alapvetően tiltott az etnikai alapon való megkülönböztetés és nyilvántartás. Ma az roma, aki annak vallja magát. Ebből a tényből fakadóan nehéz általában a romák egészségi állapotáról beszélni. Ugyanakkor készült már ilyen tanulmány ⁴⁵ aminek egyes megállapításait a 2. fejezetben ismertettük.

A célcsoportot valószínűleg hatékonyan lehetne kezelni képviseleti szerveik bevonásával, mint az Országos Roma Önkormányzat vagy a Fővárosi Cigány Önkormányzat.

Prevenációs szempontból az etnikai alapú, kifejezetten roma célcsoport képzés indokolt is lehet, tekintve ennek a csoportnak a különösen rossz szív és érrendszeri állapotát. A csoport megközelítése célszerűen az érdekvédelmi, képviseleti szerveiken keresztül történhet. A kommunikáció kialakításánál figyelembe kell venni hagyományait, szokásait, a csoporton belüli információ áramlást és számos egyéb tényezőt is. Nem kezelhető ez a célcsoport saját képviselőik aktív szerepvállalása nélkül.

7.2.2. Szegmentálás B2B alapon

Ezt a csoportot sajtósági megközelítésben, mint a prevenció viszonteladóját is felfoghatjuk. Számukra a prevenció, mint egy értékesítendő termék jelenik meg. Szempontjaikat is ennek megfelelően kell átgondolni. Marketing szempontból az értékesítési csatornapolitika tárgykörébe tartozó fogalmakat kell a velük való együttműködésben érvényesíteni.

7.2.2.1. Vállalkozó orvosok, házi orvosok

A vállalkozó orvosok csoportját határoztuk meg, mint az prevenció közvetítése szempontjából legfontosabb és legjellemzőbb szegmentumot. A házi orvosok többségükben vállalkozó orvosok, de ebbe a csoportba sorolhatók az egészségügyi vállalkozások is. Az

⁴⁵ A cigányság egészségi állapota, Babusik Ferenc, Dr.Papp Géza, Esély 2002/6

egészségügyi vállalkozások közös jellemzője, hogy diagnosztikai és esetleg terápiás szolgáltatásokat nyújtanak egészséges vagy beteg pácienseknek térítés ellenében. Ez a csoport többé-kevésbé az innovátorok jellegzetességeit is hordozza, ami alapvetően a vállalkezési készséget is magyarázza. Utalva a fogyasztói elfogadás és a piaci ciklusok összefüggéseire, ez a jellemző tulajdonság fontos a piaci bevezetés fázisában vásárlók kiválasztásában.

7.2.2.2. Járóbetegellátó intézmények

Ezek az intézmények manapság a kórházi rendszerhez csatolva, ebben az értelemben állami vagy önkormányzati tulajdonban működnek. Jellemzően nagy a betegforgalmuk, itt a hagyományos ellátási kötelezettség alapján csak másodlagos prevenció jöhetne szóba. A közelmúltban meghirdetett kistérségi egészségfejlesztési irodák létrehozásában és működtetésében azonban ezek az intézmények is vállaltak szerepet. Ez a tevékenység már „látszólag egészséges”, de rizikófaktorokkal már rendelkező páciensek ellátását is lefedi. Ezen az alapon a primer, klasszikus prevenció is megjelenik náluk.

7.2.2.3. Egészségfejlesztési Irodák

Mivel ezek az intézmények kifejezetten a prevenció támogatására jönnek létre, igen fontos célcsoportnak tekinthetők. Azért is érdemes külön csoportba sorolni ezeket, mert nem szükségszerű, hogy járóbetegellátó kezelésében működjenek.

Fontosak még a *különböző betegcsoportok* is, természetesen nem, mint vásárlók, hanem mint a velük kapcsolatos diagnosztikai eljárásokat igénylők csoportja. Ezek a csoportok a vesebetegek, cukorbeteg, elhízottak, hipertóniások, menopauza szakaszban lévő nők, egyes terhes nők. Ezeknek a csoportoknak általános jellemzője a fokozott kardiovaszkuláris kockázat, ami miatt rendszeres szűrésük és vizsgálatuk szükséges.

7.2.2.4. Nőgyógyászok

Nem túlzó a megállapítás, hogy az intézményes tüdőszűrést és esetleges mammográfiát leszámítva, a nőgyógyászok végzik a legtöbb szűrést tapintásos emlővizsgálat és méhnyakrák szűrés formájában. A legtöbb egészséges nő csak a nőgyógyászhoz jut el bizonyos rendszerességgel. Kézenfekvő, de mégis rendhagyó volt a gondolat, amit New York-i kutatók fogalmaztak meg:

„A nőgyógyászati vizsgálatkor kardiológiai szűrést is kellene végezni”⁴⁶

Egy friss tanulmány szerint minden nőt szűrni kéne szív- és érrendszeri betegségekre is, valahányszor megjelennek nőgyógyászati vizsgálaton, mivel az Egyesült Államokban (és Magyarországon is) ez az egyik vezető halálok. A New York-i Mount Sinai Orvosi Központ kutatói úgy vélik, a nőgyógyásznál végzett szívellenőrzések segíthetnének időben felismerni a kockázati tényezőket, emellett a nőkben is segítene tudatosítani a szívbetegségek megelőzésének fontosságát.

A tanulmány egyik vezetője, dr. Roxana Mehran kifejtette, az orvosok körében is él az a tévhit, miszerint a szívbetegség inkább a férfiakat érinti, ezért a nők szűrésére idáig nem koncentráltak kellőképpen. Hozzátette, hogy a nőknél gyakran csak már nagyon előrehaladott állapotban derül ki a baj, pedig fontos lenne náluk is időben felismerni a betegséget.

A vizsgálat során a szakemberek tíz szülész-nőgyógyászt kértek fel, hogy a náluk megjelenő nőket szűrjék szívbetegségekre is, így két év alatt több mint 2200 nő esett át ilyen jellegű vizsgálaton. Akiket korábban még soha nem szűrték ilyen szempontból, azoknak a vérnyomását is ellenőrizték. A program során kiderült, hogy a középkorú nők 69 százalékánál jelen volt valamilyen rizikófaktor, 42 százalékuknál pedig már tünetek is jelentkeztek. Emellett a vizsgált nők 18 százaléka úgy nyilatkozott, hogy nőgyógyászát tartja elsődleges egészségügyi gondozójának.

Meglepő módon az is kiderült, hogy a tanulmányban részt vevő nők közül igen sokan még soha nem ellenőriztették vérnyomásukat, koleszterinszintjüket, vagy vércukorszintjüket. A szűrés befejeztével az alanyok 25 százalékát küldték el további, szívbetegséggel kapcsolatos szakvizsgálatokra. A vizsgálat eredményeiről a szakemberek a Kardiológusok Amerikai Kollégiumának chicagói találkozásán számoltak be, ám úgy vélik, nagyobb mintaszámú tanulmány elkészítése szükséges ahhoz, hogy a mostani adatokat kellően alátámasszák.”

Osztva ezt az elképzelést, még meg is erősíthetjük azt az új rizikófaktorokra és a női szívre vonatkozó adatokkal, amelyekre a dolgozatban is kitértünk.

⁴⁶ <http://www.netambulancia.hu/a+nogyogyaszati+vizsgalatkor+kardiologiai+szurest+is+kellene+vegezni>

7.2.2.5. Wellness és gyógyszállók

Magyarország tényszerűen és a kormányzati fejlesztési elképzelések szerint is a gyógyturizmus európai központja lehet. Ebben a minőségben évente sokezer vendéget fogadhat. A vendégek jelentős része kora és rizikófaktorai alapján a szív és érrendszeri prevenció alanya lehet. Mivel ezeket a vendégeket egészségtudatosság is jellemzi, várhatóan szívesen vennék igénybe a szív és érrendszeri rizikó meghatározást és az azon alapuló életviteli tanácsadást.

Ez a célcsoport két dologban különbözik a fentiektől. Az egyik fontos szempont, hogy bár a vizsgálatokat asszisztens is elvégezheti, de a leletek kiértékelése mindenképpen orvosi feladat. A gyógyszállókban jellemzően dolgozó reumatológusok csak némi képzés után lehetnek alkalmasak erre a feladatra.

A másik szempont az, hogy az itteni páciensek követésére nincs mód. Így az egyszeri beszélgetésnek kell meggyőzőnek lennie. A 10.6.1 pontban tárgyaljuk a vásárlók ötlépcsős döntési folyamatának utolsó elemét, a vásárlás utáni magatartást. Ennek értelmében a vásárlót meg kell erősíteni döntése helyességében. Ezt itt úgy érhetjük el, hogy bővebb tájékoztató anyaggal látjuk el, és ösztönözzük a téma web és közösségi oldalainkon való tartós követésére és az életmódváltó programban való aktív részvételre.

7.2.2.6. Gyógyszertárak

Nem új keletű az a koncepció, hogy a gyógyszertárak is szerepet vállaljanak a prevencióban. Ezt a gondolatot több szempont is alátámasztja. A gyógyszerészek szakmailag alkalmasak a feladatra, kapcsolatba kerülnek krónikus betegekkel, de esetenként a valódi célcsoporttal is, amely az aktív, többnyire panasz és tünetmentes lakosságot jelenti. A gyógyszertárak helyi adottságai többnyire lehetővé tennék egy kisebb konzultációs helyiség üzemeltetését is.

Ha nem terveznénk teljes körű szív és érrendszeri prevenciót a gyógyszertárakba, egy nagyon fontos feladatot mégis el kellene vállalniuk. Az elmúlt évtized tette szakmai körökben ismertté a centrális vérnyomás fogalmát. Az általában felkaron mért vérnyomás nem egyezik meg az aorta ívben és az agyi erekhez futó carotis artériákban uralkodó vérnyomással. A perifériás, más néven rezisztencia erek állapota ezt a nyomást pozitív vagy negatív irányban

eltéríti. Ha a centrális nyomás a felkaron mértnél magasabb, akkor ez egy bizonyos mértéknél önálló rizikófaktorrá válik.^{47,48}(Bővebben a 9.2.1. pontban.)

Könnyű belátni, hogy amíg a vérnyomáscsökkentő terápiát a felkari vérnyomás mérésére alapozzuk, nem zárható ki egy váratlan agyvérzés az ellenőrizetlenül magasabb centrális vérnyomás következtében. Ma már ez a speciális vérnyomás is meghatározható és tanácsos lenne a gyógyszeres terápiát ennek figyelembe vételével előírni. Egy nagy kutatás kimutatta, hogy a felkari vérnyomást azonos mértékben csökkentő különböző készítmények nem mindegyike csökkenti egyben a centrális vérnyomást is.⁴⁹

Fentiek alapján a gyógyszertárakat fel kellene szerelni a centrális nyomást is meghatározó készülékkel, és a kezelt betegek ezzel az eredménnyel kereshetnék fel orvosukat. Olaszországban a 24 órás vérnyomás monitorozást is végzik patikákban is. Ez egy fontos vizsgálat, amely szintén a vérnyomáscsökkentő terápia fontos diagnosztikai eleme. Ezt módszert is honosítani lehetne, tekintve a hosszú várakozási időt a járóbeteg ellátó intézményekben.

7.2.2.7. Betegcsoportok

Fontosak még a különböző betegcsoportok is, természetesen nem, mint vásárlók, hanem mint a velük kapcsolatos diagnosztikai eljárásokat igénylők csoportja. Ezek a csoportok a vesebetegek, cukorbeteg, elhízottak, hipertóniások, menopauza szakaszban lévő nők, egyes terhes nők. Ezeknek a csoportoknak általános jellemzője a fokozott kardiovaszkuláris kockázat, ami miatt rendszeres szűrésük és vizsgálatuk szükséges. A betegek egyenként B2C célcsoportot képeznének, de a felsorolt betegségektől szenvedők többsége valamilyen civil szervezetet is létrehozott és aktívan működtet. B2B értelemben ezek a szervezetek lehetnek az együttműködő partnerek. Gondolhatjuk, hogy esetükben már csak szekunder prevenció

⁴⁷ Central Pressure More Strongly Relates to Vascular Disease and Outcome Than Does Brachial Pressure - The Strong Heart Study
Mary J. Roman, Richard B. Devereux, Jorge R. Kizer, Elisa T. Lee, James M. Galloway, Tauqeer Ali, Jason G. Umans, Barbara V. Howard
Hypertension. 2007;50:197-203.

⁴⁸ A perifériás és a centrális vérnyomás klinikai jelentősége a neurológus szemszögéből Bereczki Dániel, Vastagh Ildikó, Hypertonia és Nephrologia 2011;15(1):11-15.

⁴⁹ Differential Impact of Blood Pressure-Lowering Drugs on Central Aortic Pressure and Clinical Outcomes - Principal Results of the CAFE Study The CAFE Investigators, for the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT)

jöhet szóba, de ez részint nem baj, részint pedig az új diagnosztikai eljárásokkal és azokra épülő tanácsadással a társbetegségek kialakulása lehet megelőzhető, ami ebben az értelemben primer prevenciónak minősül.

Jellemző példa a vesebetegek esete, akiknek bár a veséjük nem funkcionál kielégítően, mégis többnyire kardiovaszkuláris problémák miatt halnak meg. Mivel ez az esetek egy részében sajnálatosan rövid idő alatt is bekövetkezhet, az arterial stiffnesssel kapcsolatos első kutatásokat éppen ezen a betegcsoporton végezték. Itt bizonyosodott be először, hogy az említett paraméterek, mint a PWV (pulzushullám sebesség) és AiX (augmentációs index) a szív és érrendszeri halálozás független és erős prediktorai (előjelzői).⁵⁰

7.3. A páciens nem csak egyén – a társadalmi beágyazódás

Prevenációs kommunikáció megtervezésénél nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy a páciens csak bizonyos tekintetben individuum. A legtöbb ember gondolkodását, cselekedeteit befolyásolja az a környezet, amelyben él, azok a hírek, amelyek eljutnak hozzá, azok a minták, amelyeket lát, azok az emberek, akikkel kapcsolatot tart.

Bár a felsoroltak akár még egyéb aspektusokkal bővíthetők is lennének, témánk hatékony feldolgozásához a vizsgálatot mégis csak a kommunikációs környezetre érdemes szűkíteni.

7.3.1. A páciensek kommunikációs környezete

A páciensek kommunikációs környezetén azokat a forrásokat értjük, ahonnan általában az információt szerzi. Ez alapvetően személyes kapcsolatokon keresztül, interaktív kommunikációval történik, vagy valamilyen média „fogyasztással”, többnyire egyirányú információ áramlás feltételezésével. Az elmúlt évtized, az internet és a szociális média elterjedése ezt a hagyományos meghatározást kibővítette, és ma több társadalmi csoportnak talán legfontosabb kommunikációs eszköze az interaktív kommunikációt megtestesítő valamely közösségi oldal.

⁵⁰ **Impact of Aortic Stiffness on Survival in End-Stage Renal Disease**

Jacques Blacher, MD; Alain P. Guerin, MD; Bruno Pannier, MD; Sylvain J. Marchais, MD; Michel E. Safar, MD; Gérard M. London, MD. *Circulation*. 1999;99:2434-2439.

7.3.2. Az ismerősök

Az emberek egyik legjellemzőbb információs forrása a közvetlen környezete, családja, barátai, munkatársai. Az ebben a közegben terjedő információt többnyire hitelesnek is minősítik, hiszen a legtöbb kommunikáció önkéntességet tételez fel, és az információt a forrásául szolgáló személlyel együtt minősítjük. Ebben az értelemben ez az információs csatorna a prevenciós kommunikáció szempontjából is fontosnak minősíthető.

Fontos körülmény az információcsere helye és sebessége. Napjainkra sok társadalmi csoportban a közösségi oldalak használata vált a legfontosabb kommunikációs csatornává. Ma már szinte korlátlanul készíthet bárki fényképeket, videókat, amiket könnyűszerrel oszthat meg ismerőseivel. Ugyanígy népszerűsíthető bármilyen egyéb információ is a "like" funkcióval. Az információ terjedésének sebessége megsokszorozódott az elmúlt évtizedben és megkerülhetetlen tényezővé vált bármilyen célú kommunikáció tervezésénél.

7.3.3. Fogyasztói csoportok

A fogyasztói csoportokkal azért kell foglalkoznunk, mert számos MLM rendszer alapja az egészségre, egészség megőrzésre épülő üzleti modell. Manapság a legtöbb ember gyakran keresik meg MLM rendszerben dolgozó ismerősei. Az ismeretség, az ajánlások fontos elemek a bizalom kialakításában. A kezdeti bizalom lebont bizonyos korlátokat, kötelező óvatosságot a mesterien felépített MLM kommunikációval szemben.

Az MLM kommunikáció sok valós adat és tény felhasználásával, korszerű pszichológiai elvek alapján kidolgozott kommunikációval győzi meg tagjait valamilyen termék fogyasztásának szükségességéről, saját és családja egészségének szempontjából nélkülözhetetlen voltáról. Az értékesítési lánc felépítéséhez jól használható az a pszichológiai tényező, hogy ha te meg vagy győződve a termék kiválóságáról, akkor bátran ajánlhatod ismerőseidnek is, sőt tovább ajánlásával saját döntésedet is igazolod. A 10. fejezetben kifejtett „a befolyásolás pszichológiája” és a „konformitás- kognitív disszonancia” témák ezt a kérdést még jobban megvilágítják.

Természetesen számos terméket forgalmaznak MLM rendszerben, így azok fogyasztásánál is trendek érvényesülnek. Az újabb csodákat ígérő termékek viszonylag könnyen helyettesíthetnek régieket. Érdekes lehetne egy márkahűséget elemző vizsgálat, bár a személyes kapcsolat, az értékesítési lánc bizonyos mértékben kétségtelenül fogva tarja a tagokat.

7.3.4. A példaképek

A példaképek követésének belső kényszere ugyancsak a befolyásolás pszichológiájának témakörébe tartozik. A követés nyilván önkéntes. Ha valamely személy megjelenése, viselkedése, elért eredményei, társadalmi pozíciója szimpatikus, vagy számunkra elismerésre, akár irigylésre méltó, akkor szívesen hasonlítanánk hozzá, így utánozzuk akár a külsejét, akár viselkedését. Példaként különösen a fiatal korosztály számára nem kizárólag, vagy éppen nem a legmagasabb társadalmi elismertségű személyek szolgálnak. Sokkal inkább az ismertség, a médiaszereplés az irigység tárgya.

Ezzel együtt bármely korcsoportról vagy társadalmi rétegről legyen is szó, az általuk elismert emberek jó eséllyel szolgálnak példaképül és az általuk közvetített információ hitelesnek és követésre méltónak minősül. Nem véletlenül választ a legtöbb társadalmi szervezet az ismert médiaszemélyiségek közül „arcokat” akik révén üzenetüket a célcsoporthoz el kívánják juttatni. Ennél a kategóriánál újra felmerül az általuk közvetített információ sebessége és szórása. Véleményük, példájuk gyakran jelenik meg bulvár lapokban és a közösségi oldaluk rajongói, twitterezői naprakész információval rendelkeznek róluk.

Érdekes tapasztalatom származik ebben a témakörben egy vidéki látogatásomból, ahol a prevencióval kapcsolatos központi kommunikáció hatékonyságáról beszélgettünk. Helyi beszélgető partnerem meggyőződött arról, hogy vidéken arra figyelnek, amit a helyi vezetők vagy ismert személyek közvetítenek. Az információ hitelességét a helyi személyiségek tudják garantálni.

7.3.5. Az orvosok

Ha szív és érrendszeri prevencióról beszélünk, akkor az orvosokat is a páciensek kommunikációs környezete fontos elemeként kellene definiálni. A feltételes mód azért lehet indokolt, mert a primer prevenció alanyai, a jelenleg panasz és tünetmentes személyek nem is találkoznak orvossal. Ha mégis, az jellemzően két okból fordul elő.

Az egyik lehetőség az, hogy valamilyen egészséggel vagy betegséggel kapcsolatos hír, többnyire riport vagy újságcikk az aktualitás okán, vagy szakmai kommentár igénytel szolgáltat meg orvosokat. Nyilatkozataik az információ hitelességét támasztják alá.

Más esetben a páciens betegként találkozik az orvossal. Az esetek túlnyomó részében itt a kommunikáció egyirányú. Az orvosnak többnyire arra van ideje, hogy a beteg tennivalóit, általában gyógyszer szedését határozza meg. Nincs mód ok-okozati összefüggések ismertetésére, az orvos az elvárt beteg együttműködést kizárólag tekintély elven tudja kiváltani. Ennek a működőképessége, hatékonysága a vizit idejétől távolodva többnyire csökken. Ez az orvos-beteg találkozó, mint eszköz szóba sem jön a primer prevenció esetében, de hatása kérdéses a szekunder prevenció esetében is.

Mindazonáltal az orvost az emberek, különösen a beteg emberek hiteles információforrásnak fogadják el, ezért a szerepük a prevenció kommunikációban is jelentős lehet. Ami árnyalja ezt a kérdést, az az a tény, hogy az innováció terjedése ebben a szakmában elég lassú. Ennek számos oka van, leginkább a szakmai protokollok betartásának kényszere. Ez egy részről helyes is, de a protokollok változásához adott esetben hosszú évek kellene. Az ún. „tényeken alapuló orvoslás” a kulcsszó a protokollok tekintetében. Meg kell említeni azonban, hogy az utóbbi években, különösen a gyógyszeres kezeléseket illetően érdekes bírálatok jelentek meg ennek az elvnek az alkalmazását, következetes alkalmazhatóságát illetően.

Az orvosok – mint kommunikációs csatorna – szerepe egy más aspektusban is értékelhető. A páciensek terápiakövetése (compliance-adherence) számos oknál fogva alig mondható kielégítőnek. Fontos lehet ennek a jelenségnek a vizsgálata, mert a terápiás tanácsok betartása vagy mellőzése bizonyára analógiát mutat az orvos által adott prevenció tanácsok követésével is. A kérdést fontossága miatt külön pontban is tárgyaljuk.

7.3.6. A televízió

Az elmúlt évtizedek legfontosabb hírforrása a televízió volt és bizonyos korcsoportok számára ma is az. Az alternatívát az internet jelenti és számos szempontból messze többet is nyújt, mint a televízió.

Prevenció szempontból a televízió hatását nem szabad túlbecsülni. Ez következik egyrészt a csatornák jellegéből. A kereskedelmi csatornák nem érdekeltek közérdekű információ közvetítésében. A közszolgálati csatornákon megjelennek társadalmi célú reklámok (TCR), azonban ezek gyakorisága aligha éri el a páciensek ingerküszöbét és a rövid spot nem is igazán alkalmas ok-okozati összefüggések bemutatására.

Adott esetekben a híradások kommunikációs tartalma még a kívánttal ellentétes hatást is kiválthat. „ A Psychological Science legújabb számában közölt tanulmány során a Heidelbergi Egyetem kutatói a prosztatatarák-szűrésre való hajlandóságot vizsgálták 45 éven felüli férfiak esetében két német nagyvárosban. A szűrésben még sosem részt vett férfiakat két kijelentés egyikével szembesítették: tavaly a német férfiak csupán 18 százaléka vett részt szűrésen, illetve 65 százalékat szűrték. A kutatók megjegyezték, hogy tényszerűen mindkét kijelentés igaz, mert az első adat az egyéves szűrési időszakra utalt, a második pedig az élethosszig tartó szűrési mintát tükrözte. Miután a résztvevők meghallgatták a számukra kijelölt kijelentést, a kutatók arra kérték őket, jelezzék, részt kívánnak-e venni szabványos szűrővizsgálaton a következő évben. Az eredmények azt mutatták, hogy azok a férfiak, akik a magasabb szűrési arányról hallottak, sokkal nagyobb valószínűséggel jelezték igényüket a szűrővizsgálatra. Az alacsonyabb szűrési arányról tájékoztatott férfiak pedig kisebb valószínűséggel adták meg adataikat, amelyek alapján be lehet hívni őket rákszűrésre.

A szerzők szerint az egészségügyi kampányok tartalmának egyszerű módosításával jelentős hatást lehetne elérni a népszerűsítő kampányok motivációs erejére, legyen szó akár a prosztatatarák-szűrésről, vagy bármilyen más fontos egészségügyi kérdéstről, például a higiéniről vagy a védőoltásokról.”⁵¹

. Az ok nyilván a konformitás követésében kereshető, mivel ezek az emberek azt gondolják, ha mást sem érdekel, annak nyilván oka lehet. ⁵²

7.3.7. Az írott sajtó

Az írott sajtóban hasonló jelenség figyelhető meg, mint a könyvnyomtatásban. Soha nem látott mennyiségben jelennek meg nyomtatott anyagok. Ezt bizonyára megkönnyíti a kiadványszerkesztésben és nyomdai kivitelezésben lezajlott technikai forradalom is. Ma már könnyen megszerezhető képzettséggel rövid átfutási idővel és kiváló minőségben készíthet szinte bárki nyomtatott anyagokat.

⁵¹ http://medizona.hu/friss/20100805_rakszures_mikor_rossz_nepszerusito_kampan.aspx

⁵² Psychological Research and the Prostate-Cancer Screening Controversy
Hal R. Arkes1; Wolfgang Gaissmaier *Psychological Science*

Ami szintén megfigyelhető az a kiadványok specializálódása és ezzel együtt a fajlagos példányszámok csökkenése. Ma már kevés „országos” napilap lát napvilágot, ugyanakkor megszorodtak a helyi és a tematikus lapok. Ezt a ténytet figyelembe véve, a gondosan meghatározott célcsoport által olvasott lapok és kiadványok szolgálhatnak információforrásul.

7.3.8. Az internet

Az információ szabad áramlása egyértelműen az internet használatával realizálódik. Néhány büntetőjogi kategóriától eltekintve bármilyen információ, vélemény, tanács megosztható és a többség számára hozzáférhető. Természetesen van veszélye a szélsőséges ideológiák megosztásának is, amelyre sajnos időről-időre megrázó hírek hívják fel a figyelmünket. Kevésbé veszélyesnek tűnhet az egészséggel, életmóddal kapcsolatos információ megosztása. A helyzet akkor válik kritikussá, ha orvosi kérdések, diagnosztika vagy terápia kerül terítékre. Ma bárki publikálhat különösebb következmény nélkül ebbe a témakörbe tartozó valós vagy valótlán információt. Emberek milliói állítanak fel saját diagnózist, folytatnak terápiát jellemzően közösségi oldalakról szerzett információ alapján. Ennek a jelenségnek van pozitív üzenete is, tehát azt kell megvizsgálnunk, hogy milyen megoldással lehet az internet használatát a prevenció szolgálatába állítani.

Az MTI 2011. júniusi híre betekintést nyújt abba a hatalmas információs potenciálba, amit az internet a következő években nyújtani fog:

„ Megdöbentő információk az internetről

Megnégyszereződik 2015-re a globális internetforgalom: a Cisco Visual Networking Index előrejelzése szerint négy év múlva minden emberre két hálózati eszköz jut, az internet pedig másodpercenként 1 millió percnyi videoforgalmat bonyolít le.

A Cisco közleménye szerint a hálózatokhoz csatlakoztatott eszközök száma 2015-re meghaladja a 15 milliárdot, ami mintegy kétszerese a világ népességének. A Cisco számításai szerint 2015-re várhatóan megnégyszereződik a világ teljes internetforgalma, és így eléri az éves 966 exabájtot. Egy exabájt adatmennyiség körülbelül 19 milliárd DVD-lemeznek felel meg, és 75-szöröse a 2000-ben generált teljes - vezetékes és mobil - internetes adatforgalomnak.

A növekedés a Cisco szerint négy fő tényezőre vezethető vissza: a táblagépek, a mobiltelefonok, a hálózatra csatlakoztatott készülékek és egyéb intelligens gépek terjedése

az első és legfontosabb oka a hálózati teljesítmény iránti növekvő igénynek. Nő az internethasználók száma is, 2015-re közel 3 milliárd ember fogja használni az internetet, ami az akkorra várható népesség több mint 40 százalékát teszi majd ki.

A felmérés szerint 2010-2015 között Közép-Kelet-Európában ötszörösére nő az internetforgalom, így 2015-re a régióban kétóránként nagyobb adatforgalom bonyolódik majd le, mint az eddig valaha készített mozifilmek gigabájtra átszámított összesített értéke. Közép-Kelet-Európában 2015-re a teljes lakossági internetforgalom 42 százalékát a videók adják majd, szemben a 2010-es 25 százalékos értékkel.

A kutatás szerint 2010-2015 között a régió mobil eszközeinek adatforgalma 42-szeresére nő, s várhatóan kétszeresére nő az üzleti internetes videokonferenciák által generált adatmennyiség is. A Cisco szerint 2010 és 2015 között a világ mobilinternetes adatforgalma a 26-szorosára bővül, ezzel eléri a havi 6,3 exabájt értéket.”

7.3.9. Közösségi oldalak

„A legfrissebb adatok szerint Magyarország felnőtt lakosságának 60 százaléka online-érett, vagyis legalább hetente csatlakozik a világhálóra. Az internetre legalább hetente egyszer kapcsolódók körét tekintjük valóban online használónak. Napi 164 perc az internetezéssel töltött idejük, és ha mindezt a mobilinternetet használó lakosságra nézzük, már 208 perc a neten töltött idő naponta.

Amiben kimagasló eredményeket mutatunk – a GfK Roper Reports Worldwide világtrend mérései alapján –, az az, hogy nálunk a legmagasabb az online közösségekhez csatlakozók aránya. **Míg a világ legnagyobb 25 gazdaságában az online használók 42 százaléka mondta magáról, hogy használja a közösségi oldalakat, addig hazánk az abszolút elsőséget szerezte meg 65 százalékkal, megelőzve ezzel akár a skandináv államokat, akár az USA-t.**⁵³

7.4. Az információ elfogadásának aspektusai

Az előző fejezetben bemutatunk olyan csatornákat, amelyen keresztül az emberekhez információ jut el. A prevenció szempontjából célszerű lehet ezen csatornák minősítése, fontosság szerinti besorolása is. A prevenció szempontjából is bizonyára az a leghatékonyabb

⁵³ Képes-e válaszolni az FMCG-piac a digitális kor kihívásaira? Dörnyei Otília GFK MÍTOSZVADÁSZAT – 8. rész

csatorna, amely az adott célcsoportot minél nagyobb százalékban és minél gazdaságosabban éri el. Ha az üzenet célba ért, akkor egy újabb szempontot is mérlegelnünk kell. Hitelesnek találja-e azt a célszemély, mert ez az üzenet elfogadásának kulcseleme is.

A következőkben ezt a kérdést vizsgáljuk meg több szempont alapján, előre bocsátva, hogy az emberekhez naponta eljutó információ tömeg az elmúlt években a befogadás szabályait is jelentősen átírta.

7.4.1. Hiedelmek

A prevenció kommunikációjának tervezésénél semmiképpen sem hagyhatjuk figyelmen kívül a hiedelmek jelenlétét az egész társadalomban. Az olyan hiedelmek, mint például a rák veszélyesebb, mint a szívbetegség, vagy, hogy az infarktus és agyvérzés végzettszerűen éri el az embert, alapvetően befolyásolják az egyén viszonyulását adott prevenció tanácsokhoz.

Hogyan alakulnak ki ezek a hiedelmek?

⁵⁴„Skinner említ egy érdekes kísérletet, melynek a meghökkentő, ám kifejező, "babonás galambok" nevet adta. E kísérlet során galambokat zártak egyenként kalitkákba, majd bizonyos időközönként 5 másodpercre táplálékhoz juttatták őket. Az egyik madár a magosztás kezdetekor éppen az óramutató járásával ellentétes irányba fordította a fejét. Ez a cselekedete, az etetés révén megerősítést nyert, megszilárdította benne e mozgást. Ennek folytán sűrűbben kezdte ismételni, ez viszont természetesen azzal járt, hogy ezt a választ gyakrabban "jutalmazták", vagyis gyakrabban tűnt a galamb számára úgy, hogy fejforgatása és a táplálékadás között oksági kapcsolat áll fenn. Számtalan babona makacs egzisztenciája magyarázható ezzel a teóriával az asztrológiától kezdve a bűvös erejű talizmánok viseléséig.”

Valószínűleg hasonló tapasztalatok táplálják azt a nézetet, hogy az infarktus és az agyvérzés nem előzhető meg, mert azoknak látszólag nincs előjele.

Folytatva az idézetet: „felismertük tehát, hogy a babonás gondolkodás és a tudományos módszer között fontos hasonlóság állapítható meg. Mindkettő hiszi, hogy a természetben rend uralkodik, ez a rend az ember számára kiismerhető, s az ismeretek által a világban lejátszódó folyamatok ellenőrizhetőek, befolyásolhatóak. "Mindkettő eredménye viszonylatok létrehozása a hasonlóság észlelése alapján, és az analógikus gondolkodás.”

54 BIZALOM ÉS TUDOMÁNY, MOLNOS PÉTER, EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM

Gyökeres különbség azonban, hogy a tudományos módszer tisztában van a jelenségek megtévesztő látszatával, nem felszínes, hanem lényegi kapcsolatokban gondolkozik, és tudatosan törekszik arra, nehogy elcsábuljon a szubjektum sokszor megtévesztő percepcióinak, szkeptikusan viszonyul a tökéletlen érzékszervek által nyújtott tapasztalatokhoz.”

Korunkban a gyógyítással kapcsolatban számtalan alternatív módszer is jelen van. Ezek egy részét évezredek tapasztalat igazolja, mások esetleges hatása a hit által generált placebo hatásban gyökerezhet. Példa a két szélsőértékre az igazolt hatású akupunktúra és a szabadkézzel végrehajtott hasműtét. Ugyanígy öveznek hiedelmek kristályokat, fényterpiát és egyéb gyógyhatásúnak tartott eljárásokat is. Mindenestre tudomást kell venni róluk, mint a prevenció területén megjelenő versenytársakról.

7.4.2. Az információ hitelessége

Alább egy cikket⁵⁵ szinte teljes terjedelmében idézzük, mert egy rendkívül fontos kérdést tekint át, az egészségüggyel kapcsolatos kutatások hitelességét és a velük kapcsolatban kialakult, napjainkat jellemző bizalmi válságot. Amikor „a tényeken alapuló orvoslást” tekintjük az egyedül elfogadhatónak és követendőnek, akkor igen zavaró körülmény az, hogy a „tények” megítélése és elfogadása is nagy körültekintést igényel. Vezérelvként foghatjuk fel az egyes eredmények megítélésénél azt a tényt, hogy világunkat az üzlet vezérli és célszerű megvizsgálni az egyes kutatási eredmények esetleges alkalmazásakor a haszonélvezők státuszát és kapcsolati viszonyait is. Ma már az egyes tudományos publikációkban fel kell azt is tüntetni, hogy a szerzőnek fűződik-e valamilyen érdeke az adott tudományos eredményhez. Ez a „conflict of interest” nyilatkozat a publikációkban.

7.4.3. Miért téves szinte minden, amit az orvoslásról hallunk?

Ha valaki követi az egészségügyi kutatásokról szóló híreket, azt kockáztatja, hogy teljesen összezavarodik.

⁵⁵ http://www.medicalonline.hu/cikk_print/miert_teves_szinte_minden_amit_az_orvoslasrol_hallunk

Egyszer azt olvassa, hogy a fokhagyma mérsékli a „rossz” koleszterin szintjét, aztán – további kutatások után – azt, hogy nem is. A hormonpótlás csökkenti a szívbetegség kockázatát menopauza után, mindaddig, amíg egy hatalmas vizsgálat ki nem mutatja, hogy nincs így (ráadásul növeli az emlőrák veszélyét). A bőséges reggeli csökkenti a teljes napi kalóriamennyiséget – vagy nem, amint azt pár hónapja egy tanulmány kimutatta. Mégis, bár az orvostudományi kutatás eredményei ingatagok, az emberek bíznak bennük- írja a Newsweek.⁵⁶

De mi van akkor, ha a téves válaszok nem kivételek, hanem tipikusak? Egyre több tudós gondolja úgy, hogy ez a helyzet. Azt mondják, nem arról van szó, hogy egyik vagy másik eredmény olykor hibás, hanem az orvostudományi kutatás egész szerkezetével baj van, és ezért születnek újra és újra olyan eredmények, amelyek a legjobb esetben bizonyítatlanok, a legrosszabb esetben pedig veszélyesen károsak. Ez a rendszer félrevezeti a betegeket és orvosokat egyaránt, és arra készíti őket, hogy olyan, gyakran költséges terápiákat alkalmazzanak, amelyek nem segítenek, sőt bajt is okozhatnak.

Ha elfogadjuk ezt a zavarba hozó nézetet, akkor ennek súlyos következményei vannak az orvosokra, az egészségügyi döntéshozókra és az egészségtudatos fogyasztókra nézve. E felfogás fő képviselője, az orvosi mítoszok elkötelezett rombolója dr. John P. A. Ioannidis, a Stanford Egyetem Prevenációs Központjának új vezetője, aki évek óta keresztshadjáratot folytat az alaptalan egészségügyi állítások ellen. Az emberek megbetegszenek, sőt meg is halnak – mondja – a téves orvosi állítások miatt, amik nem szélhámosság, hanem kutatási hibák eredményei.

Nemrég két hónapon belül a preventív orvoslás két bástyája is elesett. Egy nagy vizsgálat arra a következtetésre jutott, hogy semmi nem bizonyítja, hogy a sztatinok segítenének azokon, akiknek korábban nem volt szívbetegségük.⁵⁷ A Cochrane Collaboration erre vonatkozó tanulmánya 14 vizsgálatot elemzett, amelyekben összesen 34 272 személy vett részt. A sztatinok ára több mint évi 20 milliárd dollár, s ennek a felét valószínűleg fölöslegesen költjük el. 2010 novemberében az amerikai Institute of Medicine egy bizottsága

⁵⁶ <http://www.thedailybeast.com/newsweek/2011/01/23/why-almost-everything-you-hear-about-medicine-is-wrong.html>

⁵⁷ http://www.medicalonline.hu/cikk_print/vitaja_a_sztatinok_szeles_koru_hasznalatat_egy_uj_tanulmany

azt állapította meg, hogy értelmetlen a D-vitamin vérszintjét meghatározni, mivel szinte mindenki elegendő D-vitaminnal (20 ng/ml) rendelkezik ahhoz, hogy a csontjai egészségesek maradjanak, anélkül, hogy étrend-kiegészítőt vagy kalciumot szedne. A D-vitaminra évi 425 millió dollárt költünk.

Vajon hány orvostudományi vizsgálat lehet téves? A többségük...

Dr. Ioannidis az 1990-es években az Országos Egészségügyi Intézeteknél (NIH) dolgozott, ő ellenőrizte az AIDS klinikai vizsgálatait, és ekkor sok tapasztalatot szerzett. Nyilvánvaló például, hogy ugyanannyi időbe telik a „pozitív” vizsgálatok elvégzése, amelyekben hatásosnak találnak egy kezelést, mint a „negatívaké”, amelyekben hatástalannak bizonyul. „Mégis, a negatív tanulmányokat csak 2–4 évvel később publikálják” – figyelte meg. „A negatív eredmények egy fiók mélyén pihennek, és a tanulmányt folytatják, abban a reményben, hogy végül mégis csak pozitívvá válik az eredmény.” Amikor több milliárd dollár forog kockán, akkor a gyógyszergyárak vonakodnak kijelenteni, hogy egy gyógyszer hatástalan. És a publikáció késedelme miatt a betegek tovább kapják az értelmetlen kezelést. Ez elgondolkottatta Ioannidist: vajon hány orvostudományi vizsgálat lehet téves? 2005-ös írásában így felelt erre a kérdésre: „a többségük”.

Elég, ha csak felületesen megnézzük az orvosi folyóiratokat, és láthatjuk, hogy a nagy port felvert eredményeket egyre-másra megcáfolják. Két 1993-as vizsgálat szerint az E-vitamin hozzájárul a kardiovaszkuláris betegségek megelőzéséhez; ezt az állítást két szigorúbban megtervezett tanulmány 1996-ban és 2000-ben nem igazolta. Egy 1996-os vizsgálat arra a következtetésre jutott, hogy az ösztrogénkezelés idős nőkben csökkenti az Alzheimer-kór kockázatát; ezt 2004-ben cáfolták meg. Számos tanulmány szerint a népszerű antidepresszánsok az agy biokémiai folyamatainak megváltoztatása révén hatnak – az újabb vizsgálatok ellentmondanak ennek (enyhe és mérsékelt depresszióban ezek a szerek csak a placebohatás miatt javítják az állapotot – ha hatnak egyáltalán). Ugyanígy tévesnek bizonyult az is, hogy a rák korai felismerése – például a PSA teszttel – mindig életet ment. És még folytathatnánk.

Ott lebeg agyoncsaphatatlan szellemként a tudományban

Dr. Ioannidis első célpontjai a korai genomvizsgálatok selejtes statisztikai voltak. A kutatók megvizsgálták egy vagy néhány gént, és kapcsolatot kerestek a gén és az összes betegség között, ami csak eszükbe jutott. Ez szükségszerűen ahhoz vezetett, hogy pusztán a véletlen folytán találtak is összefüggéseket. Amikor dr. Ioannidis áttekintette a genetika irodalmát,

azt találta, hogy a legtöbb állítólagos kapcsolat nem igazolható. Mi van azzal az állítással, hogy a D-vitamin-receptor gén variánsai az oszteoporózis kockázatának háromnegyedét megmagyarázzák? Nem igaz, amint azt ő és munkatársai 2006-ban bebizonyították. Az Országos Humán Genom Kutatóintézet által azonosított gének tényleg alkalmasak a kardiovaszkuláris betegség előrejelzésére? Nem (2009). Hat génvariáns valóban megnöveli a Parkinson-kór kockázatát? Nem (2010). Mégis, az olyasfajta állítások, hogy X gén növeli Y betegség kockázatát, annyira elterjedtek a tudományos irodalomban, hogy egyéni egészségügyi döntéseket befolyásolnak és alapjukon virágzik a genomvizsgáló iparág.

A statisztikai tévedések megfertőzték az epidemiológiát is, aminek keretében a kutatók az egészség és a környezet közti kapcsolatot vizsgálják, beleértve azt is, hogy mit esznek-isznak az emberek. Egy tanulmány felteheti azt a kérdést, hogy a kávé növeli-e az ízületi fájdalom, a fejfájás vagy a húgyhólyag betegségének kockázatát, vagy másik száz betegségét. „Ha tesztek ezreit végzik el, a statisztika szabályai szerint biztosan lesznek 'hamis pozitív' eredmények” – mondja dr. Ioannidis. A gyógyszergyárak jó sok pénzt keresnek az ilyen kétes statisztikákon. Egy törzskönyvezett gyógyszert kipróbálnak más indikációkban, a véletlen folytán lesznek találatok, és „az orvosok ezt használják alapul arra, hogy új betegségek esetében írják elő a gyógyszert. Szerintem ez helytelen.” Még ha ki is derül egy állításról, hogy téves, akkor is ott lebeg agyoncsaphatatlan szellemként a tudományban. 2007-ben dr. Ioannidis azt mutatta ki, hogy évekkel azután, hogy megcáfolták azt, hogy az E-vitamin megelőzi a szívbetegséget, a tudományos közlemények fele még mindig igazként hivatkozott erre az állításra.

A helyzet nem reménytelen

A genetikusok például nagyjából kijavították hibáikat, szigorúbb statisztikai kritériumokat alkalmaznak, de más területeken még bőven van tennivaló – mondja dr. Ioannidis. A sebészeti eljárásokat például korántsem vizsgálják olyan alaposan, mint a gyógyszereket. „Nem lennék meglepve, ha kiderülne, hogy ezeknek az eljárásoknak jó része a semmin alapul, és az alaposabb vizsgálódás hatására egyszerűen elpárolognának” – jelentette ki dr. Ioannidis. Ez egyben dollármilliárdok megtakarítását is jelentené. *George Lundberg, a JAMA korábbi szerkesztője szerint, ha szigorúan alkalmaznák a Ioannidis-féle kritériumokat, az USA-ban évente akár 1 billió dollárral kevesebb menne el az egészségügyre.*

Természetesen azért nem minden tévedés. A dohányzás öl, a beteges kövérség vagy soványság megrövidíti az életet, és a vérnyomásszabályozás csökkenti a stroke kockázatát. A

fogyasztóknak azt kell szem előtt tartaniuk, hogy nagyobb eséllyel igazak azok az állítások, amik kiállták az idő próbáját és azok, amelyek nagy, randomizált, kontrollált vizsgálatok eredményei, mint a legújabb hírek erről vagy arról az ételről vagy gyógyszerről.”

7.4.4. Megélhetési tudomány

Az előző ponthoz csatlakozik egy hasonlóan kritikusan fogalmazó cikk, amely a vitatott publikációk mögötti üzleti hátteret világítja meg.⁵⁸

„A megélhetési tudomány nem csupán etikai probléma, hanem a tudomány integritását és alapvető céljait megkérdőjelező folyamatok kiinduló feltétele, ezért kell róla beszélnünk.

A régi korokban, amíg a tudomány még nem intézményesült, tudománnyal azok foglalkoztak, akik anyagilag függetlenek voltak, vagy találtak megfelelő mecénásokat. A tudomány nem volt független, de a klasszikus tudomány alapértékei közé tartozott a tudományos igazság érdekektől való függetlenítése, az eredmények közkinccsként való kezelése. A klasszikus tudomány ideáltipikus hősei az önfeláldozó, a tudományért élő kutatók, mint a Curie házaspár, Kőrösi Csoma, az önmagát *Helicobacter pylori*-val megfertőző Barry Marshall.

A finanszírozási rendszer hatása az akadémikus tudományra

Tudomásul kell vennünk azonban, hogy ma a tudomány foglalkozás és megélhetés, vagyis kialakult a megélhetési tudomány. A megélhetési tudomány persze önmagában nem tűnik nagy veszélynek, inkább csak a minőség rovására megy. Ám ha a kutatónak az állása, a fizetése, életének szubjektív sikeressége elnyert pályázatainak számától és összegétől, cikkeinek számától, idézettségétől, impakt faktorától függ, akkor millió és millió kutató juthat egy nap arra a következtetésre, hogy megéri csalni, hisz a lebukás veszélye minimális, és a szankciók nevetségesek. Itt tehát már nem egyszerűen a becsvágy idézi elő a veszélyt, hanem a kenyérharc. A tudományos értékek könnyen devalválódnak, ha létkérdésekkel kerülnek összeütközésbe.

Martinson és mtsi. (2005) kb. 3500 kutatón végzett vizsgálata szerint a kutatók harmada követ el bevallottan olyan tudatos csalást, amely a tudomány szabályai szerint megengedhetetlen. Ilyenek a plagizálások, adathamisítások, ellentmondó adatok elhallgatása, stb. Az arány valószínűleg a bevallottnál rosszabb. A szerzők 2006-os tanulmányukban kimutatták, hogy a csalások akkor a legvalószínűbbek, ha a kutató úgy véli, kutatói mivoltában igazságtalanságok érik, s ez jogosítja fel, arra, hogy vélt hátrányait

⁵⁸ Megélhetési tudomány? <http://www.tenyek-tevhitek.hu/megelhetesi-tudomany.htm>

csalással korigálja. Elég tehát, ha valaki többre érdemesnek tartja magát, vagy a másik sikerét érzi méltánytalannak. A csalás nagy jutalmat jelent csekély kockázattal, írja Fenning (2004), és igazából az a meglepő- folytatja-, hogy mégis sokan lemondanak le az olcsó siker lehetőségéről. Az eredmények és a siker utáni hajsza eredményez aztán olyan eseteket, mint Jon Sudbø története (Marris, 2006), aki nem létező adatbázis elemzése alapján következtet arra, hogy egy gyulladáscsökkentő szer véd a szájrák ellen. A történet hasonló Woo Suk Hwang-éhoz, ahol meg nem létező klónról számolt be (Nature ed., 2006). Eric Poehlmann 10 éves csalássorozatával több millió dollárnyi kutatási támogatást gyűjtött be (ORI, 2005).

Az ipari tudomány megjelenése az orvostudományban

Az elmúlt 30 évben drámai változások zajlottak le a kutatásfinanszírozásban, a magántőke egyre inkább átveszi az orvostudományi és farmakológiai kutatás irányítását.

Így mára a klasszikus tudományt felváltja egy profitorientált, irányított kutatás, amelyben a kutatási eredmények nem nyilvánosak, a kutató nem rendelkezik a megszerzett tudás felett, mert az a megrendelő tulajdona. Ő fizetett érte, tehát az övé. A tudás többé nem egyetemes. A megrendelő dönt afelett, hogy létezik-e egy tudományos tény, vagy sem, alkalmazza-e vagy sem, legyen az bármilyen közérdekű is. A tudományos kutatást egyedül a profit logikájának rendelik alá, nem az emberiség érdekeinek. Ha választani kell, a profit érdeke szerint döntenek. Ha a megrendelőnek nem áll érdekében, a kutatási eredményt eltitkolja, meghamisítja, ill. eleve hamisított eredményeket rendel meg bérelt kutatóitól. Röviden, a tudomány tulajdonná és olykor a legfőbb profittényező válik. A kutatást finanszírozó cégek szinte 100%-ban megtiltják, hogy a kutatók a nyersadatokhoz hozzáférjenek, hogy engedély nélkül publikálhassanak, és kikötik a cég cenzúrázási jogát (Greider, 2003).

Klasszikus tudomány	Ipari (tulajdonosi) tudomány
Közösségi: a tudományos nyilvános tudás köztudás	Egyéni, a tulajdonos rendelkezik vele
Egyetemes: a tudományos fejlemények objektívek és személytelenek.	Partikuláris, helyi, bizalmas
Érdektelenség: A tudományos tények függetlenek az érdekektől	Csak az érdekek határozzák meg a tudományos tényeket
Kétkedés: a tudományos állításokat nyílt vizsgálatnak kell alávetni, amely nyilvános igazolási folyamatban zajlik.	A vitát elfojtják, a kétkedés káros, megkövetelt a lojalitás és a kétkelmentesség

(Bánfalvi, 2006)

Az ipari tudomány bizonyos vonásaiban kísértetiesen hasonlít a totális diktatúrák tudományára, ahol megszűnik a tudományos igazság, s helyébe a diktatúra ideológiája által diktált tételek kerülnek. Az ipari tudomány a tudomány hagyományos fórumait (szaklapok, konferenciák) marketing eszköznek tekinti, és azzá is alakítja. A tudományos információ árureklámmá alakul. A tudományos vitát felváltja a negligálás, vagy a lejáratás, s ha kétely merül fel, még intenzívebb propagandával nyomja el azt. A tudományos propaganda tudományosnak álcázott cikkek, tanulmányok, vizsgálatok formájában ölt testet.

A szakfolyóiratokban megjelenő publikációk kb. 10-16%-a nem a feltüntetett szerzők munkája, hanem reklámcégek által írott cikk, kutatási beszámoló, review (Flanagin és mtsi., 1998). Ez alulról közelítő becslés. A Zoloft kapcsán derült fény arra, hogy a 1998-2000 közt publikált 100 cikk felét reklámcég írta, s e cikkeket hatszor gyakrabban idézték, mint a valódi szerzők által írottakat (Healy és Cattell, 2003). Healy úgy becsüli, hogy a terápiás javaslatokat is megfogalmazó cikkek felét szellemírókkal íratják (Healy, 2004). A gabapentin off-label forgalmát nyolc év alatt 30-szorosra lehetett felfuttatni szellemírásokkal, melyek nem létező pozitív hatásokról szóltak. A cég a forgalomnövelés érdekében 300 000 dollárért íratott egy epilepsziakönyvet (Elliott, 2004). A Fen-Phen fogyasztó szer felfuttatására a Wyeth 10 darab, egyenként 20 000 dollárba kerülő cikket íratott az Excerpta Medica reklámcéggel, amely az Elsevier kiadó lapjaiban kívánta megjelentetni a hamisítványokat, mivel az Excerpta két szaklapot is menedzselte a kiadónál. A publikálásra csak azért nem került sor, mert időközben a 45 000 ismertté vált szívbillentyű betegséget és a több ezerre becsült halálesetet okozó szert betiltották (Elliott, 2004). A szellemírásokkal foglalkozó cégek 2006-ban kb. 500 millió dolláros piacot jelentenek. Egy cikk tarifája kb. 10 000 dollár.

Ioannidis (2005a) kimutatta, hogy 1990 és 2003 közt publikált, 1000-nél többször idézett orvostudományi kutatásból 16%-ot megcáfoltak, 16%-ot túlzónak találtak, és 24%-ot nem vizsgáltak utána. Mindössze a vizsgálatok 44%-át voltak képesek megismételni.

Amikor a csalás paradigma szintűvé válik, már nem lehet leleplezni

De van egy másik, sokkal nagyobb veszély, amikor a tudományos csalás paradigmává emelkedik.

Az ipari tudomány klasszikus, érdekmentes tudománynak álcázza magát, anyagi függésbe hozza és manipulálja az akadémiai tudományt, amelynek képviselői az ipari tudomány

eredményeit tiszta orvostudományi elméletként fogalmazzák meg. Az új paradigmák részeivé válnak a tudománynak, meghatározzák adott területen a kutatás irányát, alapjává válik a gyógyításnak, oktatják őket, népegészségügyi döntések, kezelési ajánlások születnek belőlük. Intenzív kutatások indulnak be a paradigma további alátámasztására, és éppen az elmélet paradigmatis jellege miatt a kutatási eredményekben szelekció kezdődik: „jó” kutatás lesz az, amely igazolja az elméletet, és a cáfoló vizsgálatokat „sikertelen”-nek minősítik.

A modern ipari tudomány paradigmatereítő tevékenységének a lényege, hogy egy nagy profitot hozó, később tévesnek bizonyult elméletet tovább támogat, egyre komplexebbé építi ki, s az újabb és újabb, az elmélet alátámasztására szolgáló kutatások eredményei egyre áthatolhatóbb szövetét alkotják a hamis paradigmának. 2004-ben független kormányzati bizottság javasolta, hogy az egészségesnek tekintett 130 mg/dl koleszterinszintet csökkentsék 100 mg/dl-re. Ez további hétmillió amerikai minősített magas koleszterinszintűvé (Szendi, 2005). Hamarosan kiderült, hogy a 9 tagú bizottság 8 tagja koleszterincsökkentőt gyártó cég által támogatott kutató. Most 2006-ban jelent meg egy review (Hayward és mtsi., 2006), amely áttekintve a vonatkozó szakirodalmat, semmilyen tudományos bizonyítékot nem talált arra, hogy ez a csökkentés tudományosan megalapozott volna.

A gyógyszeripar nemcsak gyógyszereket, hanem betegségelméleteket és betegségeket is gyárt. A gyógyszeripar tudománytorzító hatása mélyen behatol az orvostudománnyal érintkező egyéb tudományokba is. A hamis paradigmák számos további kutatást generálnak, melyek tovább hitelesítik a kiinduló tévedéseket.

Az ipari tudomány már nemcsak tudományhamisításra képes, de átalakítja magát a tudományosság fogalmát, magát a tudományt is. Amikor az ipari tudomány érdekeinek megfelelően maga a tudományos paradigma alakul át, akkor a hamisítás emelkedik törvénnyé, és ettől kezdve a hamisítást igazoló kutatások kapnak támogatást, s hamarosan kialakul a hamisítások szinte kikezdetlen és megcáfolhatatlan szövevénye.”

Hogy ne álljanak példa nélkül a fenti állítások idézek két jogilag is lezárt ügyet:

6 hónapra börtönbe zárták a professzort, aki meghamisította a Pfizer gyógyszerkutatói eredményeit⁵⁹

12 évig folytatott hamis kutatás eredményeként kapta a büntetést az aneszteziológia professzor.

Scott S Reuben, bűnösnek vallotta magát egészségügyi ellátásban elkövetett csalásban, miután rábizonyították, hogy gyógyszerészeti vállalatok megbízásából kutatási adatokat hamisított meg, hogy azok jobb fényben tüntessék fel az adott cég termékeit. A bíróság mindössze 6 hónap letöltendő szabadságvesztésre és további 3 év felügyelet melletti szabadlábra helyezésre ítélte a dokit.

Az évek során több ezer dollárt zsebelt be a Baystate Medical Center vezetőjeként a "kutatások" finanszírozására. "Kutatásait" neves szaklapok, mint az *Anesthesia & Analgesia* közölte le. Igen, az ő munkájának eredménye az olyan ellentmondásos gyógyszerek, mint a Vioxx és a Celebrex operációt követő kezelésben történő alkalmazása, amit igazából sosem végzett el.

GlaxoSmithKline - gyógyszergyári bűnözés⁶⁰

A GlaxoSmithKline (GSK) gyógyszeripari óriással szemben 660 milliárd forintnak megfelelő összegű bírságot szabtak ki az Egyesült Államokban, mivel ismét bebizonyosodott, hogy a cég hamis állításokkal próbálja eladni a termékeit válogatás nélkül mindenkinek.

A mostani per tárgya az antidepresszánsaik (Paxil és a Wellbutrin) valamint a cukorbetegség elleni Avandia voltak. A GlaxoSmithKline 1998 és 2003 között forgalmazta a 18 éven aluliaknak a Paxilt, amiről később bebizonyosodott, hogy alkalmatlan a depresszió kezelésére.

A termék Magyarországon ma is forgalomban van Paroxat néven és lelkesen írják fel és szedik depresszió ellen.

⁵⁹ http://www.naturhirek.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=426:6-honapra-boertoenbe-zartak-a-professzort-aki-meghamisitotta-a-pfizer-gyogyszerkutatasi-eredmenyeit-&catid=bigpharma&Itemid=197

⁶⁰ http://www.naturhirek.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=540:glaxosmithkline-gyogyszergyari-bnoezes&catid=104:bigpharma&Itemid=291

A vizsgálat feltárta a cég azon rosszhiszemű gyakorlatát is, mely során a GlaxoSmithKline orvosokat győzött meg hawaii és európai élménytúrák, wellness-hétfvégék, koncertjegyek és más ajándékok segítségével, hogy ne habozzanak felírni az általa forgalmazott gyógyszereket.

7.4.5. Beteggyüttműködés, Compliance-Adherence

A fenti idegen szavak az orvosi gyakorlatban a beteg együttműködésének jellemzésére szolgálnak. Alapvetően a terápiás előírások követését minősítik. A tanácsok többnyire életviteli és gyógyszeresedési tanácsok együttesen.

Az előző fejezetben leírtak ezt a kérdést is új megvilágításba helyezhetik. Az orvos joggal várhatja el, hogy az általa kezelt beteg kövesse utasításait. Ugyanakkor a beteg az akár élethosszig tartó terápia folyamán számos külső hatással is szembesül. Például az előző cikk tárgyalja a szív és érrendszeri prevencióban rutinszerűen felírt sztatinok esetét. Milyen terápia követés várható el attól a betegtől, aki a fenti cikket olvassa.

Tekintsük át mélyebben ezt a kérdést, mert a prevenció kommunikációjában ez sem hagyható figyelmen kívül. Egy Orvostovábbképző Szemlében publikált cikksorozatból⁶¹ idézünk néhány adatot és megállapítást:

„Magyarországon a beteg-együttműködés nemzetközi összehasonlításban is gyenge, ami közvetlenül veszélyezteti a gyógyszeres kezelések eredményességét a kiemelkedően sok beteget érintő krónikus betegségekben.

A betegek optimális gyógyszeres kezelése a gyakorlatban leginkább azt jelenti, hogy megpróbáljuk megtalálni azokat a készítményeket, hatóanyagokat, amelyek feltételezhetően a leginkább jótékony hatást gyakorolják valamely megbetegedésre. Az ideális terápia beállítása azonban korántsem jelenti azt, hogy az irodalmi adatok alapján várt kedvező hatások a hétköznapi életben, a hétköznapi beteg esetében is érvényesülni fognak. Egészen egyszerűen fogalmazva: hiába írjuk fel nagy kardiovaszkuláris kockázatú betegünknek a leghatásosabb sztatin a megfelelő dózisban, ha a beteg nem szedi be. A nemzetközi tanulmányok arról árulkodnak, hogy több a terápiás javaslatokat nem követő beteg, mint az, aki betartja orvosa utasításait. Az elmúlt évtizedekben a megbetegedések eltolódtak a

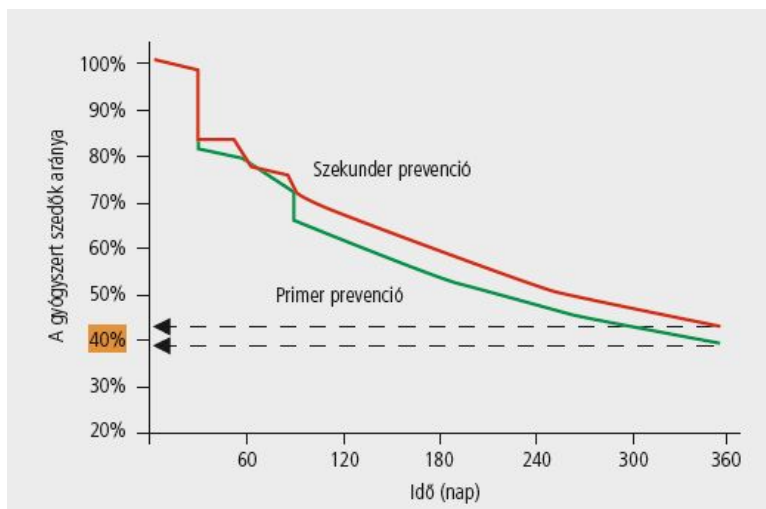
⁶¹ A beteg-együttműködés a terápiás siker záloga , Dr. Molnár Márk Péter ,Dankó Dávid

http://www.medicalonline.hu/cikk_print/a_beteg_egyuttmukodes_a_terapias_siker_zaloga_i_resz

krónikus kórképek irányába. Ezek a kórképek hosszan tartó gyógyszeres (és nem gyógyszeres) kezelést kívánnak meg, ez pedig a beteg aktív közreműködését, egyetértését, figyelmét igényli.

A szakirodalom a különböző országokban mért adatok tekintetében igen vegyes képet mutat. Általánosságban elmondható, hogy nagyságrendileg a betegek fele tartja be a javasolt gyógyszeres kezelést. Számos publikáció jut arra a megállapításra, hogy a betegek együttműködése egyéb tényezők mellett erősen összefügg az országok fejlettségével. Az 50% körüli érték a fejlett világban érvényes, a fejlődő országokban ennél lényegesen rosszabb lehet a beteg-együttműködés mértéke. A betegek együttműködésének mértéke természetesen eltér a különböző terápiás területeken, amit jól alátámasztott DiMatteo 2004-es publikációja, amely 569 vizsgálat adataiból vonta le következtetéseit.

Szintén az USA-ból származó adatok támasztják alá (*ld. ábra*), hogy mind a primer, mind a szekunder prevencióban a betegek 60%-a elhagyja az életfontosságú koleszterinszint-csökkentő hatóanyagok szedését.



A fentiekben olyan krónikus terápiákról esett szó, amelyeket a betegnek – ha egyszer a kezelést beállították – jellemzően élete végéig, ritkább esetben egy kívánatos célérték eléréséig rendszeresen folytatnia kell az elvárt terápiás hatás eléréséhez. Láttuk azt is, hogy a betegek együttműködése az esetek felében kívánnivalót hagy maga után. Mit is jelent ez a gyakorlatban? A kezelőorvos és a nem együttműködő beteg számára nyilván azt, hogy elmarad a várt terápiás hatás. A rossz beteg-együttműködés a legfontosabb oka például a rosszul kezelt magas vérnyomásnak, és a megfelelő beteg-együttműködés igazoltan javítja a

terápia eredményességét, csökkenti a hipertónia szövődményeinek előfordulási gyakoriságát. Olyan vizsgálati eredmények is rendelkezésünkre állnak, melyek szerint a nonadherens betegek körében csupán 18%-ban, az adherens betegek körében viszont 96%-ban sikerült elérni a célvérnyomást.

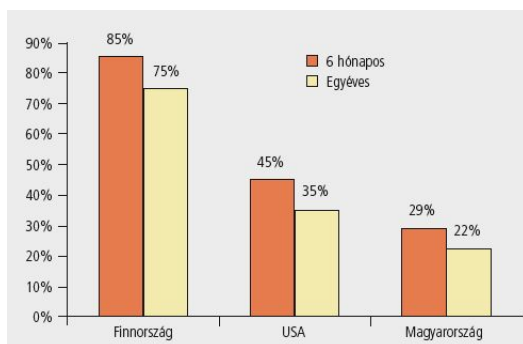
Egy 2006-ban publikált vizsgálat azzal foglalkozott, hogy hogyan függ össze az ischaemiás szívbetegek és cukorbetegek mortalitása az adherenciájukkal. Az elemzés végkövetkeztetése: a rossz adherencia gyakorlatilag éppen olyan eredményre vezet, mint ha a beteget egyáltalán nem kezelnénk. Mindezek alapján kijelenthető, hogy legalább minden második krónikus betegségben szenvedő betegünk a szakmailag megalapozott gyógyszeres kezelés ellenére éppen olyan prognózissal rendelkezik, mint ha nem kezelnénk őt. Betegeink gyógyulási esélyeit tehát nem azzal tudjuk leginkább javítani, ha egy még újabb, még modernebb szerre váltunk, hanem azzal, ha növeljük együttműködő pácienseink számát.

Azt hihetnénk, hogy az adherencia javítása jelentősen növelné a finanszírozók kiadásait. A szakirodalom szerint ennek éppen az ellenkezője igaz: az adherencia javítását célzó programok már rövidtávon is megtérülnek a finanszírozó számára. A látszólagos ellentmondás mögött számos magyarázó tényező húzódik meg; a legfontosabb az, hogy az adherencia hiányára visszavehető szövődmények kezelése óriási összeget emészt fel. A másik tényező, hogy a kezelőorvosok igen sokszor csupán azért váltanak olcsóbbra költségesebb gyógyszeres terápiára, mert a rossz adherenciából fakadóan nem látják a beteg állapotának javulását. A beteg megfelelő követése és az adherencia javítása nagyon sok esetben együtt jár a felesleges gyógyszerfogyasztás csökkenésével is, ami szintén a költségek csökkenésének irányába hat.”

Az alábbi adatsor⁶² preventív szempontból való értelmezése felemás érzéseket kelthet bennünk. Egyrészt joggal fájlalhatjuk az állam (és a betegek) által feleslegesen elköltött milliárdokat a fel nem használt gyógyszerekre, ugyanakkor elgondolkozhatunk azon, hogy vajon indokolt-e a készítmény ilyen számban való felírása, figyelembe véve a legújabb metaanalízisek eredményét is a szer preventív céllal való alkalmazásának hatástalanságáról.

⁶² http://www.medicalonline.hu/cikk_print/a_beteg_egyuttmukodes_a_terapias_siker_zaloga__ii__resz

„Az OEP adatai alapján az orvosok évente nagyjából 300 millió terápiás napnyi (DOT) vérzsírcsökkentőt írnak fel betegeknek, ez több mint 8 millió doboz gyógyszert jelent, hozzávetőleg 30 milliárd forint értékben. A fentiek alapján ennek az összegnek egy jelentős részét terápiás eredmény nélkül költjük el, főleg ha azt vesszük figyelembe, hogy a sztatinkezelés terápiás előnyei (mortalitás- és morbiditáscsökkenés) leginkább az egy éven túli kezelések eredményeként jelentkeznek. A helytelen vagy rendszertelen gyógyszeresedés közvetett költségeit – a szövődményeket, a polipragmáziát, a hatóanyagok közti „ugrálással” kapcsolatos egészségügyi kockázatokat – is figyelembe véve felmerül, hogy több millió doboz sztatinkészítményt és több milliárd forintot fecsérünk el, és akkor még csak a koleszterinszint-csökkentőkről beszéltünk.



A hazai finanszírozási adatok elemzéséből levont következtetéseket erősíti, ha a terápiás területen tapasztalható tendenciákat más országokban vesszük szemügyre. Az *ábra* – amely a lipidcsökkentők hathavi és egyéves perzisztenciáját tünteti fel külföldön és hazánkban – jól mutatja, hogy a hazai helyzet drámai a finn adatok tükrében, de az amerikai számokhoz képest is jelentős elmaradásban vagyunk.

A nem megfelelő beteg-együttműködés mögött meghúzódó tényezők sokfélék. Mint utaltunk rá, kiemelkedő szerepe van egy társadalom szociális és humán fejlettségének, általános szociokulturális vonásainak, amelyek közvetlenül befolyásolják, hogy az emberek miként gondolkodnak egészségükről és a betegségekről, milyen életvitelt folytatnak, mennyire vállalnak felelősséget saját egészségi állapotukért, és mit tesznek egészségük megóvása érdekében. Különösen fontos emellett a gyógyszerrel kezelt betegségnek a jellege: egyes (pl. pszichiátriai) kórképekben a betegségtudat nem alakul ki vagy nem internalizálódik, ami szükségképpen akadályozza a beteg-együttműködést. Ha a tünetek nem súlyosak vagy nem zavarók, a beteg kevésbé érez „objektív” kényszert a megfelelő

együttműködésre. Fontos szerepet játszanak még a beteg általános egészségi állapota, mentális és fizikai aktivitási szintje, családi kötelei, anyagi helyzete.

Abban, hogy hazánkban nemzetközi viszonylatban különösen kedvezőtlen a helyzet, a lakosság alacsony fokú egészségtudatosságán kívül közrejátszik az is, hogy a beteg-együttműködés javítása az egészségügyben dolgozó szakemberek részéről is szemléletváltást igényel. Felértékelődik a beteggel való konzultáció és az edukáció, az orvos–beteg találkozások „napirendje” és célja kiegészül az egészség megóvásával és fejlesztésével kapcsolatos erőfeszítésekkel, tudatossá válik a terápia követése, a kezelőorvos a gyógyuláshoz szükséges ismeretek kizárólagos birtokosából fokozatosan a beteg „mentorává” válik.”

7.4.6. Mit ért meg a beteg?

Talán meglepőnek tűnnek az alábbi megállapítások, de hatékony prevenciók kommunikációhoz mindenképpen figyelembe kell venni az itt leírtakat. Ezekből az amerikai páciensekre vonatkozó adatokból az derül ki, hogy a páciensek jelentős hányada nem érti meg az egészségüggyel, kezelésekkal, terápiával kapcsolatos írott információt. Úgy gondolom, hogy az amerikai információ extrapolálható a magyar viszonyokra is.

Dr. Belicza Éva, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központja által koordinált NEVES Program egyik koordinátora szerint az amerikai polgárok 43 százaléka manapság képtelen az orvostól kapott szöveget elolvasni és megérteni, az abban foglalt információk alapján cselekedni. Ezért aztán arrafelé rendre arra ösztönzik a beteget, hogy három kérdést mindenképpen tegyen fel az orvosnál. Kérdezze meg, mi a baja, mit kell tennie annak orvoslása érdekében, valamint tudakolja meg, miért kell azt tennie, amit javallnak neki.

Szerzője miatt különös figyelmet érdemel az alábbi blogbejegyzés. „Meskó Berci” olyan orvos, akinek twitteren több mint 10.000 orvos követője van szerte a világból.

7.4.7. Digitális és egészségügyi íráskészség

Meskó Berci⁶³

„Nehezen fordítható kifejezések a digital és health literacy, de annál fontosabbak. Pontosan jellemzik az orvosok és betegek társadalmának alapvető problémáit is. A minap találtam egy nagyszerű előadást arról, mennyire fontos az, hogy a beteg tudja értelmezni az orvos által mondottakat, leírtakat, illetve releváns kérdést tudjon feltenni.

Egyszerűen már nem elég, hogy vakon kövessük az orvos tanácsait, és habár ezért a mondatomért sok orvos kollégám meg fog rám orrolni, de kifejezetten bátorítani kell, hogy a beteg interneten is keresgéljen, megkérdezzen más orvost, stb.

Ezek nélkül nem lehet egyenlő partnert faragni a betegből és a betegelégedettség sem lesz magas (meg kell jegyezni, hogy vannak olyan betegek, akik kifejezetten igénylik, hogy megmondja az orvos nekik, mit kell tenni, rájuk természetesen mindez nem vonatkozik).

Az orvostársadalom rendelkezik a health literacy minden képességével (6 évig ezt tanulják éjjel-nappal, aztán munkájuk során minden percben), a digitális íráskészség viszont náluk jelenik meg nagyobb erővel. Őket abban kell segítenünk, hogy értelmezni és minőségileg elemezni tudják az online talált orvosi információkat.

Az előbbi miatt írom sok szempontból a blogomat évek óta, az utóbbi miatt oktatok az egyetemen (szeptembertől Debrecen helyett a Semmelweis Egyetemen) és indítottam el az online kurzusomat The Social MEDia Course néven.

Remélhetőleg, mindkét munkám segíti ezeket a folyamatokat, de a végső megoldáshoz olyan betegekre van szükség, akik a saját kezükbe veszik az egészségüket, a betegségük kapcsán pedig orvoshoz fordulnak, és releváns kérdéseket tesznek fel; illetve olyan orvosokra, akik nem kapnak agyvérzést, ha a beteg megemlíti, mit talált online.”

7.4.8. Hiteles orvosi információ az interneten

A korábban már több aspektusban is felmerült „megbízható információ” fontos szempontja a páciensek tájékozódásának.

Annál is inkább fontos, mert ahogy az alábbi cikk⁶⁴ írja:

⁶³ http://mediq.blog.hu/2012/08/13/digitalis_es_egeszsegugyi_iraskeszseg

Előbb a neten nézzük meg, mi bajunk, csak aztán megyünk orvoshoz

„A magyar felnőttek nagy része az interneten felkészül betegségéből mielőtt orvoshoz fordul - derül ki a GfK Hungária legfrissebb elemzéséből. Az emberek egyharmada részletes tájékoztatást vár az orvostól arról, hogy mit tehet a saját egészségéért. A páciensek fontosnak tartják továbbá, hogy különleges bánásmódban részesítsék őket és azt érezzék, hogy ők vannak a középpontban.

A GfK felmérései szerint a páciensek többsége mielőtt orvosi segítséget kérne, az interneten tájékozódik. Emellett az orvosok körében is jelentős változást figyelhető meg az elmúlt egy évtizedben - derül ki a legfrissebb elemzéséből. Napjainkban egyre több orvos a páciensei kezébe adja a döntést a kezelésekkal kapcsolatban. Egyelőre nem lehet általánosságról beszélni, de már vannak olyan rendelések és szakterületek, ahol ez a folyamat egyértelműen megfigyelhető, ilyenek például a nőgyógyászati magánrendelések.

A GfK Hungária felméréséből kiderül továbbá, hogy a szakértők véleménye szerint az egészségügyi rendszerek problémáira egyértelműen a betegközpontú bánásmód jelentené a megoldást. A GfK elemzése rámutat arra is, hogy a páciensek még mindig azt tapasztalják a mindennapokban, hogy az orvos irányít, és azt várja a betegtől, hogy betartsa az utasításait. Jóval ritkább az, amikor az orvos és a beteg egyenrangú félként működnek együtt a gyógyítási folyamat során.”

Az internetes orvosi információ hitelessége oly fontos kérdés, hogy civil kezdeményezésre megalakították a „Health On the Net Foundation”-t, amely több, mint 5000 tagjától a következő szabályok betartását várja el internetes megjelenéseiknél⁶⁵:

Ezen a Weblapon megjelenő minden orvosi és egészségügyre vonatkozó tanácsot csak orvosi és egészségügyi végzettségű, szakképesítésű szakember ad. Minden további információ esetében egyértelműen jelölve van, hogy az, vagy azok nem szakemberektől ill. orvosi szervezetektől származnak.

⁶⁴ <http://www.klubradio.hu/cikkonly.php?cid=125988>

⁶⁵ http://www.healthonnet.org/HONcode/Guidelines/hc_p8.html



HON Foundation is a non-governmental organisation offering to Internet users reliable and trustworthy information through more than 5,000 accredited medical and health web sites according to the HON Code of Conduct (HONcode)

A Health On the Net alapítvány egy civil szervezet, amely az Internet felhasználóknak megbízható információt nyújt a több mint 5000 akkreditált orvosi és egészségügyi web oldalon keresztül, amelyek működése a HON kód alapján szabályozott.

A HON- Health On the Net irányelvei:

Complementarity

Az információk a Weboldalon úgy vannak közzétéve, hogy azok a már működő orvos- beteg kapcsolatot támogassák, ne pedig pótolják.

Confidentiality

Ez a Weboldal bizalmasan kezeli azokat az adatokat, amelyek az orvosi, egészségügyi Weboldal egyéni pácienseitől és látogatóitól származnak. A Weboldal-működtető kötelezi magát arra, hogy még a legcsekélyebb jogi követelményeket is, amelyek az ország/állam orvosi/egészségügyi adataira vonatkoznak, elfogadja és betartja.

Attribution

Mindenhol, ahol lehetséges és hasznos, ott az információkat a Weboldalon forrásreferenciákkal vagy a megfelelő HTML-linkekkel látja el. A klinikai információk oldalán az utolsó változás dátuma világosan fel van tüntetve (pl. a lap alján).

Justifiability

Egy adott terápia, kereskedelmi termék, vagy szolgáltatás nyereségére és hatékonyságára vonatkozó összes adatát megfelelő tudományos bizonyítékokkal támasztják alá.

Transparency of authorship

Az információk megjelenítői az információkat a Weboldalon a lehető legegyszerűbben közlik, és megadják a felhasználóknak a kontaktcímeket a további információk megszerzése végett. A Webmaster megadja az összes oldalon az E-mail címét.

Transparency of sponsorship

A Weboldal szponzorait és támogatóit egyértelműen megnevezik: ezek kizárólag csak kereskedelmi és nem kereskedelmi szervezetek, akik a anyagi eszközöket, szolgáltatásokat, vagy anyagokat a Weboldal rendelkezésére állítják.

Honesty in advertising & editorial policy

Amennyiben a reklám bevételi forrás, erre világosan utalnak. A Weboldal-működtető hirdetési irányelveinek egy rövid vázlata megtalálható az oldalon. A hirdetést és más eladásösztönző anyagokat bizonyos módon és összefüggésben kínálnak a felhasználóknak, így jól elkülöníthető a reklám a valódi tartalomtól, s ezt a Weboldalt üzemeltető intézet határozza meg.

7.5. Következtetések

Az embereket nem lehet egy tömegként kezelni még akkor sem, ha szív és érrendszeri prevencióról akarunk velük beszélni. Nem fogékony mindenki egy „szívbarát margarin” reklámra.

Ha célt akarunk érni, akkor komoly figyelmet kell fordítanunk a célcsoportok kialakítására és azok gondos tanulmányozására számos kommunikációs szempontból. Fontos az információs környezet reális meghatározása. Ismernünk kell a médiahasználatukat. Tudnunk kell, hogy kitől fogadnak el információt, kik lehetnek példaképeik. Tudnunk kell, hogy milyen szintű az információ megértési szintjük.

Iskolázott emberek sem mentesek hiedelmektől, előítéletektől, sztereotípiáktól. Ezeket a beidegzéseket csak hosszú, következetes munkával lehet megváltoztatni, „átprogramozni.”

A későbbiekben be fogjuk látni, hogy a prevencióval kapcsolatos információt nem elég egyszer közölni. Aligha lehet életmódváltást elérni egy reklámmal vagy egyszeri kampányrendezvényel. Igen eltérő lehet az egyes csoportok terápia követési gyakorlata. Megtévesztő lehet a páciens látszólagos együttműködése, amit függőségi viszony vagy csupán a mindenkiben működő konformitás is eredményezhet. Az így elért eredmény napok alatt szertefoszlik.

Óvatosnak kell lennünk az érveinket alátámasztó orvosi információ forrásaival is. Az internet egy szabad média, ezért az ott megjelenő információ valóságtartalma nem garantált. Látunk törekvéseket ennek az önkéntes szabályozására, de már nem tudunk megfélekezni az orvosi kutatások valódiságát megkérdőjelező hírekről sem.

Vezérelvként mondhatjuk, hogy az információt a kibocsátó érdekkörével összefüggésben kell minősítenünk. Ez a fejezet még messze nem elegendő a pácienssel kapcsolatos szempontok összefoglalására. Ha a páciens, mint a prevenció vásárlóját vizsgáljuk, számos más szempont is előtérbe kerül.

8. A prevenció termékmarketing szemlélete

5.Tézis: A prevenciót a termékmarketing elvekre épülő komplexitással, egy új termék kialakításához hasonló gondossággal kell felépíteni. Az új, innovatív megoldások nélkülözhetetlenek az eredményes „piacra lépéshez”. A marketing mix elemeit sajátoságos értelmezésben itt is alkalmazni kell.

Henry Ford egyszer azt mondta: Ha megkérdeztem volna az embereket, mit szeretnének, azt válaszolták volna, hogy jobb lovat.

Ez az idézet a termékekkel kapcsolatban egy nagyon fontos fogalmat segít megvilágítani. Mit vásárolnak meg az emberek egy termékkel vagy szolgáltatással? Ford esetében nem autót vásároltak, hanem a kényelmes, gyors helyváltoztatás lehetőségét. Közismert az analógia, amely szerint, aki fűrógépet vásárol, az a lyukat vásárolja meg vele. És még egy példa:

„A Revlon a gépsoron kozmetikumokat gyárt, a boltokban viszont reményt ad el” - Charles Revlon.

Mielőtt ez a gondolatot továbbvinnénk, vizsgáljuk meg, hogy vajon felfogható-e a prevenció termékként? Egy termék létrehozásának célja a termék értékesítése valamilyen ellenérték fejében. Esetünkben azzal a feltételezéssel élünk, hogy az államnak érdeke lenne az egészségesebb népesség, ezért különböző módszerekkel igyekeznek az embereket rávenni, hogy őrizzék meg egészségüket. Ingyenes rákszűrést vagy éppen kötelező tüdőszűrést ajánl. Sajnálattal állapítható meg, hogy mindkét szűrés látogatottsága messze elmarad a kívánatostól még úgy is, hogy azok díjmentesek. Ugyanakkor a korábbi fejezetekben bemutattuk, hogy nagyon sok cég ad el termékeket vagy szolgáltatásokat, amelyeket a prevenció eszközeként pozícionálnak, és bár fizetni kell értük, a vásárlók elfogadják és „elfogyasztják”. Ebben az értelemben a prevenció termékként működik. Az állami, ingyenes termék látszólag nem elégíti ki a piac igényeit. Valamit másképpen kell csinálni...

Az előző fejezetekben már elvégeztük a napjainkat jellemző tények elemzését. Ezt követően, esetenként azokból kiindulva, egy új prevenció stratégia felépítését alapoztuk meg a prevenció és az abban szereplők marketing szemléletű elemzésével. Ebben a fejezetben

megvizsgáljuk a prevenciót, mint terméket, a termékmarketing szempontjai alapján. A prevenciónak, mint terméknek új, innovatív tartalmat biztosítunk. Ez a tartalom az elmúlt évtized kutatásain alapuló új orvosi eredményeire épít. Új rizikófaktorokat elemez az evidenciák, a mérhetőség, a prediktív érték, az egyénre vonatkozathatóság, a gazdaságosság és páciens együttműködés szempontjából.

- *Ma már léteznek olyan új, innovatív módszerek és eszközök, amelyek a személyre szabott prevenció céljait orvosilag jobban szolgálják és a páciens együttműködését segítik.*

8.1. Termékkialakítás a vevőérték-hierarchia alapján

Kotler a termék fogalmát az alaphasznosságra épülő, további termékrétegekkel kiegészített komplex termékként definiálja⁶⁶. Az öt termékszintre épülő megközelítés segít megérteni a piacképes termékek sikerének titkát a vásárlók szükségleteinek kielégítése útján, a szükséges termékösszetevők vizsgálatán keresztül. Vizsgáljuk meg a prevenciót ebben a megközelítésben:

Alaphasznosság-Az a szolgáltatás vagy előny, amit a vevő valójában megvesz.

A prevencióban az emberek valójában EGÉSZSÉG-et vásárolnak. Ezzel kapcsolatban látnunk kell, hogy kortól és élethelyzettől függően az egészség egyes emberek számára még születéskori adottság, mások számára egy vélt vagy remélt állapot, a kevésbé szerencsések számára pedig egy újra elérendő cél.

Alaptermék-Az alaptermék az alaphasznosságot alakítja alaptermékké

Amikor az elvont „egészség”-et termékké alakítjuk, már nem gondolkodhatunk egy termékben, mivel mint fent bemutattuk, az egészség mást és mást jelent az egyes emberek számára. A fiatal, még egészséges emberek számára a prevenció, mint termék egészségmegőrzést jelent. A számunkra legfontosabb célcsoport, a „látszólag egészséges”, 35-65 éves korcsoport. Számukra a prevenció az egyénre vonatkozó, minél pontosabb rizikómeghatározást és abból következő életmód tanácsadást, „egészségfejlesztést” jelenti. A már betegek számára az ún. szekunder prevenció segít a további problémák elkerülésében,

⁶⁶ P.Kotler,K.L. Keller, Marketing menedzsment, Akadémia Kiadó, 488.o

minél későbbre tolásában. Itt az egészség relatíve értendő, hiszen a teljes gyógyulás már többnyire nem érhető el.

Elvárt termék- Az elvárt termék a vevő által elvárt jellemzőket tartalmazza

A prevenció esetében az elvárt terméknek egy evolúciós folyamaton kell végig mennie. Mit vár ma az átlag páciens a prevenciótól? Lehetőleg ne kelljen semmilyen szokását megváltoztatnia, esetleg szóba jöhet tabletták szedése, az sem baj, ha fizetni kell érte. Természetesen a számos célcsoportot tekintve ez az attitűd jelentősen változhat. Tehetősebb, egészségtudatos rétegek prémium kategóriás prevenciók hatású termékeket fogyasztanak és hasonló kategóriájú személyi szolgáltatásokat vennének igénybe. Más rétegek számára az egészségesebbnek mondható táplálék sem realitás. Mindamellet a szegényebb réteget sem jellemzi egyöntetűen az alacsony testtömeg index, tehát a táplálkozás átalakításával itt is van tere a költségkímélő prevenciónak. A vázolt kiinduló helyzethez képest az ideális elvárt termékhez paradox módon a vevők elvárásait is fejleszteni kell. Ez nyilván csak egy bizonyos időtávon válik majd elérhetővé.

Kiterjesztett termék- A vevő elvárásait felülmúló szolgáltatások..

Az embereket leginkább saját maguk érdeklik, és ebben a megállapításban nincs semmi pejoratív. Az olyan információ, ami általában fogalmaz a kockázatokról, ritkán ér el hatást. Az új értelmezésű prevenciónak a páciensről saját magáról kell szólnia. Így az általa elvárt szolgáltatást egyénre szabott rizikóbecsléssel és abból levezetett egyéni életmód programmal kell kiegészíteni, így keletkezik a hatásos, piacképes kiegészített termék.

Potenciális termék- Mindaz a plusz, ami a termékhez még kapcsolható

Az egészségtelen életmód sokszor akár családi örökség, tehát igen mélyen gyökerezik. Igen nehéz akkor változtatni, amikor még nincs érzékelhető baj, esetleg fájdalom. Az is belátható, hogy az egészségesebb életmód fárasztóbb lehet, az egészséges táplálék esetleg kevésbé ízletes, mivel nélkülözi a rafinált kiegészítőket. A hatékony prevenció segítséget is nyújt a változtatáshoz például azáltal, hogy közösséget formál, ahol mindenki fontosnak tartja a helyes életvitelt. A modellt támogató web oldalakon található számos információ segít a belső érvrendszer felállításában és táplálásában, a közösségi oldalak pedig ösztönözhetik tagjaikat. Ezzel a kommunikációs eszközrendszerrel érhetjük el a legmagasabb termékszintet.

8.2. Termékkialakítás új rizikófaktorokkal és mérési módszerekkel

A magasabb termék kategóriák, a kiterjesztett és a potenciális termék az egyént helyezi előtérbe. Az ezzel összhangban megtervezett prevencióban az egyénre szabott rizikófaktorok vizsgálata válik szükségessé. Ismerjük meg az elmúlt évtized tudományos kutatásain alapuló új rizikófaktorokat és a céljainkat szolgáló alkalmazásukat.

8.2.1. Új rizikófaktorok a rizikó meghatározásban

Az Artériás stiffness

Az utóbbi években került a figyelem középpontjába az érfali károsodás mértékének meghatározása az artériás stiffness vizsgálatán keresztül. Az érfali merevség a nemzetközi szakmai irányelvekben a szervkárosodást kulcsfontosságú markere, mely összefügg a szív, az agy, a retina, vagy a vesék mikrovaszkuláris károsodásával.

A stiffness eredetileg a nagyartériák rugalmatlanná válását jelentette, mára azonban komplex, az egész érrendszer tulajdonságait leíró terminológia lett, amely magába foglalja a kis- és nagyartériák biokémiai-strukturális-mechanikai elváltozásait, továbbá nyomásviszonyait.

Milyen paramétereket mérjen egy praxiskészülék és mit jelentenek a kóros értékek az orvos számára?⁶⁷

Az aorta rugalmassága, az emelkedett pulzushullámreflexió, a centrális vérnyomás és utóterhelés mind a károsodás mibenlétét és mértékét leíró szöveti biomarkerek. Az emelkedett pulzushullám-terjedési sebesség és a centrális aortanyomás a CV események független prediktorai.

Pulzushullám-terjedési sebesség (PWV) - A fő ütőér szöveti szerkezete a szélkazan funkció kulcsa, a keringés folyamatosságát hivatott fenntartani. Az életkorral, vagy rizikófaktorok hatására bekövetkező rugalmasságvesztés az egész érrendszert terheli. Az aorta rugalmasságát jellemző PWV a nemzetközi szakmai irányelvek kiemelt jelentőségű

⁶⁷ Az artériás életkor vizsgálata a családorvosi gyakorlatban, Dr. Lannert Ágnes, Csuka Domokos

paramétere, az átlag- és az idősödő populációban a CV mortalitás erős és független prediktora.^{68,69}

Augmentációs index (Aix) – Az endothel szabályozza a vazotónust. Károsodásakor a fokozott perifériás ellenállás nagyobb hullámreflexiót eredményez, melyet az Aix jellemez. A keringés ellenirányában ható nyomásemelkedés (afterload) a szívre terhelést jelent, amely nagymértékben növeli a CV kockázatot.⁷⁰

Centrális vérnyomás és pulzusnyomás – Egészséges artériás rendszerben a centrális vérnyomásérték alacsonyabb a felkaron mértnél. A Strong Heart Study szerint a centrális nyomásviszonyok a felkari vérnyomásnál szorosabb összefüggést mutatnak a carotis hipertrófiával és az érlemezés kiterjedésével.⁷¹ A centrális pulzusnyomás a CV események jobb prediktorának bizonyult, ezért szerepel az Európai Irányelvekben. A CAFE Study a különböző antihipertenzívumok vizsgálatával bizonyította, hogy az optimális vérnyomáscsökkentő terápiához elengedhetetlen a centrális nyomások monitorozása.⁷²

Boka-felkar index (ABI, ankle-brachial index) – az alsóvégtagi perifériás érszűkület kimutatására (PAD) hivatott. Az alacsony ABI generalizált, előrehaladott atherosclerosisra utal, ám a vizsgálat alacsony szenzitivitásából adódóan a határérték feletti index nem zárja ki az érlemezés jelenlétét.

⁶⁸ Prognostic Value of Aortic Pulse Wave Velocity as Index of Arterial Stiffness in the General Population (Tine Willum Hansen et al.); Circulation. 2006;113:664-670.

⁶⁹ Arterial Stiffness and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke - The Rotterdam Study (Francesco U.S. Mattace-Raso et al.); Circulation. 2006;113:657-663.

⁷⁰ Augmentation index is associated with cardiovascular risk (Jens Nürnberger et al.); Journal of Hypertension 2002, 20:2407–2414

⁷¹ High Central Pulse Pressure Is Independently Associated With Adverse Cardiovascular Outcome - The Strong Heart Study (Mary J. Roman et al.); JACC Vol. 54, No. 18, 2009

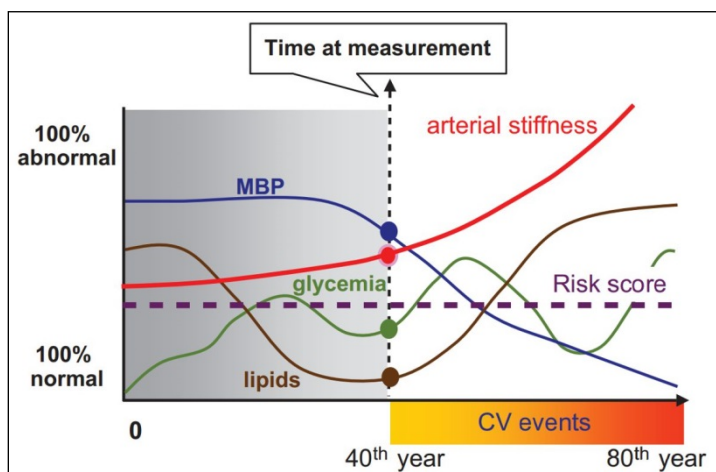
⁷² Differential Impact of Blood Pressure – Lowering Drugs on Central Aortic Pressure and Clinical Outcomes – Principal Results of the CAFE Study (The CAFE Investigators for the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial); Circulation. 2006;113:1213-1225.

Artériás életkor

Az új patofiziológiai szemlélet a célszervkárosodást, mint a rizikófaktorok kumulatív eredőjét vizsgálja. Az érfalat érintő elváltozások egyénenként eltérő sebességgel következnek be, akár a várható biológiai öregedésnél gyorsabban. Az artériás stiffnesst leíró paraméterek így a korai vaszkuláris öregedés szinonimájaként értelmezhetők, és a felkari vérnyomásértékeknél és a laboratóriumi biomarkereknél (mint pl. a hsCRP) jobb prognosztikus értékűnek bizonyultak.⁷³ A pulzushullám terjedési sebesség és a centrális vérnyomás az érfali történésekről könnyen értelmezhető keresztmetszeti képet adnak. Az *artériás életkor* definiálása könnyen interpretálható és érthető a betegek számára is.

Az artériás életkor- EVA-ADAM koncepció

Prof. Peter Nilsson az arterial stiffnes különleges szerepét mutatja be az alábbiakban:



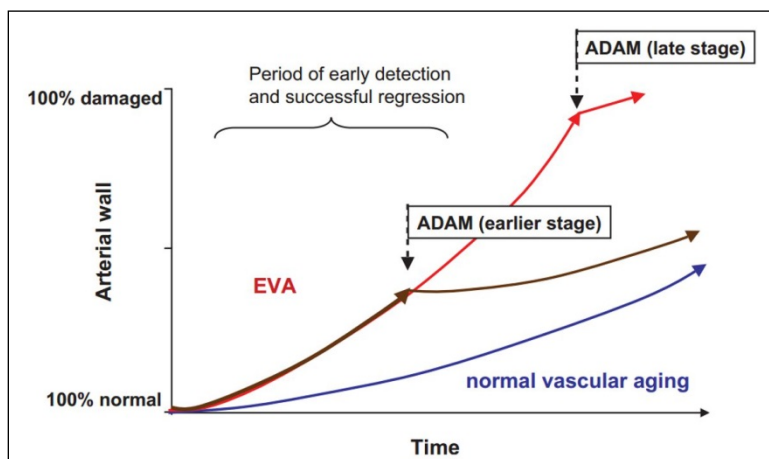
A klasszikus rizikófaktorok és az a.stiffness viszonya

Az artériás funkció a valós érfali károsodás tükré, mely CV rizikófaktorok hatására alakul ki és a kor előrehaladtával súlyosbodik, míg a vérnyomás, a vércukorszint, vér-lipidszint egyénenként az időben fluktuálhat. Az artériás stiffness folyamatos, mindenkori jellemző, még ha az egyéb faktorok pozitív irányban is változnak (így csak egy időpontbeli, nem globális jellemzésre alkalmasak).

Az artériás stiffness konstans állapotot jelző paraméter.

⁷³ Vascular Aging – A Tale of EVA and ADAM in Cardiovascular Risk Assessment and Prevention (Peter M. Nilsson et al.); Hypertension 2009;54;3-10

Az érfalat érintő elváltozások egyénenként eltérő sebességgel következnek be, akár a várható biológiai öregedésnél gyorsabban. Az artériás stiffnesst leíró paraméterek így a korai vaszkuláris öregedés szinonimájaként értelmezhetők, és a felkari vérnyomásértékeknel és a laboratóriumi biomarkereknél (mint pl. a hsCRP) jobb prognosztikus értékűnek bizonyultak.⁷⁴ Az artériák „öregedésének” ütemét az átlag populáció adataihoz viszonyítva egyes esetekben korai vaszkuláris öregedést észlelhetünk. (early vascular aging -EVA) Ezekben az esetekben agresszív rizikó csökkentő terápiával (aggressive decreasing of arterial stiffness modifiers - ADAM) a folyamatot lassíthatjuk és a CV események bekövetkeztét jelentősen késleltethetjük.



8.2.2. Új mérőeszközök a prevenció szolgálatában

Arteriográf

Melyik készülék alkalmas az arterial stiffness paraméterek egyidejű mérésére?

Az első Széchenyi Terv támogatásával 2004-ben született meg az Arteriográf. Folyamatos fejlesztésének köszönhetően ma alkalmas az artériás stiffness paramétereinek egyidejű meghatározására néhány perces fájdalommentes vizsgálattal.

Fontos szempont, hogy a vizsgálat asszisztens által is elvégezhető és nem igényel speciális rendelői környezetet. A mért adatok elektronikusan továbbíthatók, adatbázisban kezelhetők,

⁷⁴ 7. Vascular Aging – A Tale of EVA and ADAM in Cardiovascular Risk Assessment and Prevention (Peter M. Nilsson et al.); Hypertension 2009;54;3-10

e-Health alkalmazásnak tekinthetők. A nyomtatott riport számos adatot mutat be közérthető formában. A mért adatok természetesen kiválóan használhatók a szekunder prevencióban is, az alkalmazott terápia hatékonyságának ellenőrzésére, a páciens állapotának folyamatos követésére.

Magyarországon már 300, Európában további 250 készülék működik a felhasználók meglegedésére. A világszabadalommal védett módszer pontosságát invazív vizsgálat is igazolta.⁸ Egyéb, hasonló paramétereket mérő készülékekkel való összehasonlítása is rendkívül meggyőző fölényt mutat az Arteriográf javára.^{9,10}

A páciens állapotának pontosabb felméréséhez, vagy az alkalmazott terápia hatásosságának ellenőrzéséhez szükség lehet a paraméterek 24 órás megfigyelésére is. Kizárólag az Arteriográfban alkalmazott szabadalom teszi lehetővé az artériás stiffness paramétereknek az ABPM technikához hasonló regisztrálását. A közelmúltban megjelent az **Arterialcare termékcsalád**, melynek tagjai eddig elérhetetlen diagnosztikai információval láthatják el az orvosokat.

Pitvarfibrilláció felismerése

A CV események egy jelentős csoportját képezi a stroke. A stroke kockázatához a már említett paramétereken túl a pitvarfibrilláció, mint önálló erős rizikófaktor is hozzáadódik.⁷⁵

A prevenció célját szolgáló minél komplexebb szűrés megvalósításához az Arteriográf rendszer a közelmúltban EKG modullal egészült ki. Ennek speciális kiértékelő modulja lehetővé teszi négy végtagi elvezetésből is a pitvarfibrilláció felismerését. Ezzel a megoldással az arteriográfós méréssel egyidejűleg a pitvarfibrilláció esetleges diagnózisa is felállítható.

⁷⁵ Atrial fibrillation and flutter (AF) account for ≈10% of all strokes and 50% of cardioembolic strokes.

Hart RG. Stroke prevention in atrial fibrillation. Curr Cardiol Rep. 2000; 2: 51–55.

8.3. Egyedi termékdöntések

Az előzőekben a termékkialakítás egyes aspektusait a prevenció szemszögéből vizsgáltuk meg. Vegyünk most sorra olyan témaköröket is, amelyek az egyedi termékdöntések kategóriájába tartoznak. Az egyedi termékdöntések a következő témaköröket érinthetik: terméktulajdonságok, márkapolitika, csomagolás és címkézés. Terméktulajdonságokkal már foglalkoztunk, csomagolás és címkézés esetünkben nem értelmezhető, de annál fontosabb azonban a márkázás kérdése. Az ezzel kapcsolatos döntéseket ugyanis már a termék életciklusának nagyon korai szakaszában meg kell hozni, majd konzekvensen végig is vinni.

8.3.1. Márkaépítés

Ennek a fejezetnek nem célja a konkrét márkadöntések meghozatala, de a téma átfogó vizsgálata megalapozza a későbbiekben ismertetendő márkázási szempontokat. Miért fontos a prevencióhoz márkát társítani? Nem elég vonzó például a „tüdőszűrés” vagy a „rákszűrés” mint hívószó? Hát a tapasztalat szerint nem!

A következő fejezetben olyan kutatásokról olvashatunk, amelyek az agy működésének vizsgálatával igazolják, hogy a kedvelt márká észlelése az agy speciális, örömmel kapcsolatos területeit hozza ingerületbe, szemben egy általános termék megpillantásával. Természetesen a vásárlói magatartás is ennek megfelelő lesz.

Tekintsük át a márkával kapcsolatos többi fontos aspektust is a következőkben.

8.3.2. A márká értéke

Vizsgáljuk meg először az értékvezérelt marketing szemlélet alapján⁷⁶, hogy miért olyan fontos egy jó márká kialakítása.

„Ha ez a cég felbomlana, neked adnám a vagyont, a gyárat a teljes felszereléssel együtt, míg én megtartanám a márkákat – és ezzel jobban járnék, mint te.”

John Stuart, a Quaker vezérigazgatója

⁷⁶ Doyle, P.: Értékvezérelt marketing [Panem Könyvkiadó, Budapest, 2002. 344-387.o.]

A mai, információn alapuló gazdaságban az eszmei vagyonrészek általában sokkal értékesebbek, mint a vállalati mérlegekben megjelenő fizikai vagyontárgyak. Az eszmei vagyonrészek különböző formát ölthetnek, de sok iparágban a cég márkáinak vagyoni értéke bizonyul a legfontosabbaknak. A márkavagyon a márkanévnek tulajdonítható jövőbeni pénzáram nettó jelenértékeként definiálható⁷⁷. Ez a többletérték, amivel a márkanév nélküli termék nem rendelkezik. A márka vagyoni értéke a vásárlók által a cég márkája iránt tanúsított bizalomból ered. Ez a bizalom hozza létre azt a kapcsolatot a márka és a vásárló között, amely kiváltja az utóbbi preferenciatudatát, márkahűségét és azt a hajlandóságát, hogy a vállalat minden további, saját márkanéve alatt kínált új termékének és szolgáltatásának a megvásárlását megfontolás tárgyává tegye.

A jövőbeni szabad pénzáram jelenértéke növelésnek egyik módja a cash-flow növelése. Az erős márkák négyféle módon is növelhetik a pénzáramot:

Magasabb árak – A fogyasztók bizalommal viselkednek a márkák tulajdonságai és minőségük iránt, a márkák az elvárt asszociációkat és élményeket kínálják, így a vevők rendszerint árprémiumot fizetnek azért, hogy megvásárolhassák őket.

Nagyobb értékesítési volumen – A márkával kiaknázható ártöbblet teljes igénybevétele helyett a cég átlagos, vagy ahhoz közeli piaci áron értékesít, és a márka hírnevét az eladási mennyiség fokozására használja fel.

Alacsonyabb költségek – A vezető márkák gyakran jelentős méretgazdaságosságot érnek el, ami alacsonyabb költségeket eredményez.

Jobb eszközhhasználás – Az erős márkák gyakran több lehetőséggel bírnak az állandó és működő tőke gazdaságos felhasználásával kapcsolatban; nagyságrendi megtakarítást képesek elérni a termelési és az elosztási folyamatban.

A márkák értéket teremtenek a vevők számára azzal, hogy irányítják őket a választási folyamatban. Azt mondják a vásárlást megelőzően nehezen értékelhető termékről és szolgáltatásról, hogy alacsony keresési értékkel rendelkeznek. Léteznek azonban olyan termékek és szolgáltatások is, mint például az orvosi vizsgálat, vagy egy új ingatlan, melynek

⁷⁷ Collins, J.M.- Collins, R.A.: Pénzügyekről nemcsak pénzügyi szakembereknek [Tulsa Egyetem, Tulsa, Oklahoma, USA, 138.o.]

értékét még a vásárlást követően sem könnyű megítélni. Értékelésükben a bizalom, a „bizalmi minőség” kiemelkedő szerephez jut. Megvásárlásuk hitből fakadó cselekedet is lehet. Amint a gazdaságban egyre inkább teret nyer a csúcstechnológia, és a szolgáltatások egyre inkább meghatározóvá válnak, a vásárló is egyre nehezebben hoz döntést, mivel ezek tapasztalati és bizalmi jellege erőteljes, keresési értékeik viszont alacsonyak.

8.3.3. A márkaimázs típusai

A sikeres márkák bizalmi kapcsolatot építenek ki a fogyasztóval azáltal, hogy csökkentik a kockázatérzetet, egyszerűsítik a választási folyamatot, és időt takarítanak meg. Ez a kapcsolat a vevőkben kialakult márkaimázson alapszik, amely a márkasajátosságokhoz és asszociációkhoz fűződő hiedelmek összessége. A fogyasztókban kialakuló márkaimázs négy forrásból táplálkozik: tapasztalati, személyes, nyilvánosságból fakadó és kereskedelmi.

A márkáknak és a márkaimázsnak három fő fajtáját különböztethetjük meg:

Funkcionális márkák: a márkák imázsa bizalmat közvetít a termék funkcionális tulajdonságai iránt.

Aspirációs márkák: ezek a márkát vásárló embertípusról közvetítenek sajátos imázst.

Tapasztalati márkák: ezek olyan asszociációk és érzelmek imázsát közvetítik, amelyekben a vevők már korábban részesültek. Túlnőnek az aspirációkon, és inkább egy olyan filozófiát testesítenek meg, amelyet a márka és az egyedi fogyasztó közösen birtokol.

A tapasztalati márkák számos előnnyel rendelkeznek a funkcionális és aspirációs márkákkal szemben. A terméktulajdonságokhoz való kötődéssel az a probléma, hogy a mai kifinomult technológiák mellett teljességgel lehetetlen bármennyig is megtartani az egyedi terméksajátosságokat és minőséget.

A prevenció tekintetében kézenfekvő lenne a márkaimázst a terméktulajdonságra alapítva funkcionális márkát létrehozni. A sikeres tapasztalati márkák egyéni jelleget, személyes gyarapodást és meghatározott életfelfogást közvetítenek. A fentebb már említett potenciális termék köré épülő szociális hálózat lehetőséget nyújt arra, hogy a vázolt innovatív elveken alapuló prevenciót a tapasztalati márkák szintjére emeljük.

8.3.4. Márka-kasztok

A márkaimázs felépítésének szándékát követve egy még merészebb terv is megvalósíthatónak látszik. Mai világunkban az identitás ígérete komoly szempont a márka és így a termékválasztásnál is. Igaz az is, hogy ennek a fontossága inkább a fiatalabb vásárlók körében érzékelhető. A prevenció vásárlói nem tipikusan fiatalok. Más megközelítésben viszont, ha a vásárlói célcsoportot a termék életciklusa felől közelítjük meg, akkor az esetünkben érvényes bevezetési szakasz vásárlói az ún. innovátorok, akik sajátosan mégis a fiatalabb korosztályból kerülnek ki. Ebből a megfontolásból vizsgáljuk meg a márka-kasztok (brand tribe) elméletét és esetleges alkalmazhatóságát a márka kialakítási törekvéseknél.

A mai világban a vásárlói döntések jelentős részét az egyes társadalmi csoportokhoz való kapcsolódás határozza meg. Kialakultak bizonyos márka-közösségen alapuló csoportok, melyeket közös hobbijuk és értékrendszerük tart össze. A márka-kasztok „emberek csoportja, akik egy adott márka iránt érdeklődnek és saját értékrendszerrel, rituálékkal, szókészlettel és hierarchiával rendelkező alternatív társadalmi környezetet, (önálló referenciacsoport) hoznak létre⁷⁸. Az első és talán leghíresebb ilyen informális márka-közösség a Harley Davidson köré szerveződött.

Természetesen merész a párhuzam a Harley Davidson-kaszt és az innovatív prevenciót felhasználók között. Mindazonáltal nem tarjuk elképzelhetetlennek egy ilyen márka-kaszt kialakítását a következők miatt. A korszerű reklám nem elégszik meg a fogyasztók vágyainak kiszolgálásával, hanem igyekszik egy lehetséges, elérhető személyiség érdekében mozgósítani a fantáziát. Nincs nagyobb jutalom a fogyasztó számára, mint új belső készletek felfedezése és megvalósítása. Rámutattunk, hogy a panasz- és tünetmentes aktív lakosság szűrésével akár közvetlenül is életet lehet menteni, súlyos egyéni katasztrófákat megelőzni. Egy ilyen célra szervezett civil mozgalomhoz vagy hálózathoz való tartozás ezt a magas szintű maslow-i igényt elégítheti ki. Egy másik lehetőség orvosok számára egy elismert, egyedi csoporthoz való tartozásra egy, a vázolt elvek szerint működő prevenció rendszerhez való csatlakozás és a csak a rendszer tagjai számára biztosított innovatív

⁷⁸ Sas I.: Reklám és pszichológia [Kommunikációs Akadémia, Budapest, 2007, 205.o.]

diagnosztikai rendszer használata. Ez a pozitív diszkrimináció elvén működő rendszer még a felhasználók között is egy magasabb kasztot alakít ki. Lehet, hogy még távoli, vagy nagyon illuzórikus egy ilyen asszociáció a meglehetősen konzervatív egészségügyi területen, de mindenesetre ez az eszközt is tesztelésre és alkalmazásra javasolható a márkaépítésben.

8.3.5. Az attribúció

A „brand” lélektani alapja az attribúció. Az emberi észlelés sajátja, hogy egyszerűsít, általánosít, osztályoz, sűrít és tipizál, így téve hozzáférhetővé a nehezen megismerhető, bonyolult helyzeteket a megismerés számára. A gondolkodás nem képes egy időben a maga egészében felfogni a jelenségeket. A címkék segítenek az eligazodásban. A gondolkodás igyekszik egy címkét, attribútumot „hozzáragasztani” a márkákhoz, hogy ezekről könnyebben felismerhesse, illetve azonosíthassa őket.

Az attribúció egy hozzárendelési folyamat: a személyek az információkat képzeletbeli címkék segítségével beállítódássá, véleményné, imázssá alakítják. A reklám lényege, hogy fontos attribútumokat (címkéket) „gyártson”, segítse a hozzárendelési folyamatokat, és ezzel kihasson az emberek termékről kialakított véleményére. A reklám nem bízza véletlenre, hanem irányítja, felügyeli az attribúciót. A hozzárendelés akkor sikeres, ha a reklám nyomán a kívánt tulajdonságokat a fogyasztók automatikusan a terméknek tulajdonítják. Az arculati elemeknek, mint színeknek, logóknak és más vizuális elemeknek kiemelt szerep jut a „neki tulajdonításban” és ezáltal az imázs létrehozásában.

A „neki tulajdonítás” folyamatában, amikor fejünkben a „címkézés” folyik, sokféle „áthallás” keletkezhet. Ezeket hívjuk holdudvar-hatásnak. Olyankor jön létre, amikor az észlelésbe olyasmit is belevetítünk (projekció), amit valójában nem látunk. Olyan jelekből következtetünk más tulajdonságokra, amelyekből azok nem következnek biztosan. A szociálpszichológiában az ilyen automatikus attribútumokat sztereotípiáknak hívják. A reklámban az ilyenfajta „előítéletet” nem veszik rossz néven, sőt a sztereotípiák kialakítása a reklám egyik kötelezettsége, hiszen első asszociációként a legfontosabb tulajdonságot köti elválaszthatatlan kötéssel a termékhez.

A reklám-kommunikációban rejlt sajátosságoknak és kötöttségeknek lényegében három nagy csoportját különíthetjük el⁷⁹:

- A megkülönböztetés kényszere: a kötelezettség, hogy magunkat minden más versenytárstól megkülönböztethetővé tegyük.
- Az ígélet kényszere: az elvárás, hogy a partner meggyőzése érdekében számára valamilyen előnyt vagy jutalmat ígérjünk.
- A dicsekvés kényszere: az alig elkerülhető kényszerpálya, hogy megszépítve magunkat egyoldalúan pozitív színben tüntessük fel, elhallgatva a kevésbé vonzó szempontokat.

A márkaépítésben a cél: megszerezni az attribútumokat, gyakori ismétléssel kondicionálni (feltételes reflexeket építeni) és elhelyezni őket a tudat megfelelő polcára, vagyis pozicionálni.

A pozicionálásról még később részletesen írunk, így itt nem térünk ki a különböző változatokra.

8.3.6. Valorizáció

Amikor a kondicionálás során az attribútummal együtt annak értékei átszállnak, átruházódnak a márkára, akkor felértékelésről, valorizációról beszélünk. A valorizáció a reklám leggyakoribb technikája a befolyásolásban. A valorizáció eszközeként minden dolog szóba jöhet, amelynek természetes, a célközönség számára megfogható alapértéke van.

8.3.7. A szlogen, a márkaépítés alapköve

A reklám közreműködésével született meg és alakult ki a kondicionálás és értékpárosítás legtökéletesebb eszköze, a szlogen.

Szlogeneket, jelszavakat használnak különböző csoportok, érdekszférák arra, hogy hosszú magyarázkodások helyett vagy mellett egy-egy találó mondattal mintegy azonnali hatást érjenek el, egy pillanat alatt meggyőzővé váljanak, az emberek lehetőleg kívánságaik szerint cselekedjenek, kövessék őket, higgyenek nekik, vásároljanak, álljanak melléjük.

A szlogen formailag hasonlíthat a közmondásokra, a szentenciákra, a kinyilatkoztatásokra, a cáfolhatatlannak tűnő bölcsességekre.⁸⁰

⁷⁹ Sas I.: Reklám és pszichológia [Kommunikációs Akadémia, Budapest, 2007, 72.o.]

8.3.8. A márkaszemélyiség

Ósi tulajdonságunk, hogy a termékeknek olyan emberi tulajdonságokat, olyan attribútumokat tulajdonítunk, mintha emberek lennének: ez a termékek „lelke”. A reklám mindig is előszeretettel támogatta ezeket a spontán folyamatokat és igyekezett személyiséget adni a tárgyaknak. Ha bennünket körülvevő tárgyakat emberekhez hasonló tulajdonságokkal ruházunk fel, akkor felismerésük is könnyebb, és a hozzájuk fűződő érzelmi kapcsolatok is egyszerűbben alakulnak ki.

A márkaépítés alapja a márkaszemélyiség. A márkaszemélyiség kialakítása a lehető legfontosabb stratégiai cél nemcsak világmárkák, de a most született és reményekkel teli feltörekvő márkák számára is. A márka karakterének hallatlanul fontos üzenetei vannak a fogyasztó számára, és ma már nem egy nagy cég foglalkoztat emiatt hollywoodi típusú dramaturgokat, forgatókönyvírókat, hogy márkájuk jellemrajzát tökéletesítsék.

8.4. A termékéletgörbe- korai elfogadók...

A termékéletgörbe⁸¹ fogalmának ismerete már a piacra lépés előtt fontos, mivel a bevezetési szakasz sajátosságait kell a marketing kommunikáció tervezésénél figyelembe venni. Ennek legalapvetőbb ténye, hogy a bevezetési szakaszban csak az un. innovátorok „vásárolnak”, tehát kezdetben csak erre a célcsoportra számíthatunk.

„A termékek már nyilvánosságra kerülésük előtt léteznek. Az innovációs ötlettől a termékfejlesztésig sok akadályon kell átkelniük, amíg bevezetik őket a piacra. A termékek piacon való megjelenésétől a piacról való kivonulás időpontjáig terjedő szakaszt a termék életciklusának nevezzük. Ha az életciklus alatti forgalmi mutatókat ábrázoljuk, akkor megkapjuk a termék életgörbét.

A klasszikus életgörbe szakaszai

Bevezetés. Ebben a szakaszban a termék a piacon csak kis mennyiségben van jelen, a kereslet alacsony. A termék legtöbbször még differenciálatlan, tehát az alapmodell mellett kevés variáció létezik. A költségek magasak, egyrészt, mert az alacsony termelési volumen és a

⁸⁰ <http://hu.wikiquote.org/wiki/Szlogenek>

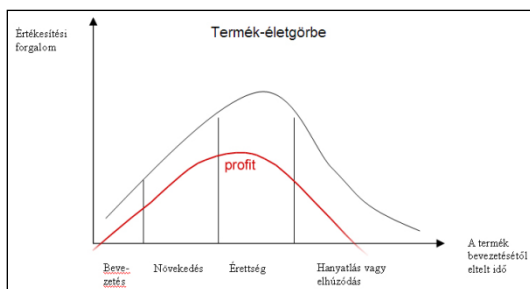
⁸¹ <http://www.econom.hu/termekeletgorbe/>

technológiai folyamat kiforratlanságai miatt a termékegységre jutó fix költség magas, másrészt a vevők tehetetlenségi nyomatóka miatt ajánlatos az intenzív bevezető reklámozás. A termék kereslete kiszámíthatatlan. A versenyhelyzet még kedvező, hiszen feltehetőleg nincs konkurencia. A vállalat ebben a szakaszban kétfajta árpolitikát folytathat. Magas árat állapíthat meg, ha minél hamarabb szeretné learatni a piacra kerülésből származó előnyöket, vagy alacsony, bevezető áron vezeti be a terméket, hogy kedvet csináljon a kipróbáláshoz.

Növekedés. A bevezetési időszak stagnálása után az eladások ugrásszerűen növekednek. Az eddig monopolhelyzetben lévő úttörő gyártó nem képes tartósan kisajátítani a piacot, megjelenik a konkurencia. A korai elfogadók vásárolják a terméket, s hatásukat az értékesítési volumen felfutása jellemzi. A költségek csökkennek, mert a növekvő kereslet által indukált termelés gazdaságosabb sorozatban folyik. A növekedési időszak termékpolitikája az alaptípus folytonos innovációjára irányul.

Érettség. A legtöbb termék és a leghosszabb időtartam jellemző erre a fázisra, így a vállalatok számára ez a szakasz, amelyben a leggyakrabban tartózkodnak. Az eladások elérik a maximumot. A versenyhelyzet kiélezett, sokan szeretnék ugyanazt a piaci szeletet kihalászni. A lakosság döntő hányada vásárolja a terméket, amelynek előnyös tulajdonságai a vevők széles körében ismertek. A termék érettségi szakasza új technológia vagy környezeti tényezők hatására elnyújtható.

Hanyatlás. Az eladási volument csökken. Az eredeti innovációval jelentkező vállalat ilyenkor már rendszerint új termékkel rukkol ki a piacra. A hanyatlási szakaszt összekapcsolhatjuk azzal a ténnyel is, hogy egy bizonyos idő és vásárlás után a piac telítődik a gyártmánnyal. Akkor is telítődik a piac, ha a mérete megváltozik, összezsugorodik, mert ezzel a potenciális vevők száma csökken. Hasonló hatást gyakorol a keresletre az új termékek megjelenése, divatba jövedele, ami eltántoríthatja a vásárlókat az addigi fogyasztástól. A hanyatlás időszakának megfelelő termékpolitika az egyre csökkenő jövedelmezőségű termék piacról való kivonása.”



8.5. Marketing mix

A marketing mix lehetett volna az egész dolgozat bevezetője, már a dolgozat címéből kiindulva is. Az ok, amiért ezt az egyébként fontos rendezőelvet hátrébb soroltam, talán már kiderült az eddigi fejezetekből is. A prevenciót nem lehet klasszikus értelemben vett terméknek nevezni, de hatékony alkalmazását mégis segítheti éppen a marketing mix elemeinek adekvát alkalmazása. Ezekből az elemekből eddig és ezután is csak a legfontosabbakat kívánom kifejteni. Melyek ezek az elemek?

8.5.1. 4P alapú elemzés

A marketing mix alapjának is tekinthető a 4P – Product-Price-Place-Promotion rendszerező elmélet. Ennek értelmében beszélünk a termékről, az árról, az értékesítési csatornáról, és a marketing kommunikációról. A csoportból kiemelkedően fontosnak tartott termék elemzését az előző szakaszokban már elvégeztük, most következzen a másik 3P, előre bocsátva, hogy a másik, igen fontos csoportnak tartott Promotion mélyebb feldolgozást érdemel és kap is a későbbiekben.

Price- Ár

Érdekes kérdés, hogy a prevenciót fizetés ellenében kell-e adni, hiszen az egész koncepció az állam szemszögéből építi fel a termékszempléletű prevenciót, és jellemzően az állam az egészségügyi ellátást többnyire díjmentesen nyújtja. Ha pedig nem díjmentes, akkor mennyibe kerül? Korábban láttuk már, hogy az emberek egy része milliárdokat költ egészségesnek tartott táplálékkiegészítőkre, vitaminokra. Virágoznak privát praxisok, de még van piaca az aurafotónak és számos hasonló szolgáltatásnak is.

Kétségtelen, hogy ami ingyenes, azt nem is tartjuk értékesnek. Mindenesetre érdemes lenne egy prevenciószűrővizsgálatnak is árat szabni és valamilyen arányú térítést fizettetni érte. Időnként megjelennek olyan megalapozott szakmai vélemények is, hogy aki szándékosan és egészségromboló életmódot, az fizessen többet az ellátásért is. A biztosítók sem biztosítják az extrém sportot űzőket a nagy kockázat miatt. A kóros elhízás is nagy kockázatot jelent...

Place-Értékesítés helye

Ezt a fogalmat nem kell fizikai helyként értelmezni. Jelenthet ugyan eladási helyet, boltot is, de a marketing mixben sokkal több tartalmat hordoz. Értünk alatta értékesítési csatornákat is, ami könnyen érthető, ha például az MLM rendszerre gondolunk.

A prevenciót bizonyos mértékig lehet „web shopban” is értékesíteni, ami a helyes életmóddal kapcsolatos tanácsokat, egészségteszteket, közösségi eseményeket és hasonló kommunikációs módszereket illeti. Hatékony prevenció azonban csak az egyéni kockázat műszeres mérésekkel történő meghatározásán és arra épülő életmód tanácsokon, esetleg gyógyszeres terápián alapulhat. Ezért az értékesítés helye az orvosi rendelő, egészségfejlesztési iroda vagy más egészségügyi intézmény kell, hogy legyen. Ezt az elvet figyelembe kell venni például POS anyagok tervezésénél.

Értékesítési csatorna oldalról a B2B célcsoport képzésnél leírtakat vehetjük alapul. A prevenciót leghatékonyabban a háziorvosok és az egészségfejlesztési irodák tudnák közvetíteni.

Promotion

Az értékesítés ösztönzése az egész program eredményességének a kulcsa. Ezért külön fejezet foglalkozik a szegmentáció, a pozicionálás és a marketing kommunikáció kérdéseivel.

8.5.2. A 7P marketingmix értelmezések

Ahogy a 4P elv inkább a termékek, úgy a 7P⁸² inkább szolgáltatások marketingjében használatos. Egyik 7P változat a 4P modellt a pozicionálással, az emberekkel és a csomagolással egészíti ki, míg egy másik az embereket megtartva, inkább a fizikai környezetet és a folyamatokat tartja fontosnak. Ezek az értelmezések azt igazolják, hogy a marketing egy dinamikusan változó és adaptálódó tudomány, amely igyekszik adekvát választ adni a változó piacokkal megjelenő új kihívásokra.



⁸² <http://sonamjournu.blogspot.hu/2012/03/marketing-mix.html>

8.6. Következtetések

Bár a ma működő állami vagy civil kezdeményezésű prevenciót csekély hatásúnak írtuk le, a fizetőképes lakosság körében már elfoglalt piaci pozíciókkal szembesülünk. Ahhoz, hogy az általunk elképzelt prevenciót „eladhassuk”, a terméknek vonzónak és egyedinek kell lennie, azon túl, hogy a páciens elvárásait is messzemenően ki kell, hogy elégítse.

Akinek ma pénze van, az viszonylag kényelmesen is megoldhatja a prevenció kérdését, elég alkalmas vitaminokat, táplálékkiegészítőket és a boltokban egészséges, bár drága termékeket vásárolnia.

Ha ideje és kedve van, teremthet alkalmat sportolásra is, ami önmagában is alkalmas az élet meghosszabbítására. Ezt a szituációt a létminimum szintjén élőkkel összehasonlítva könnyen érthető az a tíz év különbség a várható életkorban, ami mondjuk Budapest II. kerületében, és BAZ megye egyes területein élők között van, természetesen a Budapestiek javára.

Be kell látnunk, hogy nem tudjuk ugyanazt a terméket a két vevőkörnek eladni.

Amit meg kell tennünk, az a jó termékhez társított jó márka kialakítása. A márka akkor is dolgozik, ha éppen nem promotáljuk, és a kialakítással kapcsolatos ráfordítások nem vesznek kárba. A piacra lépésnél a korai elfogadókra kell koncentrálnunk, mert ez a realitás. Ebből a szempontból is fontos a szegmentáció és a célzott kommunikáció.

9. A páciens mint vásárló

6. Tézis: A célcsoportok megközelítésekor a csoport „vásárlói” attitűdjeit gondosan meg kell vizsgálni és más, bevált marketing módszerek mellett a „nemes cél érdekében” a befolyásolás pszichológiáját is érdemes alkalmazni. Olyan „terméknél”, mint a prevenció érdemes vizsgálni az emberek „bizonytalanság kerülése” beidegződéseit. A neuroökonómia kezdeti eredményei is figyelemre méltóak az emberek termékválasztással kapcsolatos érzelmi alapú döntéseinek magyarázatában, amely megfigyelések a „márkázás” fontosságát emelik ki.

A prevenció termékszemlélete nem triviális, így az emberek-páciensek, mint a prevenció vásárlói sem tekinthetők átlagos marketing kategóriának. Célcsoportjaink természetesen hordozzák az általános vásárlókat jellemző jegyeket is, így ebben a fejezetben általános és specifikus szempontokat is elemzünk, értelemszerűen a prevenció sajátosságainak rendelve alá ezeket.

A marketing irodalom kedvelt módszere a vásárlói viselkedés vizsgálatára a „7O” módszer. Ez hét angol szóval kategorizálja a vásárlás folyamán értékelhető szempontokat.

Ezek: Occupants, Objects, Objectives, Organizations, Operations, Occasions, Outlets.

Magyar kategóriákban: Kik a piac szereplői? Mit vásárolnak? Miért vásárolnak? Ki vesz részt a vásárlásban? Hogyan történik a vásárlás? Mikor történik a vásárlás? Hol történik a vásárlás?

Számunkra a legfontosabb kérdés ezek közül, hogy miért vásárolnak. Ha erre a kérdésre jó választ tudunk adni, akkor ezzel megteremtjük a hatékony kommunikáció alapját, irányelveit is. Mivel a prevenció „vásárlását” a fogyasztási cikkek vásárlásánál sokkal inkább jellemzik az emocionális elemek, ezért a feldolgozásban is jelen lesznek pszichológiai, szociológiai, sőt neurológiai elemek is.

Ebben a fejezetben még egy jellemző tényezőt dolgozunk fel nagyobb alaposággal. Ez a „hogyan vásárolnak” kérdése, Itt a vásárlói döntések folyamatát vizsgáljuk meg, kiterjesztve

a vizsgálatot a döntést befolyásoló belső és nem utolsó sorban külső tényezőkre is. Minden vásárló ki van téve az eladók nyomásának is, akik sikerük érdekében bőségesen élnek a viselkedést befolyásoló pszichológiai és szociális módszerekkel.

9.1. Mit vásárolnak az emberek a prevencióval

A prevenció aligha tárgyiasítható. A prevencióval az emberek valójában egészséget vásárolnak. A vásárlási folyamat alapja, hogy a vásárlás valamilyen szükséglet kielégítésére irányul, még olya esetekben is, ha ez a szükséglet a vásárlási tevékenység maga. Az emberek viselkedését tanulmányozva joggal tehető fel a kérdés, hogy szükségük van-e egyáltalán az embereknek egészségre. A válasz nyilván igen, de ez csak akkor válik érzékelhetővé, ha valaki megbetegszik.

Az emberek egy része egészségkárosító életmódja ellenére sem gondolja, hogy már nem egészséges, vagy azt, hogy akár egészséges életmód mellett is lehet (már) beteg. Ezekben az esetekben nyilván nincs szükségük „egészségre”, tehát nem „vásárolnak” prevenciót. Bizonyos mértékig tisztában vannak azzal, hogy az életmódjuk kockázatos, de ennek értékelése messze nem reális.

9.2. A kockázat értékelése a páciens szemszögéből

Az emberek viselkedése a várakozással ellentétben nem racionális a kockázatok megítélésében, az alternatívák értékelésében, és a személyükkel kapcsolatos döntéshozatalban. A továbbiakban a kockázattal kapcsolatos kérdéseket elemzünk különös tekintettel arra a körülményre, hogy jobbra minden prevenció tevékenység a páciens egészség/betegség kockázatának meghatározásán alapul.

9.2.1. Az agy és a modern kockázatok

A Psychology Today 2008-ban közölte a „10 Ways We Get Odds Wrong” – 10 eset, amikor rosszul ítéljük meg az esélyeket- cikket.

A kigyóktól félünk, nem az autóktól⁸³

⁸³10 Ways We Get the Odds Wrong, Maia Szalavitz, 01.2008

www.psychologytoday.com/articles/200712/10-ways-we-get-the-odds-wrong

A szerző az emberi agy viselkedését vizsgálja a modern kor kockázatai megítélésében és az alkalmazkodást csapnivalónak értékeli. A jelenség mögött az áll, hogy agyunk még mindig az ősi félelem vezérelte kockázatot tekinti nagyobbak. Ez a beidegzés segített őseinknek az akkori viszonyok melletti túlélésben, de hibás döntésekhez vezet mai világunkban.

A kockázat és a félelem elválaszthatatlanok egymástól. Ez a kapocs segített elkerülni egy ragadozó támadását, amikor nincs idő gondos mérlegelésre. Az evolúciós tapasztalatok alapján ma is jobban félünk a kígyótól és a póktól, mint a statisztikailag sokkal veszélyesebb gyorshajtástól.

Tévedünk akkor is, amikor kockázatosabbnak ítéljük meg a félelmetes, de ritkán bekövetkező eseményeket. Ebben nagy szerepe van a médiának is, kiemelt publicitást biztosítva az ilyen jellegű eseményeknek. A WTC katasztrófa után az emberek kockázatosnak tartották a repülést. Így 1,4 millió amerikai, amikor nyaralni indult, inkább az autót választotta. Ennek következtében ezerrel többen haltak meg az utakon, mint a megelőző időszakban.

A ráktól félünk, nem az infarktustól

Az emberek nem képesek kezelni azt a kockázatot, ami nem jár azonnali negatív hatással. Jó példa erre a dohányzás és a nassolás. Ez eredményezi azt, hogy nem félünk eléggé az infarktustól. „Nagyon nehéz az olyan dolgok következményét látnunk, amelyek lassan haladnak előre”-mondja Kimberly Thompson a Harvard School of Public Health kockázatelemzéssel foglalkozó professzora. Ilyen kategória például az elhízás és a globális felmelegedés. Rövidtávra koncentrálnak akkor is, ha ismerjük a hosszú távú kockázatot.

Egy kockázatot egy másikkal helyettesítünk

Kevésbé kockázatosnak ítélünk olyan helyzeteket, amiről azt gondoljuk, hogy kontrollálni tudjuk a történeteket. Aki a vezetőülésből átül az utas ülésbe, előbb nyomja a képzeletbeli féket, mint a vezető.

Az Egyesült Királyságban a biztosítók egy időben kedvezményt nyújtottak azoknak a vezetőknek, akik biztonságosabb fékekkel rendelkező autót vettek. Már nem teszik, mert nem lett kevesebb baleset, csak más balesetek lettek- mondja John Adams az University College kockázatelemző professzora. Ha bekapcsoljuk a biztonsági övet, rálépünk a gázra. Az embereknek van egy komfortos kockázati szintje, ami azt eredményezi, hogy a kockázatot állandó szinten tartják.

Nem törekszünk a kockázat minimalizálására.

„Ha diétás italt iszom az ebédhez, akkor fagyaltot választok desszertként.” –magyarázza a cikkíró Slovic.

Mindenkinek van kockázatvállalási hajlama, de ennek mértéke természetesen eltérő. A férfiak tesztoszteron szintje nagyobb vállalási hajlamot eredményez a hasonló korú nőkhöz képest. Ugyanakkor, aki hajlamos nagy üzleti kockázatot vállalni, nem feltétlenül űz extrém sportokat egyben.

9.2.2. Gazdasági kockázatvállalás a gyakorlatban

Az egészségkárosító életmód kockázattal jár. A prevencióval kapcsolatban esetenként megengedhető az a feltételezés, hogy az emberek nincsenek is tisztában ezzel a kockázattal. Ha ezt a problémát orvosoljuk, akkor merül fel az a kérdés, hogy mekkora ismert kockázat vált ki pozitív cselekvési mintát. Ennek megítélésére újabb vizsgálatokat elemezhetünk. A korábban tárgyalt evolúciós példákon túli vizsgálhatjuk a kockázatvállalás más modelljeit is. Egy elemzés a lakosság megtakarításoknál tanúsított kockázatvállalását, vagy mérőszámát tekintve inkább kockázatkerülését elemzi.⁸⁴ Néhány bekezdés segít ennek megismerésében.

A pénzügyi döntések – mint az élet annyi más területe – jókora adag bizonytalanságot hordoznak. A bizonytalan kimenetű helyzetek közötti választás nagyban függ az egyén kockázatvállalási hajlandóságától. A felismerés nem új keletű. A szentpétervári paradoxonra adott magyarázatában Daniel Bernoulli már 1738-ban rámutatott, hogy az emberek nem a nyereséget, hanem a játék számukra való hasznosságát maximalizálják. A fogadások hasznosságának mérésére alkalmas axiómarendszer végül több mint kétszáz évvel később Neumann János és Oscar Morgenstern dolgozta ki.

Az Allais-paradoxon

A várható hasznosság ésszerű elemzési keretnek tűnt, de mint minden modell, ez is a valóság leegyszerűsítése árán teszi azt elemezhetővé. Vajon mennyire életszerűek Neumann és Morgenstern kiinduló feltevései a tipikus döntéshozó magatartásának leírására? Ezzel

⁸⁴ Magyarországi megtakarítók kockázatvállalási hajlandóságának vizsgálata, CZACHESZ GÁBOR–HONICS ISTVÁN, HITELINTÉZETI SZEMLE, 2007. HATODIK ÉVFOLYAM 2. SZÁM

kapcsolatban 1953-ban Maurice Allais érdekes kísérleti eredményekre jutott: a kísérlet nem igazolta a várható hasznosság elméletét.

Az Ellsberg-paradoxon

A várható hasznosság elméletének ellentmondó újabb jelenségre Daniel Ellsberg figyelt fel 1961-ben. A kísérlet eredményét a Neumann–Morgenstern várható hasznosság elméletének nyelvére lefordítva, sem a teljesség-, sem a monotonitásfeltétel nem teljesült.

Objektív és szubjektív kockázatvállalási hajlandóság

Hanna és Chen alapján a kockázatvállalási hajlandóság két fajtáját különböztethetjük meg. A *szubjektív kockázatvállalási hajlandóság* a befektetők alapvetően kockázatkerülő beállítottságát próbálja meg megragadni, míg az *objektív kockázatvállalási hajlandóság* a háztartás teljes pénzügyi helyzetét figyelembe veszi, beleértve a jövőben várható minden olyan jövedelmet és bevételt is, ami nem a befektetésekből származik, valamint számol a megtakarítási célokhoz rendelt időhorizontokkal is.

Átlagos szubjektív kockázatvállalási hajlandóságot feltételezve, a kockázatos eszközökben felvállalható optimális pozíció függ a pénzügyi befektetések teljes vagyonhoz viszonyított arányától és a rendelkezésre álló befektetési időhorizonttól. E két tényező figyelembe vételével beszélhetünk az objektív kockázatvállalási hajlandóság mértékéről.

Az eszközallokáció folyamata a befektető által elvárt hozam és a megszerzése érdekében elviselendő kockázat közötti egyensúlyozás. Köztudomású, hogy a részvénybefektetések átlagos hozama magasabb, mint a kötvényeké, ugyanakkor a magasabb hozam rövidtávon nagyobb kockázattal társul. Modigliani életciklus- modelljének egyik gyakorlati alkalmazásaként Malkiel a részvények megtakarításon belüli arányának életkorral való csökkentését ajánlja.

A fenti elvek szerinti vizsgálat a következő eredményre jutott: „... nem is a konkrét számokat tartjuk lényegesnek kiemelni, hanem azt a tényt, hogy a magyar befektetők a Nyugat-Európában (és általában a fejlett világban) jellemző allokációhoz képest nagyon konzervatív módon állítják össze portfóliójukat, ami nagyfokú óvatosságra, kockázatkerülésre utal.”

A megkérdezettek kockázatkerülési együttthatójának nemek szerinti megoszlása

Kockázatkerülés mértéke	Férfi	Nő
Extrém alacsony kockázatkerülés ($A < 1$)	2,22 0%	0%
Nagyon alacsony kockázatkerülés ($1 = A < 2$)	35,56%	12,12%
Mérsékelten alacsony kockázatkerülés ($2 = A < 3,76$)	37,78%	39,39%
Mérsékelt kockázatkerülés ($3,76 = A < 7,53$)	22,22%	45,45%
Magas kockázatkerülés ($7,53 = A < 9,29$)	0%	3,03%
Nagyon magas kockázatkerülés ($9,29 = A < 14,51$)	2,22%	0%
Átlag	3,15	4,14

Nagyobb számok nagyobb kockázatkerülést jelentenek.

A fenti vizsgálat igazolja azt a korábban már megjelent megállapítást, hogy a nők kockázatkerülőbbek, mint a férfiak. A táblázat egyben az egyes csoportok eloszlását is szemlélteti.

A lakóhely elhelyezkedése és a kockázatkerülés között is kimutatható összefüggés.

.....a fővárosiak többsége az 1 és 3,76 közötti sávba esik, míg a megyeszékhelyek és a kisebb települések lakóira inkább a magasabb, 2 és 7,53 közötti kockázatkerülési együtttható jellemző. A fővárosiak átlagos relatív kockázatkerülési együttthatója 2,88, míg a megyeszékhelyen lakóké 3,92, a kistelepülések képviselőié pedig 3,56. Az adatokból látható, hogy a fővárosi és vidéki lakosok kockázatkerülési együttthatója között szignifikáns különbség mutatkozik.

Az idézett cikket jegyző pénzügykutatók azt tapasztalták, hogy a megkérdezéses módszerben nagyobb volt a kockázatvállalási hajlandóság, mint olyan helyzetekben, amikor a tét valódi volt. A vizsgálatot érdekes módon az „Áll az alku” tévéműsor ötven adásának elemzésével egészítették ki, ahol a vizsgált egyének valódi kockázattal szembesültek. A kutatásokkal feltérképezett általános kockázatvállalási hajlandóságot összevetették a lakossági befektetések portfólió elemzésével.

Összegzésük a következő:

„Az általunk vizsgált minta alapján kapott eredmények és a hasonló nemzetközi kutatások eredményeinek összevetése nem indokolja a hazai megtakarítási szerkezet nemzetközi statisztikáktól való eltérését. Ha egy reprezentatív mintán végzett felmérés is bizonyítaná,

hogy a lakossági megtakarítások nem tükrözik az adott körülmények közötti optimális eszközösszetételt, az mindenképpen felvetné olyan átfogóbb intézkedések szükségességét, mint például a pénzügyi oktatás és ismeretterjesztés színvonalának emelése, vagy a szabályozási környezet változtatása. A cikk legfőbb célja, hogy ráirányítsa a figyelmet egy olyan problémára, amelynek elhanyagolása néhány évtizeden belül helyrehozhatatlan lemaradást okozna az ország lakosságának vagyoni helyzetében. Vagyis arra, hogy a magyar lakosság feltételezhetően a kockázatviselő hajlandóságát messze alulmúló mértékben fektet be kockázatos, magas hozamú eszközökbe, akaratlanul is csökkentve megtakarításainak jövőbeni értékét.

9.3. Bizonytalanság elkerülése

Geert Hofstede⁸⁵ az egyes társadalmak vizsgálatát a „Kultúrák közötti különbségek” dimenzionálása alapján végezte el öt fő kategóriát határozva meg:

Individualizmus- kollektívizmus: az egyén és a csoport, illetve a csoport és tagjai közötti kapcsolatot jellemzi, az összetartás, felelősség, döntéshozatal és lojalitás egymáshoz való viszonyát

Bizonytalanságkerülés: az újtól való félelem és a változások elfogadásának mértéke-szorongás

Férfiasság-nőiesség: (külső-belső aspirációk) a férfiaknak (siker, teljesítmény, rámenősség), illetve a nőknek tulajdonított értékek (életminőség, szolidaritás, gyengédség) állnak a középpontban

Hatalmi távolság: a hierarchia eltérő szintjein elhelyezkedő egyének közötti távolság

Hosszú távú orientáció: hosszú távú, illetve rövid távú időorientáció

A prevencióval kapcsolatban számunkra a bizonytalanság kerülésének mértékének ismerete lehet fontos. A *bizonytalanságkerülés* a társadalom a toleranciáját jelzi a bizonytalansággal és kétes kimenetelű, strukturálatlan helyzetekkel szemben. A bizonytalanságra érzékenyebb társadalmak kultúrájuk függvényében több utat is járhatnak. Németország például a társadalom szorosabb szabályozásával, más országok például a szigorú vallási szabályozással küszöbölik ki strukturálatlan, több döntési alternatívát tartalmazó helyzetek kialakulását.

⁸⁵ <http://www.clearlycultural.com/geert-hofstede-cultural-dimensions/uncertainty-avoidance-index/>

A következő táblázat Hofstede kutatásain alapul, az áttekinthetőség kedvéért számos távolabbi országot kivéve a sorból. Számunkra nyilván a magyar társadalmi gondolkodás környező országokhoz való viszonyulása az érdekes. Az összes vizsgált országot véve alapul, Magyarországon relatíve magas a bizonytalanság kerülésére irányuló társadalmi igény. Azt csak a jövő tapasztalatai dönthetik el, hogy ez a körülmény milyen mértékben alkalmazható a prevenció célok támogatására.

Ország	PDI	IDV	MAS	UAI	LTO
Görögország	60	35	57	112	
Lengyelország	68	60	64	93	
Japán	54	46	95	92	80
Franciaország	68	71	43	86	
Magyarország	46	55	88	82	
Cseh Köztársaság	57	58	57	74	
Ausztria	11	55	79	70	
Németország	35	67	66	65	31
Svájc	34	68	70	58	
Ausztrália	36	90	61	51	31
Egyesült Államok	40	91	62	46	29
Kína	80	20	66	40	118
India	77	48	56	40	61
Egyesült Királyság	35	89	66	35	25
Dánia	18	74	16	23	

9.4. A vásárlói döntések neurológiai háttere

Több aspektust vizsgálata után megállapíthatjuk, hogy a vásárlói döntéseknél legalább ötven százalékban emocionális szempontok játszanak szerepet. Ezek mélyebb vizsgálata alapvetően a pszichológia, esetleg a szociológia tárgykörét is képezhetné. Talán meglepő, hogy újabban a neurológia is szerepet vállal a vásárlói döntések vizsgálatában.

Ennek alapját azok az új képalkotó eljárások képezik, amelyek az egyes agyterületek aktivitását képesek olyan folyamatok közben regisztrálni, amelyben a vizsgált alany vásárlási döntéseket hoz. Ez a technológia már egy más korszakot jelent a korábbi, az agyi tevékenységet az agyhullámok eredőjeként regisztráló EEG technológiához képest. A vizsgálatok értékelhetőségéhez nyilván hozzájárultak azok a korábbi kutatások, amelyek az egyes agyi területek funkcióit térképezték fel.

Ezek a kutatások egy évtizedes múltra visszatekintve is viszonylag korai fázisban vannak jelenleg. Jó hír, hogy ezzel együtt már az erre a területre vonatkozó etikai szabályozás kialakításán is dolgoznak. Nincs kétségem afelől, hogy ezek a kutatások a vizsgáló technika további fejlődésével még pontosabb és érdekesebb eredményeket fognak hozni. Ugyanakkor elgondolkodtató az a már ma használható technika, amiről az összefoglalásban írok. Ez olyan agyhullámokat regisztráló eszköz és analizáló program, amellyel akár a páciens PIN kódja is kinyerhető, de akár a dohányzásról is leszoktatható, az alkalmazó szándékától függően.

9.4.1. Neuro ökonómia – bevásárló központ az agyban

Knutson és kutatótársai funkcionális MRI vizsgálatokat folytattak aközben, hogy a vizsgálati alany döntéseket hozott, miszerint bizonyos tételre megvásárol-e vagy sem.⁸⁶

Az eredmények igazolták azt a feltevést, hogy a vásárlói döntések emocionális hatások integrálja, amelyek egyrészt a vágyott termék megpillantásának pozitív és egyidejűleg a kifizetéssel járó veszteség negatív érzésének eredője.

Az MRI-ben fekvő alanyoknak megvásárolható termékek képét mutatták, majd rövid idő múlva az árat. Az alany ekkor dönthetett, hogy vásárol vagy sem. Az agyterületek aktivitását vizsgálták az árú észlelése, az ár közlése és a döntéshozatal alatt. Anélkül, hogy részleteznénk az egyes agyterületekre vonatkozó megfigyeléseket, elmondható, hogy specifikus folyamatok voltak megfigyelhetők, amelyek azonosították a vásárlási szándékot és más területen a „nem vásárolok” döntést. Azonosítottak olyan agyterületet (insula), amely a fájdalom és pénzügyi vagy egyéb veszteségnél aktiválódik. A kutatók óvatosságra intenek az eredmények felhasználását illetően, mert mint írók, a vásárlói döntéseket a valós helyzetben

⁸⁶ Alain Dagher, Shopping Centers in the Brain, Neuron 53, January 4, 2007 ©2007 Elsevier Inc. 7

tervezés, adatgyűjtés és egyéb körülmények mérlegelés is befolyásolja. Ugyanakkor érdekes lehet olyan esetek vizsgálata, mint a kóros vásárlásban szenvedők esete.

9.4.2. Megfejtették a Coca-Cola-effektus rejtélyét ⁸⁷

Érdekes adalékokkal szolgál az alábbi cikk a vásárlói döntések hátterét illetően. Ezen kívül alátámasztja a márkával kapcsolatban leírtakat, neurológiai alapon is igazolva a jó márká értékét.

« Neuro-ökonómia, vagy ideg-közgazdaságtan lehetne a neve annak az új tudományágnak, amely a reklámok és a fogyasztói döntések, a termékválasztás, a vásárlás idegtani összefüggéseit, hátterét vizsgálja. Mágnesrezonanciás kísérletek új megvilágításba helyezték azokat az idegi folyamatokat, amelyek az emberi agyban játszódnak le vásárláskor. A kutatókat különösen a márkák felismerése, azonosítása és a márkákhoz fűződő vonzalom érdekli.

Hazug válaszok a tesztekben

Egyesekben fel sem merül, hogy más autót vegyenek, mint mondjuk Volkswagent. Mások a kedvenc Nutellájukhoz ragaszkodnak, megint mások számára az Adidas futócipő nélkülözhetetlen ahhoz, hogy megfelelő teljesítményt érjenek el kocogás közben. Ám arra a kérdésre, hogy miért is ragaszkodunk ezekhez a termékekhez, gyakran csak gyenge érveket tudunk felsorolni. Leggyakrabban a jobb minőséget említik a megkérdezettek, ami az esetek többségében nem is felel meg a valóságnak.

Hogy mi határozza meg a márkák iránti vonzalom kialakulását, nos, ezt vizsgálja egy születőben lévő új tudományág. A hosszú évek óta végzett, – sokszor hiábavalónak tűnő –, vizsgálatok egy új diszciplína kialakulásához vezettek. Korábban, amikor a kutatók a fogyasztói szokásokat vizsgálták, gyakran ütköztek falakba: kérdőívek kitöltésekor ugyanis a vásárlók általában és többnyire öntudatlanul valamilyen sztereotípiának, ideálnak akartak megfelelni (talán éppen azoknak a sztereotípiáknak, amelyeket a reklámok sugalltak nekik), így a felmérést végző szakemberek nem őszinte válaszokat kaptak.

⁸⁷ http://www.ng.hu/Tudomany/2005/08/Megfejtettek_a_Coca_Cola_effektus_rejtelyet?

Nem a „fej” dönt

Kiderült, hogy a vásárlási döntések meghozatalakor nem a „fej” játssza a főszerepet. A „Homo oeconomicus”, a gazdaságilag racionális ember modelljét bizonyos esetekben el kell felejtenünk, mert a biztonságra és a tisztességre törekvés elnyomhatja a pusztán gazdasági, költségeken alapuló számításokat.

Vagyis érzelmi alapon a fogyasztó kész az anyagi nyereségről is lemondani! És éppen ez az a pont, amikor az új tudományág, a neuro-ökonómia belép a kutatásba. Ennek a diszciplínának a művelői határterületeken működnek, hiszen a neurológia (idegtan), a pszichológia, a magatartáskutatás, a közgazdaságtan és azonban belül is a marketing témaköreit egyesítve foglalkoznak a fogyasztói döntések problematikájával.

Elsősorban a döntés meghozatalának pillanatait elemzik ezek a kutatók, illetve azt, hogy miként alakul ki a hosszabb távú vonzalom az egyes márkák iránt. Mindennek orvosi, élettani alapjai is lehetnek – immár a legújabb eredmények tükrében. Mágnesrezonanciás tomográfiával végzett kísérletek ugyanis új megvilágításba helyezték a döntési procedúrákat.

Csak egyetlen márka vált ki érzelmeket

Igen érdekes kísérletek zajlanak a kedvenc márka és a többi terméknév megkülönböztetése kapcsán. A Münsteri Egyetemen Neuro-ökonómiai Központjában ezt a kérdést vizsgálja Michael Deppe csoportja. Deppéék kávé- és sörmárkákról mutattak képeket a vásárlóknak. A kedvenc márkák mellett egy másik termék is feltűnt a képeken. Ezután megkérték a kísérleti alanyokat – akiket véletlenszerűen választottak ki –, hogy válasszanak a két termék közül. E választás idején figyelték a delikvensek agyi aktivitását.

Az eredményekről a kutatócsoport a „Bild der Wissenschaft” magazin szeptemberi kiadásában számolnak be. Kiderült, hogy csak a kedvenc márkák váltottak ki érzelmeket, emóciókat a kísérleti alanyokból, a kedvenc márkák megpillantása egészen más neurológiai folyamatokat indított el, mint az egyéb termékek megfigyelése. Különösen az elülső homlokleány és a limbikus rendszer volt aktív ilyenkor, amelyek az általános emóciókért, a jutalomérzetért és az érzelmi alapú cselekvésekért felelősek. Ezek a területek villantak fel tehát a tomográf felvételein, amikor a vizsgálatban résztvevő személyek a kedvenc márkájukat pillantották meg.

Ezzel párhuzamosan viszont csökkent az átgondolt cselekvést irányító agyi területek aktivitása. Még meglepőbb volt a kutatók számára, hogy ez tulajdonképpen egy „mindent vagy semmit”-effektus része volt. Csak a kedvenc márka vált ki ilyen reakciókat a kísérleti személyekből, a második legkedveltebb sör vagy kávé semmilyen hasonló érzelmi effektust nem generál.

A Coca-Cola-effektus magyarázata

Mindez megmagyarázza a közismert „Coca-Cola-hatást” is. A vaktesztek során a megkérdezettek többségének a Pepsi ízlik jobban, ha a két kólafajtát ugyanabban a semleges csomagolásban itatják meg a kísérleti alanyokkal. Ám, ha a kísérleti alanyoknak azt mondják, hogy a pohárban Coca-Cola van, akkor az ízlik nekik jobban – még akkor is, ha történetesen Pepsit isznak. Ennek a magyarázata az agyban rejlik: az érzelmi reakciók ugyanis csak a kedvenc márka láttára-hallatára indulnak be, függetlenül az ízleléstől.

Ezek után a marketingfelelősök számára új utak nyílhatnak a piackutatásban: mágnesrezonanciás tomográffal ugyanis képesek lehetnek eldönteni, hogy kialakult-e a kísérleti alanyokban a kedvenc márka „érzelmi töltete”, vagy sem. Ha igen, akkor könnyű dolguk van a továbbiakban, ha pedig nem, akkor még dolgozniuk kell a reklámkampányokon...

A tudósok azonban visszafogottak. Egyelőre csupán ott tartanak, hogy képesek megállapítani: rendelkezik-e a kísérleti személy a „kedvenc márka érzelmi töltetével”, ám azt nem, hogy miként alakul ki ez a vonzalom az adott személyben. »

National Geographic Online,2005. augusztus 25.

9.4.3. Neuroetika⁸⁸

Néhány szemelvényt mutattunk be az előzőekben, amely az agyi tevékenységet már a szokásos orvosi diagnosztikai szempontokon túl is vizsgálja. Nyitva áll az út még azelőtt is, hogy ne csak információt nyerjünk valakinek az agyából, de akár meg is változtassunk abban

⁸⁸ <http://scienceprogress.org/2012/07/neuroethics-101-2/>

funkciókat. Ez a talán riasztó lehetőség is közrejátszhatott abban, hogy tudósok ennek a tudományterületnek az etikai szabályozására elveket és ajánlásokat dolgozzanak ki.

Ezt tartalmazza a Neuroethics 101. „A Primer on Emerging Neurotechnologies, and How Society Must Deal with Them” By Jonathan D. Moreno and Martha J. Farah , July 30th, 2012

A Neuroetika a bioetikának egy viszonylag új területe, amely az idegtudománynak az etikai, jogi és szociális vetületeit vizsgálja. Létrehozását az idegtudományok elmúlt évtizedekben tapasztalt gyors fejlődése indokolta, amely az agyi képalkotó eljárások speciális alkalmazásával az emberi érzelmek és kognitív funkciók, mint a figyelem, emlékezet, nyelvi képességek, problémamegoldás egyre jobb megismeréséhez és megértéséhez vezetett.

Az említett idegtudomány fejlődése a hagyományos orvosi területeken túli alkalmazásokat is lehetővé tesz, amelyek megértést, értékelést, előrejelzést, ellenőrzést vagy az emberi viselkedés fejlesztését igénylik. Ez kapcsolódhat oktatáshoz, üzlethez, politikához, joghoz, szórakozáshoz és akár háborúhoz is.

A társaság az alábbi területeken tesz ajánlásokat: neuromarketing, bűnügyek bírósági és jogi kezelése, életmóddal kapcsolatos agyi fejlesztés, hírszerzési és katonai biztonsági alkalmazások.

Fentiek közül a prevencióval is kapcsolatba hozható terület a viselkedés befolyásolása. Korunk emberének érdeklődése a dohányzásról és alkoholfogyasztásról való leszokásban a modern pszichofarmakológiai módszerek megjelenése mellett az alternatívaként számba vehető, nem orvosi úton történő agytevékenység módosítása iránt is megjelenik.

9.5. A szociálpszichológia szempontjai

Az előzőekben már több szempont alapján is bemutattuk, hogy a vásárlói döntések messze nem racionálisak, igen sok érzelmi elem is befolyásolja azokat. Ezek az elemek a vásárlóban magában működnek, ahogy azt a neurológiai vizsgálatok is igazolták. A következőkben egy újabb befolyásoló szempontot mutatunk be, amely a szociális környezet vásárlóra gyakorolt hatását elemzi. A kiváltó társadalmi körülmény és az egyénben ennek hatására kialakult, többnyire nem tudatos reakció együtt eredményezi a szociálpszichológiai vetületet.

9.5.1. A konformitás és kognitív disszonancia

Aronson A társas lény című könyvében értékes adalékot ad a fogyasztói magatartás megértéséhez⁸⁹. Egyik figyelembe veendő fogalom a konformitás. „A konformitást úgy határozhatjuk meg, mint egy személy viselkedésének vagy véleményének olyan változását, amely egy egyéntől vagy egy csoporttól származó, valódi vagy vélt nyomás következtében alakul ki.” Egyszerűbben fogalmazva az egyén viselkedését, véleményét nagyban befolyásolja annak a csoportnak a véleménye, amelyhez tartozik vagy tartozni kíván. Történelmi és szakmai okokból az orvostársadalomban a konformitás nagymértékben van jelen. Ennek alapján egy prevenció koncepció kialakításában is csak akkor lehettünk sikeresek, ha egy pozitív véleményt formáló, minél nagyobb csoportot hozunk létre. Ehhez a pozitív véleményhez még egy pszichológiai tényezőt kellett jól kezelnünk.

Ez a tényező a vásárlói döntésből következő disszonancia. Ehrlich adatai szerint a döntés után az emberek szeretnék megfelelő megnyugtatót kapni arról, hogy döntésük helyes volt, ezért keresik az olyan információt, amelyről biztos, hogy minden körülmények között megnyugtatókra szolgál. „A disszonancia csökkentése érdekében az emberek igyekeznek kognitív módon eltüntetni az alternatívákat. Vagyis a *döntés meghozatala után* a kiválasztott tárgy pozitív tulajdonságait felnagyítják, a negatív tulajdonságokat pedig lekicsinylik.”

Egy ehhez kapcsolódó fogalom még az eszkaláció: „Az eszkaláció olyan folyamat, amely folytonosan önmagából táplálkozik. Ha valaki egyszer némileg elkötelezi magát, akkor ezzel egyre nagyobb elkötelezettségnek készíti elő a talajt. A viselkedés igazolásra szorul, ezért megváltoznak az attitűdök, az attitűdváltozás pedig a további döntéseket és viselkedéseket befolyásolja.” Ezek az elvek a „befolyásolás pszichológiája” címszó alatt kissé más aspektusból ismét igazolást nyernek majd.

A fentiek talán azt a képzetet kelthetik, hogy üzleti céljaink érdekében akár rossz vásárlói döntéseket igazoltunk pszichológiai módszerek alkalmazásával. Erről nyilván szó sem lehet. Ugyanakkor két dologban segíthetjük vásárlóinkat. Segítséget nyújthatunk ahhoz, hogy orvosilag és emberileg is igazolhassák döntésüket.

⁸⁹ Aronson E.: A társas lény [Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1987. 56. és 146.o.]

9.6. A vásárlói döntési folyamat modelljei

Ezek az alapvetően pszichológiai folyamatok fontos szerepet játszanak annak megértésében, hogy a fogyasztók valójában miként hozzák vásárlási döntéseiket. A marketingtudomány hosszú történetében különböző modelleket alakítottak ki ennek a folyamatnak a leírására.

9.6.1. AIDA és az ötlépcsős modell

Kezdetben elegendőnek bizonyult az AIDA modell, amely az **A**ttention-**I**nterest-**D**esire-**A**ction angol szavak kezdőbetűiből áll össze. (Lewis, 1898) Ez a modell a figyelem felkeltése, a vevőben az érdeklődés kialakulása, a termék iránti vágy felébredése és végül az „action”, azaz a tényleges vásárlásra készítés négy fázisával határozta meg a vásárlás folyamatát.

Kotler már ötlépcsős modellt ír le⁹⁰, amely az alábbiakat foglalja magába:

Probléma felismerés – Információkeresés - Alternatívák értékelése - Vásárlási döntés - Vásárlás utáni magatartás. Ez a modell már jobban követi a napjainkat jellemző folyamatot. Mit is jelentenek ezek a fogalmak?

Probléma felismerés:

A vásárlási folyamat azzal kezdődik, hogy a vevő felismeri a problémát vagy a felmerülő igényt, amelyet belső vagy külső inger vált ki. A marketing szakemberek a vásárlók tanulmányozásával meg tudják határozni azokat körülményeket, amelyek az adott igény kiváltására képesek.

Információkeresés:

A termék iránt érdeklődő vásárló további információgyűjtésbe kezd. Ez lehet kevésbé aktív, un. fokozott figyelem, de a későbbiekben lehet aktív információgyűjtés is. Ezek fő forrásai: személyes források (család, barátok, ismerősök), kereskedelmi források (reklám, honlapok, stb), közszolgálati források (média), tapasztalati források (termék kipróbálása).

Alternatívák értékelése:

A fogyasztók értékelési szempontjai alapján először a szükséglet kielégítése következik, utána az előnyök értékelése. A döntések sokszor hiteket és attitűdöket tükröznek. Ezek

⁹⁰ P.Kotler, K.L. Keller, Marketing menedzsment, Akadémia Kiadó, , 265.o

meglepően fontos döntést befolyásoló tényezők lehetnek, amelyek a racionális döntéseket helyettesítik vagy felülírják. Ebből a szempontból is fontos a márka kialakítása és azzal kapcsolatban pozitív attitűdök kialakítása a vevőkben.

Vásárlási döntés:

Az irodalom itt számos megfontolást ismertet. Számunkra, a prevencióval kapcsolatban a legrealisabb alternatíva a választási heurisztika lehet. Ebből is létezik néhány változat. A konjunktív heurisztika esetében a vásárló minden egyes tulajdonságra meghatároz egy maximálisan elfogadható határszintet és az első olyan alternatívát választja, amely valamennyi tulajdonságra nézve a maximális standardot éri el. A lexikográfiai heurisztika esetében a fogyasztó a legfontosabbnak ítélt tulajdonság alapján választ. A szempontonkénti kizárás heuristikája esetében a fogyasztó valószínűségi alapon kiválasztott tulajdonság szerint hasonlítja össze a márkákat. Ha egy márka nem éri el a minimálisan elfogadható határszintet, kizárásra kerül.

Vásárlás utáni magatartás:

A vásárlás után a fogyasztó bizonytalan lehet döntésében, ezért azt meg kell erősíteni. Követni kell a vásárlás utáni elégedettség mértékét és segíteni kell a vásárlót, hogy döntését megalapozottnak érezhesse.

9.6.2. A digitális fogyasztó másképpen dönt...

...akár fogyasztási cikket vásárol, akár szolgáltatásokat vesz igénybe⁹¹

A következő kivonat a GfK sajtóközleményéből az internethasználattal megváltozó vásárlási szokásokra hívja fel a figyelmet.

„Az információkereséstől a valós vásárlási tevékenységen át a fogyasztói tapasztalatok széleskörű megosztásáig átalakulhat a fogyasztói viselkedés folyamata. Alapvető fogyasztói szokások változnak meg akkor, amikor valaki aktívan kezdi el használni az internetet. Az információkereséstől a valós vásárlási tevékenységen át a fogyasztói tapasztalatok széleskörű megosztásáig átalakulhat a fogyasztói viselkedés folyamata. A digitális fogyasztó

⁹¹ GfK Hungária, Sajtószolgálat, Tavasz Tilda B&P Braun&Partners

másképpen dönt, akár fogyasztási cikket vásárol, akár szolgáltatásokat vesz igénybe. Hatnak rá a gyártók weboldalain található információk, az árösszehasonlító oldalakon található kedvező árak, a közösségi oldalakon található hozzászólások, más, egyébként számára ismeretlen fogyasztók tapasztalatai.

...2010-től a GfK Csoport kutatásaiban kitüntetett szerepe van a digitálisan érintett fogyasztónak. 2011-ben a GfK Hungária fókuszában is a digitális fogyasztó áll. A Digital Connected Consumer címmel megrendezett konferenciánkon is ezt a témakört jártuk körbe, hiszen kutatásaink "digitális-központúvá" tétele is terveink között szerepel" – mondta el Bacher János, a GfK Hungária ügyfélkapcsolati igazgatója.

A GfK Hungária témában végzett legfrissebb kutatásainak eredményei szerint jelenleg hazánkban a 15 évesnél idősebb lakosság mintegy 58 százaléka rendelkezik internet kapcsolattal és mintegy 49 százaléka tekinthető rendszeres internet használónak. Ezzel az adattal Magyarország az európai középmezőnyben található, nagyjából azonos szinten, mint a többi visegrádi ország, illetve például Spanyolország és Olaszország.

A digitálisan érintett fogyasztókat alapvetően a 18-49 éves korosztályban vizsgáljuk. Ez a korosztály a legbefogadóbb a technológiai újdonságok, illetve a legújabb fogyasztói trendek iránt, illetve e korosztályban található a legtöbb újító, illetve korai adaptáló fogyasztó. A legfrissebb mérések szerint mintegy 2,7 millió fő tekinthető a vizsgált célcsoport tagjának.

Ez a célcsoport már messze nem csak az íróasztal mellett internetezik. Közel ugyanannyian használnak hordozható számítógépet, mint ahányan asztali PC-t és közel harmaduk már a mobiltelefonján is kihasználja a világháló elérését biztosító funkciókat.

Az internet használat ma már nem csak a böngészésről szól. Természetesen a digitálisan érintett fogyasztó számára az internet a fő tájékozási forma, de emellett sok más célra is szívesen használja az internetet. Szinte mindenki használ közösségi oldalakat ismerősökkel való kapcsolattartásra és szintén magas az aránya azoknak is, akik fogyasztói preferenciáikat is kifejezik ezeken az oldalakon.

A digitális fogyasztó az interneten - az egyes tevékenységeket végzők aránya (%)

- közösségi oldalt látogat 95%
- "Lájkolja" cégek oldalait 54%
- Megosztja vásárlási élményeit 39%

Forrás: GfK Hungária, Digitális fogyasztó kutatás, 2011

Érdekes, hogy a közösségi oldalakon ismerősnek jelölt személyek legalább 90 százalékkal csak ezen a fórumon tartják a kapcsolatot a digitális fogyasztók, tehát a közösségi oldalak mindenképpen a szociális kapcsolatok kiszélesedését jelentik....."

A témát nagyobb léptékben is feldolgozták, amint azt a ZMOT tanulmány mutatja:

„Ahogyan a Google nemrég a ZMOT tanulmányban (www.zeromomentoftruth.com) bemutatta, a döntési folyamatba új lépcsőként épül be az interneten való tájékozódás. A vásárlók, mielőtt leemelnének egy terméket a polcra, vagy akárcsak elindulnának az áruházba, online tájékozódnak, hogy mi is a számukra legmegfelelőbb döntés.⁹²”

9.7. A befolyásolás pszichológiája

Viselkedésünket, döntésinket az elvárt racionalitással szemben sokkal inkább pszichológiai tényezők befolyásolják. Ez a megállapítás kiterjeszthető a vásárlás folyamatára is. A prevenciót eladói szempontból tekintve kívánatosnak tartanánk, ha a páciensek, a „vásárlók” minél nagyobb számban fogadnák el és alkalmaznák a prevenció alapelveit. Ez a fejezetrész javarészt Cialdinit idézve bemutatja azokat a pszichológiai szabályokat, amelyek az embereket bizonyos dolgok elfogadására készítetik.

Cialdini kísérleti szociálpszichológusként azt elemezte, hogy milyen pszichológiai tényezők működése eredményezi, hogy pl. az ügynökök vásárlásra bírják az embereket. Így ír erről:⁹³

„ arra a következtetésre vezetett, hogy sok ezer különböző taktika van ugyan, amivel a hivatásos rábeszélők kihúzzák belőlünk az igeneket, ám ezeket szinte maradék nélkül hat fő kategóriába lehet beosztani. Mindegyik kategóriának egy-egy pszichológiai alapelv felel

⁹² Sári Péter, innovációs menedzser, GfK Hungária, MÍTOSZVADÁSZAT – 8. rész

⁹³ Robert B. Cialdini, Hatás, HVG Könyvek 2009, 15.o.

meg, ami az emberi viselkedést vezérli, azaz ami az adott taktikát működőképessé teszi. Könyvem felépítése ezt a hat alapelvet követi. A hatás érvényesülését segítő hat pszichológiai alapelv a következő: a kölcsönösség elve, a következetesség elve, a társadalmi bizonyíték elve, a vonzalom elve, a tekintély elve, a hiány elve.

E hat lélektani alapelvet könyvemben egyenként megvizsgálom, társadalmi funkciójuk fényében bemutatva őket, valamint abból a szempontból is, hogy a bennük rejlő hatalmas erőket miként tudja mozgósítani a meggyőzés szakembere, amikor gyakorlott mozdulatokkal becsomagolja őket üzleti ajánlataiba, ajándékaiba, árengedményeibe, indítványaiba és jóváhagyó nyilatkozataiba.

Végezetül a hatás alapelveit megvizsgálom abból a szempontból is, mennyire alkalmasak arra, hogy automatikus, mérlegelés nélküli beleegyezésre késztesse nek minket, vagyis arra, hogy hatásuk alatt megdöglátlanul igent mondjunk bármire, ami korántsem áll szándékunkban.”

9.7.1. Rögzített viselkedési minták

„A civilizáció előrehaladásával egyre nő azoknak a műveleteknek a száma, amelyeket gondolkodás nélkül hajtunk végre.” Alfred North Whitehead

„A pszichológusok az utóbbi időben felderítették, hogy számos mentális egyszerűsítést hasznosítunk a mindennapi döntéshozatalban. Ezek a *döntéshozatali heurisztika* címszó alatt összefoglalt ökölszabályok jórész ugyanúgy működnek, mint a „magas ár=jó minőség” szabály: lehetővé teszik számunkra az egyszerűsített gondolkodást, amely legtöbbször beválik, de nem óv meg minket attól, hogy olykor el ne kövessünk egy-egy költséges hibát.

....Vegyük például azt az ökölszabályt: Amit egy szakértő mond, az biztosan úgy is van. „

Ennek a viselkedésmintának számos megjelenési formája van az emberi viselkedésben, de ugyanígy ismeri ezt a jelenséget az etológia is. Olyan esetekben használjuk ezt a döntési automatizmust, ha mentális vagy fizikai állapotunk nem teszi lehetővé, vagy a témához való viszonyulásunk nem igényli a rendelkezésre álló információ alapján történő gondos mérlegelést. Ez utóbbi folyamatot nevezzük kontrollált reakciónak.

Hasznos lehet ebben a témakörben a *percepciók kontraszt* megemlítése is. Ez a jelenség azon alapul, hogyha két egymás után elének kerülő dolog eléggé különbözik egymástól, akkor a

különbséget a ténylegesnél nagyobbak fogjuk látni. Ezt a jelenséget eladási taktikákban alkalmazzák sikerrel, több alternatívának az elv szerinti bemutatásával a vásárló döntését az eladó számára kedvező változat irányába terelve.

Még egy érdekes automatizmus: az indoklással kiegészített kérés sokkal nagyobb arányban talál elfogadásra. Egy kísérletben a kérésbe a „mert” szót is belefűzve a kezdeti 60%-ról 93%-ra alakult a teljesítés aránya, anélkül, hogy a mert után tényleges indoklás következett volna.

9.7.2. A kölcsönösség elve

„Ez a szabály azt mondja ki, hogy meg kell próbálnunk hasonló módon viszonzni, amit valaki más nyújtott nekünk... A *kölcsönösség szabálya* tehát arra kötelezi az embert, hogy viszonzza a szívességeket, ajándékokat, meghívásokat és egyebeket.”

Ez a szabály a mindennapi életet is átszövi és talán nem is szükséges példával illusztrálni.

Érdekes viszont megemlíteni a kölcsönös engedmény működését. Ez a modell is a kölcsönösség alapelvehez hasonlóan a társadalmak kialakulásával gyökeresedett meg. A társadalom működéséhez szükséges a tagok együttműködése, az egyéni szempontokról való esetleges lemondás. Ez valósul meg az engedmények kölcsönösségében: ha én engedek valamiben, akkor ez a viselkedés várható el tőled is. Ez a hatás más formában is működik. Ez az egy lépés hátra. Ha kérek egy nagy dolgot és azt visszautasítják, akkor az ezt követő kisebb kérést többnyire teljesítik.

9.7.3. Elkötelezettség és következetesség elve

Ennek az elvnek több aspektusa alapján is fontos lehet egy prevenciós cél hatékony kommunikációjában. „ *Ha egyszer kiválasztottunk valamit, állást foglalunk valami mellett, személyes és interperszonális nyomás nehezedi ránk, hogy kitartsunk amellett, ami mellett elköteleztük magunkat.* E nyomás hatására olyan módon reagálunk, hogy viselkedésünk igazolja korábbi döntésünket. Egyszerűen meggyőzzük magunkat arról, hogy jól választottunk, és ettől kétségkívül jobban is érezzük magunkat.”

Az elkötelezettség erősebb, ha az nyilvánosan, vagy írásban születik. Már kismértékű elkötelezettség is eredményezhet szokatlan mértékű együttműködést az adott témában. „Úgy tűnik, az aktív, nyilvános és erőfeszítést igénylő elkötelezettség a legalkalmasabb az ember énképének és jövőbeni viselkedésének megváltoztatására.... A társadalomkutatók

szerint akkor vállalunk belső felelősséget valamilyen viselkedésért, ha úgy érezzük, hogy erős külső nyomás nélkül választottuk ezt a viselkedést.”

Kidöntött láb módszer

Egy USA, Iowa kísérletben a lakosságot takarékos energiafelhasználásra buzdították. Ez nem sok eredményre vezetett. Utána előálltak azzal az ígérettel, hogy a legjobbakat a helyi újság ismertetni fogja. A lakosok most takarékoskodni kezdtek. Később azt mondták, hogy sajnos mégsem lesz mód a közlésre. Ezt követően a lakosok tovább, sőt még jobban takarékoskodtak. Ennek a jelenségnek a magyarázata az, hogy az első ígéret mellé a lakosok saját „lábukat” állítottak, nagyobb lett az önbecsülésük, új énképük alakult ki, kisebb lett a számlájuk, stb. Amikor az eljárást megindító „lábát”, a megjelenés ígéretét „kidöntötték”, az egyén által kialakított saját elkötelezettség már elég volt a folyamat fenntartására. A kidöntött láb még fokozta is az elkötelezettséget azáltal, hogy ez a külső indíték kikapcsolásra került, így érvényre jutott az elv, hogy az emberek jobban szeretnek saját meggyőződés alapján cselekedni.

9.7.4. Társadalmi bizonyíték elve

Ez az elv azt állítja, hogy aszerint döntjük el, mi a helyes, hogy mások mit tartanak helyesnek. Egy viselkedésformát egy adott helyzetben olyan mértékben tartunk helyesnek, amilyen mértékben másoknál tapasztaljuk.

Ez az elv olyan mélyen gyökerezik az emberekben, hogy minden nap találkozhatunk az alkalmazásával, aminek adott esetben mi vagyunk a szenvedő alanyai. A szórakoztató műsorokba bejátszott taps, szórakozóhelyen a borravalós edénybe tett nagyobb címletek, jótékonyági gyűjtéseknél a képernyő alján futó adományozók listája, a referencialisták és még sorolhatnánk. Az elv pozitív értelemben is működik, kutyától félő gyerekek elhagyták ezt a szokást pusztán azáltal, hogy kutyával vidáman játszó gyerekeket néztek a TV-ben.

Sylvan Goldmann 1934-ben figyelte meg, hogy boltjaiban a vásárlók csak addig gyűjtik az árucikkeket, amíg kosaruk megtelnek. Feltalálta a bevásárló kocsit, de az emberek nem használták. Vásárlókat bérelt fel, akik a kocsikat az üzletekben tologatták, így a rendszer elterjedt. Goldmann 400 millió dollárt hagyott örökösire...

Az elv sajnálatos módon nagyon konzekvensen működik, a nagy médianyilvánosságot kapott öngyilkosságok után látványos módon nő az adott területen az öngyilkosságok és bizonyított módon a balesetnek álcázott öngyilkosságok száma is. Fiatal áldozatot fiatalok követnek

árokba vagy fának hajtott kocsikkal, idősebb emberek idősebb követőket kapnak.⁹⁴ A témát kutató Phillips azt találta, hogy még sajnálatos módon az erőszakos bűncselekményekről történő média beszámolókat is „kopírozott” bűncselekmények követik. Bár az idézett kutatások már harminc évesek, de napjaink is szolgálnak szomorú bizonyítékokkal a minták másolásáról a meg-meg újuló iskolai lövöldözések formájában.

9.7.5. A rokonszenv elve

Jobbára szeretünk igent mondani azoknak az embereknek a kéréseire, akiket ismerünk és kedvelünk. A rokonszenv elve az elkötelezettség és a kölcsönösség elvéhez hasonlóan automatikusan követett szabályként működik a társas kapcsolatokban.

Ügynökök kiterjedten használják az ezen az elven alapuló „végtelen lánc” módszerét. Egy megnyert vevőtől elkérik néhány barátja elérhetőségét, akiknél már az ajánlóra hivatkozva jelennek meg. Az ajánlást elutasítani olyan lenne, mint a barátot elutasítani, ezért a módszer kifogástalanul működik, az újabb és újabb ajánlásokkal a végtelenségig.

A rokonszenv elvébe tartozik a *vonzó külsőhöz* társított pozitív tulajdonságok feltételezése is. Kísérletek igazolták, hogy a vonzó külsejű embereket kontroll nélkül ruházzuk fel olyan pozitív tulajdonságokkal, amelyekkel azok nem is rendelkeznek. Ez a hatás működik a választásoknál, munkahelyeken a bérezésben és még a bíróságokon is.

Hasonló hatású a „*hasonlóság*” is. Általában rokonszenvet táplálunk azok iránt, akik hasonlítanak hozzánk. Ez az állítás egyaránt érvényesnek látszik a nézetek, a személyiségjegyek, a társadalmi háttér és az életmód hasonlóságára. Jó példa erre az öltözködés.

A dicséretetek ugyancsak kiváltják az említett hatást, még akkor is ha leszámítva a kirívó példákat, nem őszinte a dicséret.

A személyekkel vagy dolgokkal való ismételt érintkezés *megszokottságérzést* kiváltó hatása rendes körülmények között szintén erősíti a rokonszenvet. Ez az összefüggés elsősorban akkor érvényesül, ha a kontaktusra pozitív, nem pedig negatív körülmények között kerül sor. Az egyik olyan pozitív körülmény, ami különösen kedvező hatású, kölcsönös, sikeres együttműködés.

⁹⁴ Phillips, D.P.: „Suicide, motor vehicle fatalities, and the mass media: Evidence toward a theory of suggestion” American Journal of Sociology, 84, 1979, 1150-1174o.

Kondicionálás és társítás

A társítás általános érvényű, negatív és pozitív dolgokra egyaránt érvényes. Ha az emberek rajtunk kívül álló, rossz vagy jó dolgokkal társítanak minket, az befolyásolja azt, hogy hogyan éreznek irántunk. A reklámokban gyakran csinos nőkkel együtt jelenik meg a reklám tárgya, ami bizonyítottan pozitív társítást eredményez. Így működnek a kedvelt sportolókkal vagy más celebritással reklámozott akciók is. A társítás elve működik a sportban a szurkolói táborokban. A csapattal saját képünk társul és így válik érthetővé a sokszor megjelenő fanatizmus a győzelem kivívása érdekében.

Kutatások igazolták, hogy a hitelkártyákhoz kapcsolódó pozitív társítás (rögtön élvezzük a vásárolt árut és csak később fizetünk) már a kártyaszimbólum megjelenésére is működik, nagyobb összegű költést váltva ki az alanyból.

9.7.6. A tekintély elve

Az elv működését jól, de inkább ijesztően demonstrálja a Milgram által 1974-ben elvégzett kísérletsorozat⁹⁵, amelyben a kísérleti alanyok (szimulált) áramütéseket mértek egy ismeretlen személyre, ha az kérdésekre hibás választ adott. (A kísérlet lényegét drasztikusan leegyszerűsítve...)

Milgram megállapítja: „ A vizsgálsorozatból leszűrhető legfőbb tanulság az, hogy felnőtt emberek rendkívül nagy hajlandóságot mutatnak arra, hogy a felettük állók parancsára szinte bármit megtegyenek.”

Az orvos-ápolónő viszonyban számos példát lehet arra találni, hogy a nővérek hibás orvosi utasításokat is készek végrehajtani.

Tekintélyt jelentenek a címek és rangok, de kivívható akár öltözködéssel is. Kutatók azt vizsgálták, hogy hányan követik a piros lámpánál az úttestre lépő példáját, ha az jól öltözött, vagy ha munkásruhát visel. Három és félszer többen sértették meg a szabályokat akkor, ha az első lelépő öltönyt viselt.

Természetesen komoly tekintélyt élvez a szakértelem is. Akik egy témában szakértőnek számítanak, joggal élvezik az ezzel járó tekintélyt is.

⁹⁵ Milgram, S.: Obedience to Authority, Harper & Row, New York, 1974

9.7.7. A hiány elve

„Ha meg akarunk kedvelni valamit, gondoljunk arra, hogy elveszíthetjük!”

G.K.Chesterton

A hiány elve: a lehetőséget annál jobban megbecsüljük, minél ritkábban nyílik meg előttünk. A jelek szerint az embereket jobban motiválja a gondolat, hogy elveszíthetnek valamit, mint az, hogy megszerezhetnek egy ugyanolyan értékű dolgot.

Az üzleti életben ezt az elvet a korlátozott készlet és az időkorlát alkalmazásával teszik az értékesítést segítő gyakorlattá.

Az emberi viselkedésben egy mélylélektani szabály is közrejátszik, amikor a hiány elvét érvényesülni engedjük magunkon. Ha ugyanis valami, ami eddig elérhető volt, a jövőben nem lesz elérhető, azzal az ember döntési szabadsága sérül. Az a vágyunk, hogy megőrizzük meglévő előjogainkat, központi szerepet játszik a szaknyelven pszichológiai reaktancia elnevezésű elméletben. Ha valaminek a nehezebb a hozzáférhetősége- vagy bármilyen más tényező- megzavarja azt az állapotot, amiben ez a valami korlátozás nélkül elérhető volt számunkra, akkor szembefordulunk a zavaró tényezővel, s erősebben akarjuk, próbáljuk birtokolni a kérdéses dolgot, mint azelőtt. Ezen elvek következménye, hogy a hiánycikkeknek, ritka fogyasztói javaknak nem a fogyasztása, hanem a birtoklása okoz örömet.

9.8. Következtetések

A prevencióval egészséget vásárló fogyasztó döntéseit nem pusztán racionális alapon hozza. Az eddigi prevenció kommunikáció többnyire azon az elképzelésen alapult, hogy ha megmondjuk az embereknek mi a káros az életmódjukban, akkor felhagynak ezzel. Ez az elképzelés nem számol azzal a körülménnyel, hogy a káros életmód esetenként kellemes, vagy könnyebben kivitelezhető, mint az egészséges, vagy rosszabb esetben már szenvedélynek tekinthető. Ilyenkor már az életmódváltás csak segítséggel valósítható meg. A segítség alatt nem kell okvetlenül pszichológust vagy addiktológust érteni. Mindazonáltal a nyújtandó segítség azon a területen hat, amit az említett szakemberek is művelnek.

Ebben a fejezetben áttekintettünk olyan pszichológiai, neurológia és szociálpszichológiai témákat, mint a kockázathoz való viszonyulás, a veszteség kerülése, (amely sokkal erősebb motiváló tényező, mint a nyereség), a bizonytalanság kerülése, vagy a társadalmi környezet

által meghatározott cselekvési minta, mint követendő példa hatása. Ezeknek a szempontoknak a figyelembe vételével kell a segítséget nyújtani, azaz olyan módon kell a választást felkínálni, hogy annak elfogadása a fenti tényezőket pozitív értelemben befolyásolja. Gondolni kell a helyes irányba tett lépések pozitív visszaigazolására, a „vásárlást követő” helyzet adekvát kezelésére is.

A fent bemutatott befolyásolás pszichológiájának szinte minden elemét professzionálisan használja minden porszívóügynök. Nem gondolom helytelennek azt a módszert, amelyben a páciensek meggyőzése érdekében használjuk a társadalmi bizonyíték elvét, a rokonszenv elvét vagy a lépésről lépésre alkalmazott elkötelezettség és következetesség elvét.

10. A prevenció marketing kommunikációja

7. Tézis: A prevenció kommunikációja kiemelkedően fontos tényező, ezért gondos elemzést és tervezést igényel. Tudnunk kell, hogy kinek, milyen üzenetet, hogyan juttatunk el. Ebben a témában alapvető a szociális interakciók tanulmányozása, az információcsere jellemzőinek és leghatékonyabb eszközeinek vizsgálata. Különös jelentőséget kell tulajdonítanunk a kapcsolati háló és azt kiszolgáló technológia, mint például a facebook tanulmányozásának.

A marketing kommunikáció az az eszközrendszer, amellyel esetünkben a prevenció üzenetét eljuttatjuk a kiválasztott célcsoporthoz és ösztönözzük annak „megvásárlására”, azaz az egyéni rizikó meghatározására és az abból következő életmód programok következetes végrehajtására. Ebben a fejezetben megvizsgáljuk a lehetséges eszközök alkalmazhatóságát és sajátosságait. A dolgozat terjedelme nem teszi lehetővé, hogy az egyes célcsoportokra lebontva is meghatározzuk a célszerű eszközöket, többnyire csak az általános elvek áttekintésére van mód.

Az egyes célcsoportok médiahasználata, képessége az üzenetek megértésére, élethelyzetből adódó lehetőségei vagy korlátai alapján esetenként eltérő eszközöket kell alkalmaznunk, hosszabb távon remélve, hogy a csoportok között a növekvő médiahasználat csökkenti majd a különbséget. Az összekötő kapocs a fiatalabb generáció lehet. Ebből a szempontból nézve, súlyát tekintve a prevenció legfontosabb eszköze lehet a szociális média. Ezt az állítást a hálózatok működésének elemzésével támasztjuk alá. Érdekes kérdés a trendek kialakulásának és elterjedésének vizsgálata, a véleményformálók, hálózati szempontból „csomópontok” szerepe. Kezdetben a korai elfogadókat kell megszólítani, mivel ők általában is a korszerűbb technológiák alkalmazói.

Bár tanulmányozzuk majd az olyan elemeket is, mint a reklám, DM, POS (eladáshelyi ösztönzés), de egy elképzelt prevenció projekt költségvetése reálisan nem teszi lehetővé közmédiák üzleti alapú használatát. Szerencsére a közmédiában is megjelent a TCR (társadalmi célú reklám), ami kedvezőbb áron juttat el közérdekű üzenetet a széles spektrumú médiahasználókhoz. (Praktikusan TV nézők, rádió hallgatók)

Elemzésre kerül a web, e-mail és különösen a facebook vagy hasonló szociális hálózatok prevenció célját szolgáló kommunikációban való alkalmazhatósága. Mai kommunikációs eszközeinket tekintve az új technológiai világrend nem túlzó meghatározás. Az un. okostelefonok rohamos terjedése új elemet helyez a mindennapi tevékenységek középpontjába, alkalmazásaival messze túlmutatva a telefonról korábban alkotott elképzeléseinken. Hasonlóan nyilatkozhatunk a táblagépekről, amelyek az egészségügyi alkalmazásokban is rohamosan terjednek.

Ha csak a piacvezető Apple legfrissebb adatait vesszük alapul, megdöbbentő adatot közölhetünk: napjainkban érték el a 25 milliárdos alkalmazás letöltési számot. A föld minden lakójára 3-4 Apple alkalmazás jut. Ezt a hatalmas kommunikációs potenciált nem hagyhatjuk figyelmen kívül. Ugyanígy számolnunk kell az e-health* fokozatos terjedésével is. Mindkét területen fő szereplők a mobil szolgáltatók. Vajon hogy állíthatók ezek a cégek a prevenció szolgálatába?

A marketing kommunikációt a „kommunikációs mix” vagy promóciós mix rendszerében tudjuk áttekinteni. A kommunikációs mix legfőbb elemei: a reklámozás, az értékesítés-ösztönzés, a propaganda és a személyes eladás

* Az e-health az egészségügyben alkalmazott komplex számítástechnikai és kommunikációs módszerek alkalmazását jelenti.

10.1.1. Pozicionálás

A korábbiakban elemeztük a B2C és a B2B célcsoportokat. Arra nem vállalkozhatunk, hogy ebben az anyagban dolgozzunk ki hatékony üzenetet minden célcsoport számára, de érdemes egy olyan tevékenységet is említenünk, ami a célcsoportnak szóló üzenetet a termék oldaláról közelíti meg. Ez a tevékenység, amely kevésbé cselekvő, sokkal inkább elemző, a pozicionálás. Ebben az elemzésben meg kell határozni, hogy a termék vagy szolgáltatás milyen értéket vagy megkülönböztető előnyt juttat az egyes szegmenseknek, és hogyan tudja a marketing mixet úgy testre szabni, hogy a stratégia megvalósulhasson. Az általános értelemben vett piaci pozicionálás magában foglalja mind a célpiac szegmenseinek kiválasztását, ami meghatározza, hogy a vállalkozás hol fog versenybe szállni, mind pedig a megkülönböztető előny kiválasztását, ami viszont azt határozza meg, hogyan fog versenyezni. A vevőnek nyújtott megkülönböztető előny azt jelenti, hogy a célpiaci vevőnek olyan valamit adunk, ami jobb, mint amit a versenytársak kínálnak. A megkülönböztető előny kialakításakor a marketing mix segítségével valami különlegeset hozunk létre a vevő számára.

Inkább csak gondolatébresztőnek, mint enciklopédikus ismeretnek szánva bemutatunk néhány fontos pozicionálási elvet:

A hatékony pozicionáláshoz tartsunk szem előtt néhány alapfogalmat:⁹⁶

Az indulási vezérpozíció törvénye: *Fontosabb elsőnek lenni, mint jobbnak.*

A kategória törvénye: *Ha ne lehetsz elsőként piacon egy adott kategóriában, állíts fel egy új kategóriát, amelyben első lehetsz.*

A kizárólagosság törvénye: *A vevő fejében nem birtokolhatja egyszerre két vállalat ugyanazt a szót.*

A 7. fejezetben bemutatunk számos jól vagy rosszul működő prevenciós programot és prevencióra alapozott virágzó üzletágakat. Világosan látható, hogy itt komoly versenyhelyzet van. Üzletileg racionális lépés lehetne egy újabb győgyekvár vagy győgytea piacra dobása, vagy egy távoli egzotikus országból származó, eddig csak az indiánok által ismert győgynövény kivonatának forgalmazása, aminek a pozicionálása nem jelentene különösebb nehézséget. Nem könnyű azonban piacra lépni egy olyan elmélettel, amely nem ad el terméket, és pozitív hatása csak személyes áldozatok árán élvezhető. Hogyan pozicionáljunk egy ilyen terméket?

Az új szellemű és technológiájú szív és érrendszeri prevenciót egy olyan, eddig nem létező piaci szegmensbe kell helyoznunk, amely a személyes kockázatot innovatív mérés technikával állapítja meg, és az ebből levezetett javaslatokkal segíti a pácienszt a hosszú távú egészséghez vezető életmód kialakításában és megtartásában.

10.2. Reklám sajátosságok

A reklámozás tűnik a legkézenfekvőbb kommunikációs módszernek és ennek okán még ma is jelentős szerepet játszik a mindennapokban. Nem gondolom, hogy prevenciónk a reklámozás útján érhetné el a remélt ismertséget és a kívánt hatást. Ennek a oka az, hogy legalábbis a klasszikus reklám a tömegmédiában jut szerephez, ahol nehéz célcsoportokra koncentrálni és mivel ez a téma nem vált ki tömeges termékvásárlást, nem is tekinthető gazdaságosnak. A későbbiekben ismertetek egy példát, ahol az ingerküszöb fogalma merül fel abban a

⁹⁶ Ries A.-Trout J.: A marketing huszonkét vastörvénye [Bagolyvár Könyvkiadó, Bp, 1994. 18., 86. o.]

kontextusban, hogy hányszor kell egy üzenetet a lakossággal közölni, amíg az a kívánt hatást eléri.

Mindemellett ne becsüljük le ezt az eszközt, ismerjük meg néhány aspektusát, hogy a használhatóságáról véleményt alkothassunk. A marketingnek talán legismertebb és legmélyebben tanulmányozott területe a reklám. Egy jó reklám megszerkesztése nagy kihívás és nagy kreativitást igénylő feladat. Egy aspektusát érinti a következő idézet:

„A fej nem tudja követni a szívet, és nem tud egyetérteni vele, ha nincs rá megfelelő indoka. Nos, ez a folyamat a racionalizálás. Valamit racionalizálni azt jelenti, hogy érveket hozok fel, amelyekkel alátámasztom az érzelmi alapon hozott döntést. A gyakorlott reklámszöveg író megpróbálja a reklám olvasóját ellátni a racionalizáláshoz szükséges alapokkal. Röviden, az igazi reklámszövegíró, aki eredményt akar elérni, ráveszi az olvasót, hogy akarjon valamit - azután ellátja az olvasót olyasmivel, amiről azt hiszi, jó mekség a vásárlásra.”⁹⁷

10.2.1. A reklámkommunikáció radikalizálódása

Említést érdemel a célzott reklámok hangsúlyának a sokkoló kategóriák irányába való eltolódása. Ez a vonatkozó kormányzati kommunikáció radikalizálódását jelzi, amit érthetően indokol a helyzet súlyossága.

10.2.2. Sokkoló reklámok

A sokkoló reklámokat hagyományosnak mondható módon a dohányzás ellen vetnek be. Ezek jellemzően nyomtatott formában vannak jelen, talán azért is, hogy hosszabb ideig fejtsék ki hatásukat. Ugyanez vonatkozik a cigarettás dobozokra nyomot sokkoló üzenetekre és újabban képekre is. Alábbiakban nem a legutóbbi naturális, hanem inkább az elgondolkodtató változatokra mutatunk néhány példát.

⁹⁷ Ries A.-Trout J.:A marketing huszonkét vastörvénye [Bagolyvár Könyvkiadó, Bp,1994. 18.,86.o.]



10.2.2.1. Sokkoló prevenció: dohányzásellenes projekt Németországban⁹⁸

Sokkoló képekkel, elrettentő számokkal és túlélőkkel folytatott megdöbbentő beszélgetéssel igyekszik elriasztani a dohányzástól és leszoktatni a már függővé vált fiatalokat a Hamburg-Eppendorf Egyetemi Kórház (UKE). Magyarországon a 15 évesnél idősebb lakosság 36 százaléka rendszeresen dohányzik, a magyarok világszerte a tüdőrák miatti halálozást illetően.

"A nemdohányzás menő" elnevezésű programot **Birte Andritzky**, az UKE orvosa és kollégái hat évvel ezelőtt hívták életre, azóta hetente 230 diák látogat el a hamburgi előadásokra, amelyek során **két óra alatt drasztikus módon szembesülhetnek a mérgező füst hatásaival.**



⁹⁸http://www.medicalonline.hu/gyogyitas/cikk/sokkolo_prevencio__nemetszagi_dohanyzasellenes_projekt_fiatalok_elrettentesere

"A program elindításában mérvadó volt, hogy **egyre inkább növekszik a fiatal tüdőrákos betegek száma**. Ezt orvosként sem lehet elviselni és elfogadni" - mondta el **Eckart Laack**, a projekt egyik létrehozója. Az orvosok kvízzjátékot rendeznek a gyerekeknek, amelyeken olyan kérdések szerepelnek, mint hogy vajon miért dohányoznak az emberek, fáj-e a dohányzás, honnan lehet felismerni a dohányosokat. A vetítőn ezt követően megfeketedett tüdőről, tumorokról, dohányosok elhalt lábujjairól készült képeket láthatnak a fiatalok.

A tüdőtükrözésről készült videó levetítésekor már egyetlen pisszenést sem lehet hallani a gyerekek körében. "Aki nem szereti a vér látványát, takarja el a szemét" - figyelmezteti az érzékenyebbeket Andritzky. A fiatalokat sokkolja a sárga váladék, a vér, a kátránycsomó és a tumorszövet látványa - a bemutató mindenképpen eléri hatását.

A legerőteljesebb hatással talán mégis a tüdőrákból felgyógyult betegekkel való találkozás bír. A 68 éves Brigitte Drabinskit háromszor diagnosztizálták tüdőrákkal, mindháromszor felvette ellene a küzdelmet és legyőzte a betegséget. "A diagnózis utáni érzés leírhatatlan, egyszerűen szörnyű. Lezártam az életemet, elbúcsúztam mindenkitől, akit szerettem" - meséli halkán Drabinski, aki tizenhét éves korában gyújtott rá először, hamarosan függővé vált és nem bírt megszabadulni a cigarettától. Ő végül túlélte a betegséget, de csak Németországban naponta négyszázan "esnek el" ebben a harcban.

A hamburgi fiatalok a kutatók szerint átlagosan tizenhárom évesen gyújtanak rá először. Andritzky kollégáival még az előtt akar tenni valamit, mielőtt még túl késő lenne. A 11-12 éveseknek még többnyire nincs kapcsolatuk a dohánytermékekkel, ekkor van még igazán hatása a projektnek - vélik a szakemberek.

10.2.2.2. Megrázó kampány elhunyt betegekkel⁹⁹

Jó halál nincs, legfeljebb kegyes. Az ALS, egy eddig általam egyáltalán nem ismert betegség nem ilyen. A lényege, hogy a szervezetet megtámadó kór következtében a beteg izmai egyenként mondják fel a szolgálatot, egyik a másik után sorvad el, míg végül a szervezet nem képes már tovább működni. Az ALS nemcsak hogy gyógyíthatatlan, de az okai is majdnem

⁹⁹ http://addict.blog.hu/2012/08/10/megrazo_kampany_elhunyt_betegekkel

teljesen ismeretlenek, és ami még nagyobb baj, hogy források hiányában, és a gyógyszergyárak érdektelensége miatt nem is nagyon kutatják azokat. Ezért sokszorosan életbevágó, hogy a közvélemény tudjon erről a kórról, és hogy elinduljon egy folyamat, ami egy kis fényt gyújt az egyelőre teljesen sötét alagút végén.

Ezért folyamodott a hollandiai ALS alapítvány egy egészen elképesztő és megrázó eszközhöz. Felkutatott olyan ALS betegeket, akik hajlandóak voltak részt venni egy döbbenetes reklámkampányban. Ezzel a nyolc beteggel egy rövid reklámot forgattak, amelyben ők segítséget, támogatást kértek az emberektől. De nem maguknak, merthogy mire a film adásba került, ők már veszítettek a betegséggel szembeni harcban. A kampány logikája szerint ugyanis az egyes szereplőkkel készített filmek, sajtóhirdetések és köztéri reklámok csak akkor kerültek nyilvánosságra, amikor az érintett elhunyt. Ez természetesen nem egyszerre következett be, így az újabb és újabb haláleseteket követően újabb és újabb megrázó sorsokkal szembesült a holland közvélemény. A hatás nem is maradt el, az adományok rövid idő alatt az ötszörösükre nőttek, és a betegséget övező figyelem is megsokszorozódott. Ettől persze még nem lett gyógyítható ez a gyilkos kór, de egy apró lépéssel talán közelebb került a megoldás.

10.3. Értékesítés ösztönzési módszerek

A mindennapi gyakorlatban használatos értékesítés ösztönzési módszerek csak igen korlátozottan alkalmazhatók a prevenció promotálására. Ez következik abból is, hogy a prevenció valójában szolgáltatásként kerül „eladásra”. Az áru értékesítésnél használatos módszerek: áruminták, kuponok, rabat, egyet fizet, kettőt kap, ajándék, jutalom, törzsvásárlói program, díjak, versenyek, ingyenes kipróbálás, közös ösztönző akció több márkával, keresztpromóció, pos tárolók, termékbemutatók lehetnek.

Esetünkben elképzelhetők az ajándék, törzsvásárlói program, díjak, versenyek, keresztpromóció alkalmazása. Ezzel együtt nagyobb hatás várható a PR és a kapcsolati marketing módszerek alkalmazásától.

10.3.1. A PR jelentősége

Az embereket általában az őket érintő dolgok és események érdeklik, de ettől az alapelvtől eltérően mégis igen komoly érdeklődés nyilvánul meg az ún. bulvár hírek iránt, amelyek

végülis más emberekről szólnak. A kereskedelmi TV csatornák híradó szerkesztését tanulmányozva azt kell gondolnunk, hogy a balesetek, katasztrófák is kiemelkedő figyelmet élveznek az átlagnézők körében. Anélkül, hogy ezt a jelenséget értelmeznénk, vizsgáljuk meg, hogy a prevencióval kapcsolatban milyen tartalmú és formájú információ jelenhet meg a közmédiában. A hír definíciójára számos kitűnő forrás található. Az egyszerűség kedvéért most vegyük a wikipédia meghatározását:

„A hír olyan ellenőrzött és igaznak bizonyult információ, amely közérdeklődésre tart számot, és amely speciális újságíró szakmai eljárás eredményeként jött létre.

Az információ értékét növelő tényezők [szerkesztés]Az információk közül azokból lesz hír, amelyet a sajtó munkatársai (a magyar nyelvben is használatos angolszász terminológia szerint: kapuőrök) kiválasztanak. A kiválasztás a hírérték szerint történik. Ez olyan tulajdonsága az információnak, amely miatt hírt kell készíteni belőle, hogy minél több emberhez eljusson. Más megközelítésben: a hírérték az információnak az a többlettulajdonsága, amely eladhatóvá teszi. A hírérték meghatározása szigorúan szakmai feladat.

A hírértéket az alábbi tényezők növelik:

- az esemény, történés, cselekvés aktualitása, frissessége
- a hírben szereplők ismertsége, pozíciója, befolyása
- a földrajzi és kulturális közelség
- az esemény, történés, cselekvés egyedisége, szokatlansága, meglepő vagy megdöbbentő volta
- a tematikai keretbe illeszthetőség, azaz van-e előzménye a hírnak
- az információ érdekessége, szórakoztató jellege

Az információt két módon is értelmezhetjük újságírás szempontjából. Sokan úgy vélik, hogy az információ egy "társadalmi kommunikáció" is lehet, melynek terjedési folyamatát a médiához tartozó intézmények biztosítják. Ugyanakkor az információt több újságírói műfaj együttesének is tekintik és minden ilyen műfaj jelentős, friss, érdekes vagy aktuális híreket tartalmaz."

Az elmúlt évben kísérletet tettünk olyan sajtóanyagok elkészítésére, amely kielégíti a fenti kritériumokat és hír értéke mellett nem devalválja a közvetíteni kívánt információt, azaz nem válik klasszikus bulvár hírré. A példák teljes terjedelemben a függelékben találhatók.

Sajtóhírek, reakciók

A fent említett sajtóhírekből három hír felvezetőjét mutatjuk be.

AZ ARTÉRIÁS ÉLETKOR MÉRÉSE ÁTTÖRÉST HOZHAT

Még mindig 66-67ezer honfitársunk hal meg szív- és érrendszeri betegségekben minden évben

Sajtóközlemény

Budapest, 2011. április 14. – Magyarországon az összes halálozás felét és az aktív korosztály munkaképesség elvesztésének közel egyharmadát még mindig a szív- és érrendszeri betegségek okozzák. A számtalan figyelemfelkeltő kampány ellenére a társadalom és az egyén felelőssége nem kielégítő a hatékony megelőzéshez, pedig legfőbb ideje annak, hogy komolyan vegyük a problémát mi magyarok is, akik persze „sose halunk meg”. (6620 találat)

ÖREG EMBER NEM VÉN EMBER – MEGMONDJÁK AZ EREINK

A valós és az artériás életkor között jelentős korkülönbség lehet, megbecsülésével idejében megelőzhetőek a végzetes megbetegedések

Sajtóközlemény

Budapest, 2011. június 29. – A szív és érrendszeri betegségek a modern kor legnagyobb vámszedői. A megelőzésük nemcsak egészségügyi, de gazdasági kérdés is egyben, hiszen a gyógy- és utókezelések hatalmas terhet rónak a szociális ellátórendszerekre. Az artériás életkor mérése a legegyszerűbb és leghatékonyabb mód az egyén veszélyeztetettségének megállapítására, amellyel akár a fatális következmények is megelőzhetők. (1880 találat)

A NŐI SZÍVEKRE JOBBAN KELL FIGYELNI

A statisztika szerint több nő hal meg infarktuszban, mint férfi

Sajtóközlemény

Budapest, 2011. október 24. – Évek óta ismert tény, hogy több nő hal meg infarktuszban, mint férfi. A köztudatban ennek ellenére még mindig az él, hogy a szívinfarktus kifejezetten az erősebbik nemet érintő betegség.

Nincs mód mindegyik hír sajtóvisszhangjának bemutatására, ez az interneten követhető. Két sajtóhír google találati számát zárójelben közöltük. Jellemzően az elektronikus média veszi át többnyire változatlan formában a sajtóhíreket. Ez a folyamat több hullámban is folytatódik és eléri a külföldi magyar nyelvű oldalakat is.

A sajtóhírek nyomán készült rádióinterjú, TV beszélgetés és jó néhány színvonalas cikk első vonalbeli lapokban. Ezek a cikkek már többnyire interjúk nyomán születtek, az alaptémát csak felvezetésként használva. Az eddig leírt számos szempont érthetővé is teszi, hogy ebben a témakörben szinte kimeríthetetlen lehetőségek rejlenek.

Az alábbi cikk jól példázza azt a módszert, amelyben a tudományosan megalapozott hírt a hétköznapi olvasó számára is érdekessé teszik. Ez a cikk az „öreg ember-nem vén ember” sajtóhír nyomán született.



A bemutatott néhány kísérletünk is igazolja, hogy a PR csatorna fontos és hatékony eszköze lehet a szív és érrendszeri prevenció kommunikációjának. Természetesen figyelembe kell venni ennek a média eszköznek a sajátosságait és a kívánt hatás eléréséhez nem csak a sajtóhírek tartalmát kell gondosan megtervezni, hanem még az újságírók, mint célcsoport kezelésére is nagy hangsúlyt kell fektetni.

10.4. Az ingerküszöb: az arizónai példa

A következő példa megmutatja, hogy egy, az emberek számára is fontos információt milyen kitartóan és milyen sok csatornán kell közölni, hogy az ismeretté és rutinná válhasson.

„Több életet menthetünk egyszerűbb és hatékonyabb újraélesztéssel

Lényegesen több lesz az eredményes újraélesztés, ha mindenki megtanulja és megteszi, hogy a hirtelen szívhalál miatt összeeső ember mellkasát a szív működés pótlására késedelem nélkül percenként százszor erősen összenyomja és nem veszít időt azzal, hogy lélegeztetni is próbálja. **Arizona lakóinak öt esztendei tájékoztatásával**, megszervezésével sok ember életét sikerült megmenteni. A média gyakran beszámol arról, hogy valaki népszerű, híres ember, sportoló vagy színész hirtelen, váratlan szívhalállal életét veszti a pályán vagy a színpadon és nem ritkán azt is hozzátesszik, hogy hosszú újraélesztéssel sem sikerült visszahozni. Sajnos, az általában nem derül ki, hogy az újraélesztési kísérlet mikor és hogyan indult.

Hirtelen szívhalál esetén minden egyes perc, amíg nem kezdik a gyakorlatilag álló szív működését a mellkas ritmusos, erélyes nyomkodásával pótolni, majd elektromos áramütéssel a szív remegését, a fibrillációt megszüntetni, tíz százalékkal rontja az eredményes újraélesztés esélyét.

Ez azt jelenti, hogy az összeeső ember mellett lévőknek nem szabad várakozással rontani az esélyt. A mentőt azonnal hívni kell, pontos információval ellátva, hogy hirtelen szívhalál a valószínű esemény, de a gyors cselekvés létfontosságú. Az USA területén csupán az esetek 30 százalékában próbálják meg az újraélesztést.

Arizonában öt éve úgy érezték, hogy ezen változtatni kell. **Az államot átfogó programot szerveztek, hogy mindenki tanulja meg az újraélesztés egyszerű technikáját, és ha szükség van erre, kezdje is el azonnal. Videó tréningeket indítottak, iskolákban, munkahelyeken, áruházakban, sporteseményeken.**

A média is kivette a részét a tájékoztatásban. Valamennyi újság, rádió és televízió rendszeresen foglalkozott ezzel a témával. A legkülönbözőbb okokból küldött e-mail üzenetekhez mellékeltek információt, még a közüzemi számlákhoz is csatoltak ismertetőket.

A korábbi újraélesztési irányelvekben szerepelt, hogy 30 mellkasnyomás után két lélegeztetés is szükséges, az áldozat szájába vagy orrába fújva. Az amerikai szakértők szerint ez volt az "undor tényező": sokan azért nem kezdték el egyáltalán az elsősegélyt, mert irtóztak a halott szájába-orrába levegőt fújni, végzetes betegségtől is tartottak. Az amerikai média azzal is sokat foglalkozott, hogy például a HIV fertőzés nyállal ugyancsak átvihető.

A lélegeztetés kis gyerekeknél, vagy vízbefulladás után, illetve bizonyos mérgezések okozta hirtelen halál esetén kétségtelenül szükséges lehet. Az utóbbi években viszont mind több adat gyűlt össze arra vonatkozólag, hogy a mellkas ütemes, erélyes nyomását szájba- vagy orrba fújt levegőztetéssel megszakítani több kárt okoz, mint hasznot.

Mérésekkel igazolták, hogy a gyakorlatlan elsősegélynyújtó legtöbbször nem a tüdőbe juttatja a levegőt, hanem a nyelőcsövön keresztül a gyomrot fújja fel. Az ráadásul a gyakorlott mentősöknél is kiderült, hogy a mellkas összenyomásának szüneteltetése két levegő befújásának idejére sok idővesztést jelent: 16-20 másodpercet jelent.

"A vér keringését az életfontosságú szervekhez csak az újraélesztő keze biztosítja a percenként százszor összenyomott mellkas közvetítésével"

Mivel szívmegállás idején a vér keringését az életfontosságú szervekhez, az agyhoz vagy a szívizomhoz csak az újraélesztő keze biztosítja a percenként százszor összenyomott mellkas közvetítésével, minden ilyen szünet jobban károsítja a szöveteket, mint amennyit használ.

Gordon Ewy, az újraélesztés tudományának egyik legismertebb szakértője írta azoknak, akik megkísérelnek a közelükben hirtelen halált szenvedőknek segítséget nyújtani: "Most az Ön keze az ő szíve. Amikor nem nyomja a mellkasát, az agyához egy csepp vér sem jut".

Arizonában az országos programmal félmillió embert sikerült mozgósítani. Induláskor az újraélesztést szükség esetén elkezdők aránya 28 százalék volt. Ez öt év után 40 százalékra nőtt. Bentley J. Bobrow, a munkacsoport vezetője hangsúlyozta, hogy az idő előrehaladásával az újraélesztés mind gyakrabban csak a mellkas nyomásával történt.

Azt más, korábbi összehasonlítások is mutatták, hogy a lélegeztetési kísérletek nélküli újraélesztés eredménye nem volt rosszabb, mint az, ha 30 mellkasnyomás után kétszer az áldozat orrába- vagy szájába fújva próbáltak tüdejébe levegőt is juttatni.

Ennek alapján több kezelési irányelvben javasolták a lélegeztetés elhagyását, mert az egyszerűbb, "undor tényező" nélküli újraélesztési technikát gyorsabb megtanulni és tapasztalat szerint sokkal többen hajlandóak így megkísérelni az újraélesztést.

Az Arizonában végzett vizsgálat azt bizonyította, hogy a megfigyelés évei alatt, kórházon kívül 4415 felnőtt fejezte volna be életét hirtelen szívhalál következtében. A csak mellkas nyomással újraélesztettek 13 százaléka tért vissza az életbe, míg a hagyományos, lélegeztetéssel és mellkas nyomással újraélesztetteknek csak nyolc százaléka.”

Forrás: MTI - Dr. Matos Lajos

10.5. Web, e-mail, blog

Ami bizonyára legkevésbé szorul magyarázatra és bizonyításra, az a web elterjedt használata az egészségügygel kapcsolatos kérdésekben is. Eddig is számos példát mutattunk már be. Jellemzően azok a honlapok működnek legnagyobb számban, és többnyire a legjobb minőségben is, amelyek valamilyen áru vagy szolgáltatás megvételére buzdítanak. Elismerésre méltóak azok a főleg külföldi, jellemzően USA oldalak is, amelyek társadalmi szervezetek kezelésben működnek. Az alábbi ugyan egy kórházi példa, de bemutatása más szempontból is érdekes. A híres Mayo klinika oldalán iPhone és iPad látható, azt sugallva a látogatóknak, hogy ezeken a mobil eszközökön is kövessék a klinika híreit, lépjenek velük kapcsolatba.

The image shows a screenshot of the Mayo Clinic website. At the top, there is a navigation bar with links for Patient Care, Health Information, MAYO CLINIC (with logo), For Medical Professionals, Research, and Education. Below this is a secondary navigation bar with links for Request an Appointment, Find a Doctor, Find a Job, Log in to Patient Account, Give to Mayo Clinic, and social media icons for Facebook, Twitter, and YouTube. The main content area features a large image of an iPhone and an iPad displaying the Mayo Clinic mobile app. To the right of the mobile devices is a search bar with a 'Search' button. Below the search bar are sections for 'Health Information' (Find information on hundreds of conditions. Check your symptoms. Improve your lifestyle.) and 'Patient Care' (See how Mayo diagnoses and treats your condition. Find a doctor. Log in to your patient account. Plan your visit.). A prominent blue button labeled 'Request an Appointment' is positioned below the Patient Care section. At the bottom of the main content area, there is a purple banner with the text 'Connect with others who have been there. Join the Mayo Clinic online health community.' Below this banner are three columns: 'For Medical Professionals' (Refer a patient. Access medical professional services. Connect to research and education.), 'Research' (Discover how research advances patient care. See clinical trials and publications. Support research.), and 'Education' (Explore medical and scientific education and training opportunities and resources.).

Magyarországon sem más a helyzet, ahogy ebből a hivatkozásból is látható: „Előbb a neten nézzük meg, mi bajunk, csak aztán megyünk orvoshoz” A magyar felnőttek nagy része az interneten felkészül betegségéből mielőtt orvoshoz fordul - írja a GfK Hungária legfrissebb elemzésére¹⁰⁰ hivatkozva a *KlubRádió* honlapja. 2011-04-14 17:49

Szem előtt kel tartanunk a következőket is:

Az internet ösztönzi a vevőszerzést, amely a valós világban drága és időigényes, de a web virtuális világában az idő és költségigény egyaránt csökken. Dickson kompetitív racionalitáselmélete szerint a választék bősége vásárlói kifinomultsághoz vezethet – a vevők okosabbá válnak, és a választék adta ismereteiket felhasználva nézelődnek, összevetik az árakat, és sokkal magabiztosabban keresik a legnagyobb értéket.¹⁰¹

Amennyire elterjedt a web használata az egészségügyi információ kezelésével kapcsolatban, oly kevésbé használják az emberek az e-mailt erre a célra. Amikor mégis, az többnyire cikkek, gyakrabban linkek továbbítását jelenti. Manapság sokkal hatékonyabb módszer a közösségi oldalak „like” funkciója, amellyel sokkal könnyebben lehet az érdekes hírekre, tartalmakra a barátok figyelmét felhívni. Az érdeklődő először mondjuk a facebook bejegyzést olvassa el, amely többnyire tovább vezet a mélyebben érdeklődőt egy web oldalra vagy igen gyakran egy video megosztóra.

Végül említést teszünk egy másik lehetőségről is, amelynek hatása ma még alig becsülhető, de komolyan számot kell vetnünk vele is: „Közben a blogvilág az új hangok felfedezésének minden eddiginél jobb terepévé vált. Hatékonyan hozzájárul a sokoldalúsághoz az a szokás, hogy a szerzők hivatkozást illesztenek be az érdeklődésre számot tartó, profiktól vagy amatőröktől származó ötletekre és információkra, függetlenül attól, hogy honnan származnak.”¹⁰²

¹⁰⁰ GfK Hungária, Digitális fogyasztó kutatás, 2011

¹⁰¹ Ford, D.: Business Marketing [KJK -Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Kft, Budapest, 2003. 239.o.]

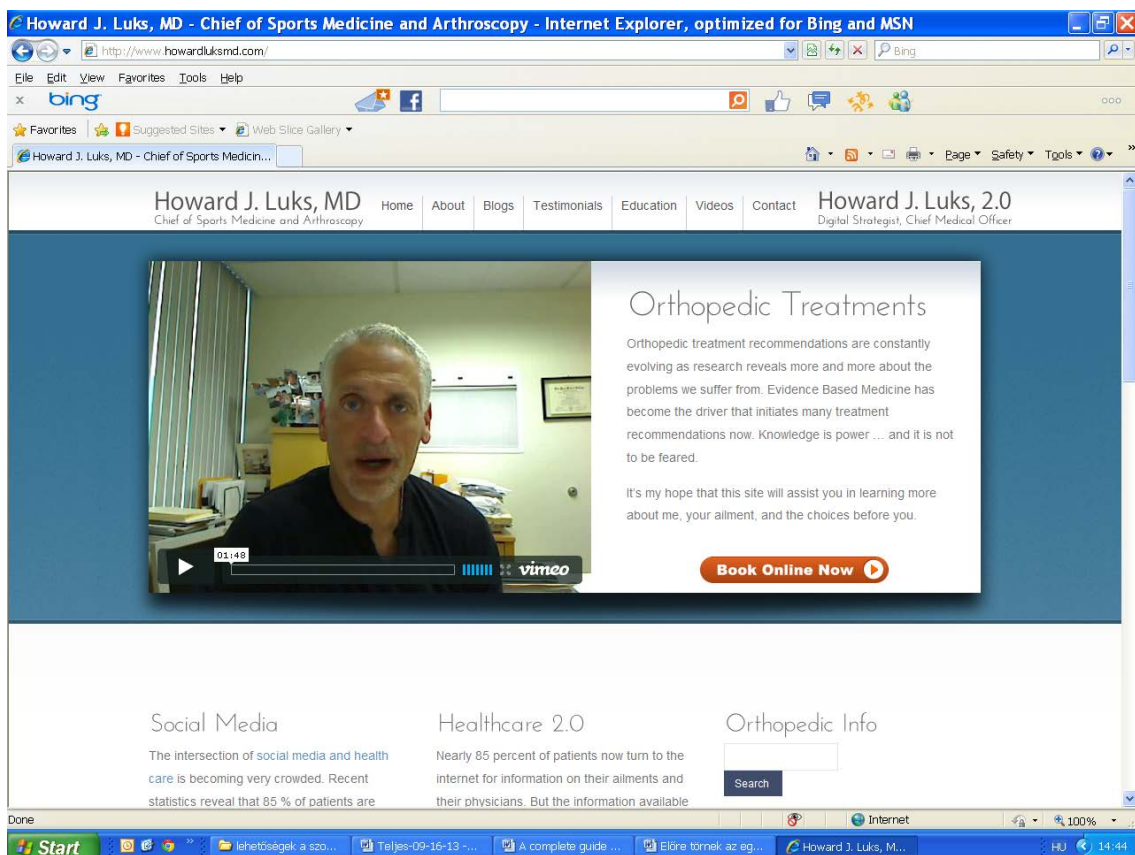
¹⁰² Anderson, C.: Hosszú farkok – A végtelen választék átírja az üzlet szabályait [HVG Kiadó ZRt, Budapest, 2006. 210.o.]

A fenti idézet ugyan nem az egészségügyi alkalmazásokról szól, de szolgálhatunk érdekes példákkal erre is.

*A complete guide to planning a social media presence for healthcare*¹⁰³

„Teljes útmutató a szociális média egészségügyi használatára” címmel írt egy hosszú és tartalmas blogbejegyzést Dr. Howard J. Luks amerikai orvos, aki saját web oldalán blog szerkezetben írja le észrevételeit, megjegyzéseit.

A nyitóoldal menüszerkezetében látható, hogy a tematikában kiemelt figyelmet fordít a szociális médiára és a Healthcare 2.0-ra, amely nem más, mint az internet egészségügyi alkalmazásának új generációs irányzata.



A szociális médiával kapcsolatban leírja, hogy a legutóbbi statisztikák szerint a páciensek 85%-a tájékozódik interneten a betegségét, orvosát vagy egészségügyi intézményét illetően. Megjelent az “E” páciens, akik saját közösségi oldalakat hoznak létre, ahol az egészségüggyel kapcsolatos releváns információkat osztanak meg egymással.

¹⁰³ <http://www.kevinmd.com/blog/2011/12/complete-guide-planning-social-media-presence-healthcare.html>

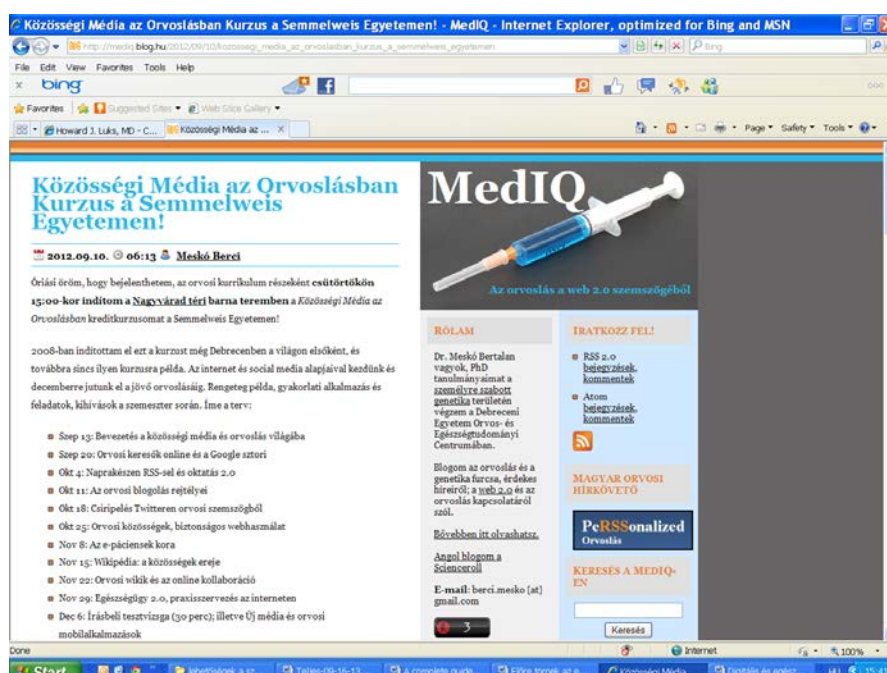
10.6. Meskó Berci

Nem térhetünk át addig a következő fejezetre, amíg nem ismertetünk egy világviszonylatban is kiemelkedő és elismert hazai példát. Korábban már történt említés „Meskó Berciről”, Dr. Meskó Bertalanról, aki az itt tárgyalt témaköröket mondhatni világviszonylatban is a legmagasabb szinten műveli.

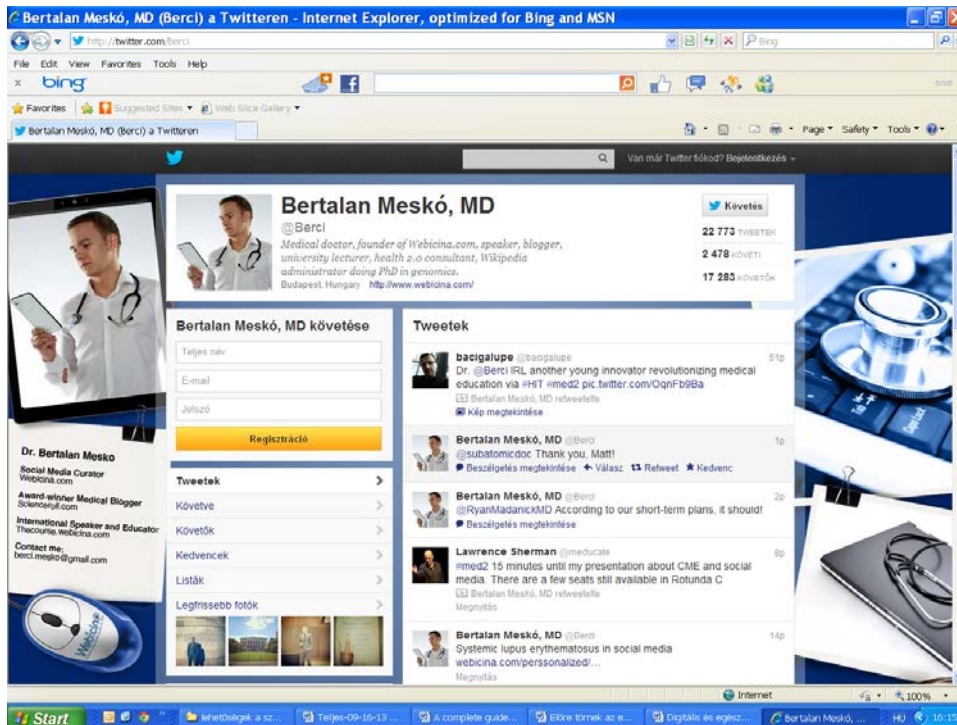
ScienceRoll blogja többször is a „legjobb orvosi technológiai blog” díjat nyerte el.



Dr. Meskó Bertalan a világon elsőként indította el a „Közösségi Média az Orvoslásban” kurzusát, amelyet ma a Semmelweis Egyetemen is oktat.



17.283 követője van a twitteren- egyelőre



Társalapítója a Webicina honlapnak, amely 17 nyelven 80 orvosi témakörben a legmegbízhatóbb forrása az orvosi tárgyú szociális médiának.



Meskó doktor úgyszólván pályakezdő orvos és máris mérföldköveket tett le a felsorolt területeken. Tevékenysége a szív és érrendszeri prevenció területén is követendő például szolgál és érdemes keresni a lehetőségét, amellyel szellemi kvalitása e célt is szolgálhatná.

10.7. A szociális média

Elemzésünk szerint a szív és érrendszeri prevenció kommunikációja szempontjából a leghatékonyabb eszköz a szociális média lehet. Ennek legjellemzőbb elemei a közösségi oldalak, mint a jól ismert magyar iWiW vagy az 500 milliós szupersztár, a Facebook, de folytathatnánk még a sort tematikus közösségi oldalakkal, mint az üzleti irányultságú 175 millió tagot számláló LinkedIn vagy akár a Xing. Megirigyelve a korábbiak üzleti sikerét, újabb és újabb próbálkozások születnek hasonló oldalak létrehozására.

Az impozáns adatok mellett nem szabad elfeledkeznünk azokról sem, akik még számítógéppel sem rendelkeznek. Ezek a többnyire hátrányos helyzetű rétegek is használják a szociális médiát, még ha nem is ebben a formában és többnyire tudtukon kívül. Ezekben a csoportokban a közösségi minta, a véleményirányítók akár fontosabb szerepet is tölthetnek be, mint a sokkal liberálisabb jobb módú középosztályban. Mi teszi a szociális médiát ilyen fontossá?

Mintakövetés, véleményirányítók ¹⁰⁴

Az egyén a szocializáció folyamán mások mintáit követi. Fogyasztásunkra a társadalmi minták meghatározó hatással vannak. A társadalmi mintákat a csoport közvetíti, de végső soron a legerősebb hatást a csoporton belül is egyes személyek testesítik meg. A fogyasztásban különösen jellemző, hogy a gyorsan változó divatokat az emberek egymástól veszik át. A homogén közösségeken belül azonban vannak „hangadók”, akik extrovertáltságukkal és személyiségük kisugárzásával erősebb hatást tudnak gyakorolni a többiekre. Ők a *véleményirányítók*, más terminológiákban véleményvezérek, általánosan elterjedt angol szóval *opinion leaders*. „A véleményvezető az a személy, aki az informális kommunikáció során tanácsot vagy információt nyújt termékekről vagy termékcsoportokról arra vonatkozóan, hogy a sok márka közül melyik márka a jobb, vagy az adott termék hogyan használható.”

¹⁰⁴ Sas I.: Reklám és pszichológia [Kommunikációs Akadémia, Budapest, 2007. 193.o.]

Kapcsolódva még az előző, blogokkal foglalkozó témakörhöz egy példát mutatunk a szociális média orvosi alkalmazására.

- *A complete guide to planning a social media presence for healthcare* -

Dr. Luks blogbejegyzését átvette a KevinMD.com oldal, amely magát a szociális média vezető orvosi hangjának aposztrofálja. Ez a példa mintegy bevezeti a következő fejezetet, amely a szociális médiát többek között a véleményformálók szemszögéből is tárgyalja. Ennek és a Webicina példájának alapján az is állíthatjuk, hogy nem csak személy, hanem például jól működő közösségi web oldal is lehet „véleményirányító”.



10.8. Szociális hálózatok

A szociális hálózatok működésének megértéséhez néhány érdekes elvet célszerű tanulmányozni. Említettük már a véleményvezérek szerepét. Elemezzük most, hogy kiből lehet véleményvezér és hogyan válik valami divattá, tágabb értelemben hogyan alakulnak ki a trendek.

A prevenció kommunikációja szempontjából az lenne a szerencsés, ha az emberek minél nagyobb számban osztanák meg egymással az erre vonatkozó információt, majd követnék minél többen az abban foglalt elveket. Természetesen mindenki ezt szeretné, aki üzlettel foglalkozik vagy más szempontból érdekelt tevékenysége vagy személye ismertté tételéhez.

Bizonyos dolgok divattá válnak és elterjednek, mások vegetálnak és elsorvadnak. Gladwell érdekesítő könyvében elemzi ezt a folyamatot és magyarázattal is szolgál a jelenségre.

Így ír a könyvről a Libri könyvismertetője:

„Malcolm Gladwell, a "Fordulópont" szerzője mostani könyvében azt vizsgálja, vajon miért és hogyan keletkeznek hirtelen és váratlanul nagyobb hatású, jelentősebb változások. Hol és mikor van az a fordulópont, ahol a mennyiség átfordul minőségbe? Gladwell könnyen érthető nyelven, köznapi példákon keresztül válaszolja fel a fordulópontokról folytatott kutatásainak eredményeit. A könyv szerte a világon a sikerlisták állandó szereplője, Gladwellt pedig a világ száz legbefolyásosabb embere közé választották.”

Gladwell a járványokkal von párhuzamot, amikor napjaink divatirányzatainak elterjedését vizsgálja.

10.8.1. Közösségi oldalak

Az 1984.május 14.-i születésű Mark Elliot Zuckerberg aligha gondolta, amikor iskolatársaival Dustin Moskovitz, Eduardo Saverin és Chris Hughes-el 2004-ben útjára indította a Facebook-ot, hogy nyolc évvel később több, mint 500 millió felhasználója lesz, ő maga pedig milliárdosként követheti a program váltakozó sikerű tőzsdei pályafutását.



Mit jelent a Facebook a magyar felhasználók számára? Talán Zuckerberget is meglepné az alábbi hír: **Míg a világ legnagyobb 25 gazdaságában az online használók 42 százaléka mondta magáról, hogy használja a közösségi oldalakat, addig hazánk az abszolút elsőséget szerezte meg 65 százalékkal, megelőzve ezzel akár a skandináv államokat, akár az USA-t.**¹⁰⁵

¹⁰⁵ Képes-e válaszolni az FMCG-piac a digitális kor kihívásaira? Dörnyei Otilia GFK MÍTOSZVADÁSZAT – 8. rész

Kissé részletesebben tájékozódhatunk a GfK kutatásából:

„A digitálisan érintett fogyasztókat alapvetően a 18-49 éves korosztályban vizsgáljuk¹⁰⁶. Ez a korosztály a legbefogadóbb a technológiai újdonságok, illetve a legújabb fogyasztói trendek iránt, illetve *e korosztályban található a legtöbb újító, illetve korai adaptáló fogyasztó*. A legfrissebb mérések szerint mintegy 2,7 millió fő tekinthető a vizsgált célcsoport tagjának. Ez a célcsoport már messze nem csak az íróasztal mellett internetezik. Közel ugyanannyian használnak hordozható számítógépet, mint ahányan asztali PC-t és közel harmaduk már a mobiltelefonján is kihasználja a világháló elérését biztosító funkciókat. Az internet használat ma már nem csak a böngészésről szól. Természetesen a digitálisan érintett fogyasztó számára az internet a fő tájékozódási forma, de emellett sok más célra is szívesen használja az internetet.

Szinte mindenki használ közösségi oldalakat ismerősökkel való kapcsolattartásra és szintén magas az aránya azoknak is, akik fogyasztói preferenciáikat is kifejezik ezeken az oldalakon.

A digitális fogyasztó az interneten - az egyes tevékenységeket végzők aránya (%):

Közösségi oldalt látogat 95%, „Lájkolja” cégek oldalait 54%, Megosztja vásárlási élményeit 39%.

Érdekes, hogy a közösségi oldalakon ismerősnek jelölt személyek legalább 90 százalékaival csak ezen a fórumon tartják a kapcsolatot a digitális fogyasztók, tehát a közösségi oldalak mindenképpen a szociális kapcsolatok kiszélesedését jelentik.



Ez a tetszetős ábra a Facebook elterjedését mutatja a világban.

¹⁰⁶ GfK Hungária, Digitális fogyasztó kutatás, 2011

„A legfrissebb adatok szerint Magyarország felnőtt lakosságának 60 százaléka online-érett, vagyis legalább hetente csatlakozik a világhálóra. Az internetre legalább hetente egyszer kapcsolódók körét tekintjük valóban online használónak. Napi 164 perc az internetezéssel töltött idejük, és ha mindezt a mobilinternetet használó lakosságra nézzük, már 208 perc a neten töltött idő naponta.”¹⁰⁷

A Facebook természetesen és alapvetően a szokásos, mindennapi gyors információcserével szolgálja a kapcsolatok ápolását. Amiben egyedülálló, az a tulajdonsága, hogy a kapcsolatot nem szükséges egyénenként kezelni. Tetszésemet, képeimet, gondolataimat egyszerre tudathatom minden olyan ismerőssel, akikkel ebben a rendszerben kapcsolatban vagyok.

A Facebook-on nem szükséges, nem is illő hosszú szövegeket írni. Az érdekesnek tartott információknak szinte mindig van egy web vagy videomegosztó hivatkozása, amit egy klikkel like-olhatunk és ismerőseink máris tudomást szerezhetnek róla, megnézhetik és tovább like-olhatják saját ismerőseiknek. Ezzel a technikával hallatlanul gyorsan lehet információt elterjeszteni. Így szerveződik a flash-mob, vagy magyarul villámcsődületet is.

Fontos tényező az, hogy az ismerősök ismerősein, majd azok ismerősein keresztül újabb és újabb emberek érhetők el szinte másodperceken belül.

Közismert a történet, amit Barabási Albert-László Behálózva¹⁰⁸ című könyvéből idézek most. Az angolszász terminológiában „six degrees of separation” néven ismerik, ami számunkra a „hatlépcsnyi távolság”. Karinthy Frigyes 1929-ben jelentette ki, hogy a Föld (akkor) másfél milliárd lakója közül bármelyikkel legfeljebb öt más egyénnel keresztül, kik közül egyik neki személyes ismerőse, kapcsolatot tud létesíteni, csupa közvetlen ismeretség alapon.

A Facebook említett tulajdonságát kombináljuk Gladwell elméletével az „összekötőkről”.¹⁰⁹ Az összekötők sok embert ismernek és sokkal vannak kapcsolatban is. Az ilyen személyek „kellenek” a járványok kialakulásához is, de ők töltik be az információ széleskörű

¹⁰⁷ Képes-e válaszolni az FMCG-piac a digitális kor kihívásaira? Dörnyei Otilia GFK MÍTOSZVADÁSZAT – 8. rész

¹⁰⁸ Barabási Albert-László Behálózva









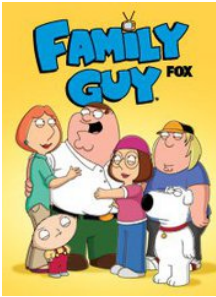

¹⁰⁹ Malcolm Gladwell Fordulópont, HVG Kiadói Zrt, Budapest, 2007, 41.o.

terjesztésének feladatát is pozitív példákban. A széles ismeretségi kör, a Facebook jelenlét és a Facebook sebessége együtt igen jó alapot biztosíthat pozitív üzenetek gyors és széleskörű elterjesztésére.

Mielőtt azonban túlságosan elragadtatnánk magunkat, nézzünk szembe a tényekkel. Kik rendelkeznek a legtöbb kapcsolattal a Facebook Marketing Biblia szerint?

THE FACEBOOK MARKETING BIBLIA

the leading resource for marketing and advertising on Facebook

<p>Facebook</p> <p>54,031,99</p> 	<p>2. Texas Hold'em Poker</p> <p>51,151,002</p> 	<p>3. Eminem</p> <p>47,880,731</p> 	<p>4. YouTube</p> <p>46,059,390</p> 	<p>5. Rihanna</p> <p>45,905,971</p> 
<p>6. Lady Gaga</p> <p>44,288,366</p> 	<p>7. Michael Jackson</p> <p>41,557,728</p> 	<p>8. Shakira</p> <p>41,109,665</p> 	<p>9. Family Guy</p> <p>38,543,871</p> 	<p>10. Justin Bieber</p> <p>36,690,985</p> 

Ha kíváncsiak vagyunk a további helyzettekre:

11. **Harry Potter** – 35,671,699, 12. **Katy Perry** – 35,636,341, 13. **Linkin Park** – 35,393,553, 14. **The Simpsons** – 35,382,429, 15. **Cristiano Ronaldo** – 35,016,634, 16. **Coca-Cola** – 34,714,743, 17. **South Park** – 34,329,509, 18. **Lil Wayne** – 31,878,344, 19. **Bob Marley** – 31,737,524, 20. **AKON** – 31,301,325, 21. **Disney** – 28,914,893, 22. **Megan Fox** – 28,851,053, 23. **Music** – 28,774,416, 24. **Beyoncé** – 28,585,631, 25. **MTV** – 28,338,730

Kik a magyar rekorderek?¹¹⁰

1. ExtremSilver (ékszerportál) 952 .000, ..

4. Túró Rudi 660.000,...

7. Love.hu 571.000

9. Szeretem az anyukámat 543.000,...

10. Minden ami poén 538.000,

12. Mekizni jó 529.000,

13. Norbi Update 501.000...

15. I love Magyarország 469.000

24. I love csokoládé 380.000,

39. Mozogj.com 341.000

Felmerülhet a gyanú, hogy az első helyezettre nem kizárólag természetes személyek szavaztak....

Mindenesetre ne legyenek illúzióink, a legtöbb like-ot javarészt a fiatalokat foglalkoztató és szórakoztató dolgok kapják. Van azonban remény arra is, hogy az oldalon jelen lévő középkorúnak mondható korosztály bár kisebb intenzitással, de mégis terjeszt hasznos információt is.

10.8.2. Videomegosztók

Az elmúlt évek technikai fejlődése mindennapivá és a szó szoros értelmében kézenfekvővé tette a videó készítést. Az elkészült videók videomegosztó oldalakra kerülnek és Facebook hivatkozásokat kapnak. A kérdés az, amit az alábbi cikk is feltesz:

„Használható-e egészségmarketingre a videó?¹¹¹

Az Indianai Egyetemen dolgozó szerzők – Edgar Huang, Davide Bolchini és Josette F. Jones – azt szeretnék feltárni, hogy a fogyasztók hogyan használják a kórházak internetes oldalain található, egészségmegőrzéssel kapcsolatos videókat.

¹¹⁰ http://www.facebook.com/feszbuker?ref=stream#!/feszbuker/app_124237194297429

¹¹¹ http://www.medicalonline.hu/cikk_print/hasznalható_e_egeszsegmarketingre_a_video_

Az International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing cikke – Users' consumption of healthcare videos on hospital web sites- megállapítja: bár az elmúlt fél évtizedben a kórházak egyre inkább használják az új médiát **marketingeszközként**, alig van olyan kutatás, amely feltárná ennek hatékonyságát.

Az International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing jelen cikke egy kis létszámú kutatás eredményeiről számol be: 30 különböző korú felhasználót kérdeztek ki kérdőívek segítségével.

Az derült ki, hogy a páciensek **nem nézik a kórházak weboldalának videóit**, mert úgy vélik, azok túl általános, haszontalan információkat közvetítenek, nem releváns és személyre szabott tudást. Mindazonáltal a válaszadók zöme úgy nyilatkozott, hogy **szívesen informálódna videók segítségével, ha azok jobb minőségűek lennének**. A szerzők azt a következtetést is levonják, hogy az orvosoknak bátorítani kell a betegeket: használják bátran a kórház internetes oldalát, miközben egészségügyi információt keresnek. Dr. Kazai Anita „

Úgy vélem, hogy 30 felhasználó kikérdezése nem a legadekvátabb módszer a kórházi videók nézettségének megállapítására. Talán jobb lenne a kórházi web oldalak web statisztikáit elemezni ebből a szempontból. A YouTube számtalan nagy nézettségű orvosi témájú videót tartalmaz. Ezek egy része kórházi kutatók által készített, valóban szakmainak mondható anyag. Ugyanakkor számtalan közérthető és hasznos felvétel is az érdeklődők rendelkezésére áll. Ebből kiindulva és a trendet is alapul véve, úgy gondolom, hogy a videó felvételek a szív és érrendszeri prevenció egyik leghasznosabb információ hordozó-közvetítő médiái lehetnek a jövőben.

10.8.3. Mobil alkalmazások

Több szakaszban utaltunk már az internetes megoldások egészségügyi alkalmazására. Ezek az alkalmazások az új generációs mobiltelefonokon is elérhetőek. Az alábbi cikk jó áttekintést ad a mai helyzetről, ezért teljes terjedelmében veszem át.

„Előre törnek az egészségügyi mobil alkalmazások”¹¹²

Mobilon érkező online orvosi konzultáció, drót nélkül elérhető kórtörténet és vizit- emlékeztető? Ez lenne a (közel)jövő? Az egészségügy számára fejlesztett mobil alkalmazások

¹¹² http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/elore_tornek_az_egeszsegugyi_mobil_alkalmazasok

egyre nagyobb számban elérhetőek, de a gyors fejlődésnek számos gátja van, figyelmeztet a PwC nemzetközi kutatása.¹¹³

Az mHealth-nek nevezett szolgáltatások előretörése a PwC kutatása szerint azokban az országokban várható, ahol az egészségügyi ellátás kevésbé fejlett. A mobil alkalmazások nem gyógyszerek, nem a gyógyulásban, hanem az ellátás módjában hozhatnak változást. Magyarországon azért lehet potenciál az ezekben a szolgáltatásokban, mert az egészségügy jelenlegi helyzetén viszonylag kis ráfordítással tudnának javítani.

A várakozások máris óriásiak az egészségügyi mobil applikációk iránt, a PwC nemzetközi felmérésében résztvevők több mint fele (52%) fejezte ki meggyőződését, hogy az új alkalmazások kényelmesebbé, költségkímélőbbé és színvonalasabbá teszik a következő három év során az egészségügyi ellátást. Az orvosok és a finanszírozói kör hatoda vélte úgy, hogy az eszközök széleskörű térnyerése elkerülhetetlennek látszik a közeljövőben. A szakértők szerint bizonyos, hogy az mHealth szolgáltatások, így például a konzíliumok, távmegfigyelő monitorok, online konzultációk, drót nélkül elérhető kórtörténet adatbázisok, vizit-émlekedtetők, az ellátás igen fontos részét képezik majd, abban viszont már kételyeiknek adtak hangot, hogy a változások mennyire gyorsan mehetnek végbe az egészségügyben.

„A mobil alkalmazások az egészségügyi rendszerre való hatásának mértékét nagyban befolyásolja majd, hogy a finanszírozók hogyan állnak hozzá az mHealth technológiák fejlesztéséhez és alkalmazásához. Magyarországon azért lehet potenciál ezekben a szolgáltatásokban, mert az egészségügy jelenlegi helyzetén viszonylag kis ráfordítással tudnának javítani. Azokban az országokban, ahol egyébként is magas az ellátás színvonala, tudatosak a betegek, nem számít akkora forradalomnak az ilyen típusú szolgáltatások bevezetése – véli Barsi Éva, a PwC Magyarország cégtársa.

Az orvosok bizonytalanok

Az új technológia önmagában ugyanis sokszor nem elégséges; a PwC tanulmánya szerint az egészségügyben erős az ellenállás a technológiai változások iránt, az adaptáció kifejezetten lassú ezen a területen. A PwC felmérése szerint az orvosok mindössze negyede (27%)

¹¹³ http://www.pwc.com/hu/hu/gyogyszeripar/assets/emerging_mhealth.pdf

bátorította a betegeket mHealth típusú alkalmazások használatára, míg több mint tizedük (13%) kifejezetten és aktívan ellenezte ezt. Az orvosok közel fele (42%) érzi aggasztónak a felmérés szerint, hogy ezek az eszközök növelik a betegek függetlenségét.

Érdekes, hogy a generációs különbségek ezúttal másképp hatnak: a technológiától általában kevésbé idegenkedő fiatal korosztály jobban aggódik a betegek nagyobb önállósága miatt, mint az idősebb, régebb óta praktizáló orvosok. A betegek több kényelmet, egyúttal nagyobb önállóságot szeretnének az egészségügyi ellátásban. Az orvosok örömmel fogadják, hogy magasabb szintű ellátást képesek biztosítani párhuzamosan azzal, hogy számos adminisztrációs tehertől megszabadulnak, de azt már kevésbé üdvözik, hogy kisebb a befolyásuk és a tekintélyük a betegek felett a közjük és a beteg közé ékelődő mobil alkalmazások miatt.

A PwC kutatása arra is rámutat, hogy a finanszírozók (akár állami, akár magántőkéről van szó) inkább a betegek szempontjait hajlamosak magukévá tenni az mHealth ügyében. Ők ugyanis inkább érdekeltek a minél költségkímélőbb, megelőző jellegű ellátási szolgáltatásban, semmint a jóval költségesebb gyógyszeres kezelésben, és méregdrága egészségügyi berendezések bevonásában.

Globális lehetőségek

A PwC kutatásának egyik figyelemre méltó következtetése, hogy a technológiai fejlettségben meglévő drámai különbségek ellenére az mHealth típusú szolgáltatások fejlődésének esélyei jóval nagyobbak a fejlődő országokban, mint a legfejlettebb társadalmakban. A betegek, az orvosok és a finanszírozók is nagyobb nyitottsággal fogadják az új applikációkat. A számottevően nagyobb befogadási hajlandóság oka lehet, hogy ezekben az országokban a jelenleg meglévő egészségügyi ellátórendszer annyira hiányos és elmaradott, hogy az egészségügy érintettjei – kevesebb alternatívával rendelkezve – örömmel vesznek minden viszonylag olcsón életbe léptethető újítást. Jellemző adat, hogy magát az mHealth kifejezést a fejlődő országokból résztvevő betegek jóval nagyobb része (61%) ismerte, mint a fejlett országokból válaszolók (itt mindössze 37%-nak csengett ismerősen a kifejezés).

Finanszírozás és megtérülés

Az innovációs terület érdekei is sérülhetnek azáltal, hogy az mHealth alkalmazások a gyógyszerek és új berendezésekkel szemben jobban középpontba helyezik magukat a betegeket és a megelőzést. Az innováció amúgy is igen költséges és lassú folyamat az egészségügyben, az új technológia vívmányokat pedig csak nehézkesen tudják követni a személyes adatok védelmét és más biztonsági szempontokat érvényesítő jogi szabályozások, így ez ugyancsak korlátokat jelent az mHealth megoldások gyors elterjedésében. A technológiai akadályokat gyarapítja, hogy az egyes megoldások technikai együttműködése (interoperabilitása) sokszor nem megoldott, a megoldások nem egymással összehangolva, hanem szigetszerűen működnek, ami bonyolulttá, vagy épp egyenesen lehetetlenné teszi egy átfogó mHealth rendszer kialakítását.

A finanszírozás tekintetében kulcskérdés, hogy mind a betegek, mind a finanszírozók megoldásokat várnak a fejlesztőktől; magyarán nem az új eszközök kifejlesztése az irányadó, hanem a meglévő problémákra adott válaszok, olyan működő programok, amelyek valós folyamatbeli hiányosságokat iktatnak ki. A betegek árérzékenyek, csak a megfizethető, praktikus megoldásokért adnak ki szívesen pénzt, a finanszírozók pedig a betegekhez hasonlóan csak olyan fejlesztéseket támogatnak, ahol racionális megtérülés várható. Ebben a megközelítésben tehát a technológia csupán eszköz, de a célirányos megoldás-fejlesztés a fontosabb aspektus.

Az orvosok és a finanszírozók kétharmada (64%) úgy látja, hogy noha valószínűleg óriási potenciál van az mHealth megoldásokban, egyelőre nincsen meggyőző üzleti modell a tényleges megtérülésekre. Ameddig pedig ez a modell hiányzik, nem várható a fejlődés felgyorsulása – derül ki a PwC nemzetközi kutatásából.

A kutatásról

A kutatás elkészítéséhez a PwC szakértői az Economist Intelligence Unittal összefogva tíz országban két felmérést is végeztek. A résztvevő országok Brazília, Kína, Dánia, Németország, India, Dél-Afrika, Spanyolország, Törökország, Nagy-Britannia, valamint az Egyesült Államok voltak. Az első felmérésben 1027 beteget kérdeztek meg az egészségügyi mobil alkalmazások használhatóságával kapcsolatban. A kör összetétele reprezentatívan képviselte a betegeket

életkor, iskolázottság és általános egészségügyi állapot tekintetében. A második felmérésben 433 orvos, és a finanszírozói oldalt képviselő 345 vezető vett részt. Az orvosok mintegy fele-fele arányban képviselték az állami és az egészségügyi magánszektor. A csoport mintegy kétharmada (67%) nagyvárosi környezetben dolgozott, negyedük kisvárosban működő orvos, egytizedük pedig falusi környezetben látta el feladatát. A kutatás során továbbá húsz mélyinterjú is készült az egészségügyi szolgáltatók és finanszírozók kiemelt irányítóival, technológiai és telekommunikációs vállalatok vezetőivel, valamint a témában jártas tudósokkal, agytrösztök képviselőivel, és civil szervezetek szakértőivel.

Az mHealth fogalmáról

A tanulmányban olyan szolgáltatásokat jelöl az mHealth fogalma, amelyek dedikáltan egészségügyi ellátással, vagy egészséggel kapcsolatos információk átadásával foglalkoznak mobiltelefonokon, vagy más vezeték nélküli, mobil készülékeken keresztül. A mobil applikációk közé tartozhatnak például videó-konferenciák, konzíliumok, távmegfigyelő monitorok, online konzultációk, drótnélkül elérhető kórtörténet adatbázisok, mobil betegnyilvántartás, vizit-émlekeztetők, stb.

Az mHealth témakörébe számos érdekelt fél beletartozik. Érdekeltek benne a betegek és a betegjogi képviselők, az egészségügyi ellátórendszer munkatársai (orvosok, nővérek, stb.), az egészségügyi ellátást biztosító intézmények (kórházak, rendelők, magánklinikák, stb.), a finanszírozói oldal képviselői, gyógyszerészeti cégek, egészségügyi berendezéseket gyártó vállalkozások, technológiai- és szoftverfejlesztő vállalatok, telekommunikációs szolgáltatók, civil szervezetek, szabályozó testületek, kormányzati szervek, stb.

mHealth szolgáltatások Magyarországon

Van olyan hazai egészségpénztár, amely saját iPhone alkalmazás fejlesztésével tette könnyebbé tagjai számára az információkérést és adatforgalmat. Magyar vonatkozású alkalmazás például a Laborlet kisokos, amelynek segítségével a laikus páciens tájékozódhat bővebben a labortól kapott eredményeiről, vagy az Elsősegély elnevezésű „app”, amely interaktív tájékoztatóban nyújtja az elsősegélynyújtással kapcsolatos legfontosabb tudnivalókat. A MOHAnet egyik terméke, a Vario Medcare 4in1, amely négy felhasználóbarát szolgáltatást tartalmaz a személyfelügyelet és az orvosi szolgáltatások biztosítására.”

10.9. Következtetések

Ezt a rendkívül terjedelmes fejezet már röviden is összegezhető. Megvizsgáltuk a marketing kommunikáció számos eszközét abból a szempontból, hogy melyekkel lehet hatékonyan eljuttatni a kiválasztott célcsoporthoz preventációs üzenetet, majd ösztönözni annak „megvásárlására”, azaz az egyéni rizikó meghatározására és az abból következő életmód programok következetes végrehajtására. Nem feledkezve meg azokról akik még számítógéppel sem rendelkeznek, mégis a reálisan meggyőzhető korai elfogadókra koncentrálna elsősorban az internet alapú módszereket tartjuk követendőnek. Ezek közül is nagy potenciált látunk a szociális médiában, tehát egy preventációs modellnél ezeket az eszközöket gondoljuk elsősorban alkalmazni.

11. Preventációs modell

8. Tézis: A dolgozatban feldolgozott témakörök tapasztalatainak összegzése lehetővé teszi egy olyan innovatív preventációs modell kialakítását, amely a pácienseknek segít megválni a sok év alatt rögzült káros életviteltől és saját elhatározásukon alapuló életmódváltáson keresztül egészségesebb és hosszabb életet biztosít számukra.

A következőkben ismertetésre kerül egy olyan szív és érrendszeri preventációt támogató modell, amely a korábbi fejezetek konklúzióit figyelembe véve került megtervezésre.

Alapja az egyéni rizikó új paraméterek mérésére alapozott meghatározása és az ebből eredő életviteli tanácsok kommunikálása. A tapasztalat alapján az egyéni rizikóval szembesített páciens terápia követése jobb, mint a csak statisztikai adatokkal alátámasztott kockázatbecslő módszerek alkalmazása esetén.

A komplex műszeres vizsgálaton túl B2C és B2B kommunikációs csomagok is készültek, amelyek tartalmaznak nyomtatott anyagokat is, de nagyobb mélységben lakosságnak szóló és külön orvosoknak készített web oldalak szolgálnak bővebb információval.

A program elengedhetetlen része az orvosok többlépcsős képzését biztosító rendszer, amely a webináros alapképzést, és az azt követő élő elméleti és gyakorlati képzést tartalmazza.

11.1. Paradigmaváltás szükséges a prevencióban

Korunk pestise: a nem fertőző betegségek

A WHO szerint a „nem fertőző betegségek”, mint a szív- és érrendszeri betegségek, a rák, a cukorbetegség és a súlyos légzőszervi betegség, a COPD világméretű és egyre növekvő problémát jelentenek. Világszinten évente az 57 millióból 36 millió haláleset tulajdonítható ezeknek a betegségeknek és ezek közül is 9 millió ember hatvan éves kora előtt hal meg.

A problémát 2011 szeptemberében az ENSZ közgyűlése is tárgyalta és felhívta a tagállamokat a megelőzést célzó cselekvési programok véghezvitelére. Az Európai Parlament hasonló tartalmú állásfoglalással csatlakozott a határozathoz. Támogatták a WHO célkitűzését, 2025-re a nem fertőző betegségek által okozott megelőzhető halálozás 25%-os csökkentését a 2010-es bázishoz képest. Rámutattak, hogy jelenleg az egészségügyi kiadásoknak csak 3%-át fordítják megelőzésre és ezzel összefüggésben *sürgetik a megelőzést célzó kutatásokat és megfelelő prevenciók stratégiák kidolgozását.*

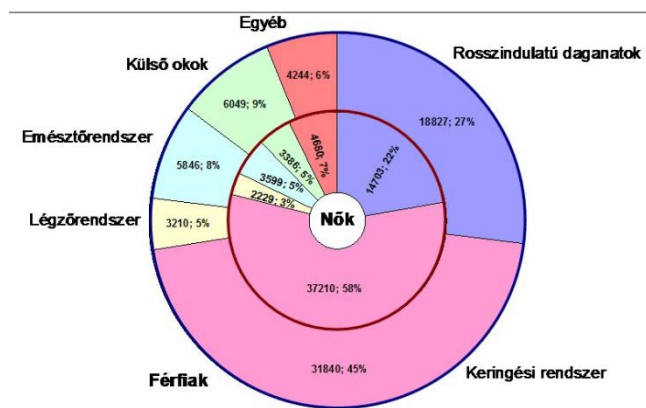
A WHO így ír a magyar egészségügy legfontosabb tényezőiről

„A halálozással, megbetegedéssel és rokkantsággal kapcsolatos országos adatok alapján joggal feltételezhető, hogy a megelőzés és a krónikus állapotok kezelése sokkal megfelelőbben is működhetne Magyarországon és folyamatos politikai elkötelezettséget igényelne.

A népegészségügyi rendszer inkább a fertőző betegségek megelőzésére szolgál, a nem fertőző betegségek monitorozása és ellenőrzése súlyosan fejletlen. Az uniós átlaggal összehasonlítva a magyar népesség idő előtti halálozása kétszer nagyobb a férfiak és 1,7 szer nagyobb a nők tekintetében.”

Józan Péter tanulmányából a magyar helyzetet jellemző fontos adatsort érdemes átgondolni: A magyarországi koszorúér-betegségből eredő halálozás az uniós átlag 250%-a, a stroke halálozás pedig 158%-a. Talán a kiemelt figyelemnek és jó kommunikációnak köszönhető, hogy a mellrákból eredő halálozás „csak” 9%-al haladja meg az uniós átlagot.

A magyarországi halálozás jellemzői



Az European Cardiovascular Disease Statistics Magyarország tekintetében 752 millió euró közvetlen egészségügyi, 487 millió euró halálozás miatti, 86 millió euró krónikus betegség miatt kieső teljesítményt és 353 millió euró társadalmi ápolási költséget állapít meg. Ez mindösszesen évi 1678 millió euró,

azaz 503 milliárd forint költséget, illetve veszteséget jelent csak a szív- és érrendszeri betegségek vonatkozásában.

Szíverősítő

Szív és Érrendszeri Egészségfejlesztő Program®

11.2. A Szíverősítő® Program bemutatása

A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program az eddigi legnagyobb szabású szív- és érrendszeri betegségeket megelőző magánkezdemenyezés. A program mind időtartamában, mind a befektetett eszközök és erőforrások tekintetében messze túlszárnyalja a Magyarországon eddig lebonyolított ilyen jellegű akciókat, a Szíverősítő kommunikációs kampány pedig frekvenciájában és eszközrendszerével a legnagyobb és a legkiegyensúlyozottabban finanszírozott CV prevenciót kommunikáló akciók folyamata.

A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program módszertanát az egyénre szabott rizikóbecslésre alapozza és kommunikációjával az egyén aktív közreműködését kívánja elérni kardiovaszkuláris egészségének megőrzése céljából. A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program és kommunikációja a még egészségesek megszólításával, pozitív megközelítéssel éri el a kitűzött célokat, a betegségek és következményeik helyett a kardiovaszkuláris egészséget és megőrzését helyezi előtérbe, felelős gondolkodású közösséget épít. A Medexpert Kft. által elindított Szíverősítő Szív és Érrendszeri Egészségfejlesztő Program a vállalkozás Társadalmi Felelősségvállalási programja.

A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program a lakosság, az egészségügyi szolgáltatók és az egészségpolitika számára fejlesztett modulokat tartalmaz, melyek a Semmelweis Terv által is szorgalmazott paradigma-váltó koncepción alapulnak.



Tájékoztató anyagok



Webes Információ a rizikóról



Mérési lehetőség



Életmód tanácsok



Közösségi oldalak, web, események



Képzés



Eszközök



Bérleti lehetőség



Kommunikációs támogatás



Kutatási lehetőség



Belföldi és külföldi PR lehetősége

A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program nyitott az egész társadalom számára és kifejezett célja a szakmai illetve civil csoportokkal való szoros együttműködés és a tapasztalatok megosztásán keresztül az egészségfejlesztést szolgáló módszerek folyamatos továbbfejlesztése, valamint hazai és külföldi elterjesztése is.



Tájékoztató anyagok

A lakosság nem kellően tájékozott a szív és érrendszeri kockázati tényezőket illetően. Közérthető nyomtatott anyagok, tesztprogramok segítik a tájékozódást és az egészségnevelő aktivisták munkáját.

Szíverősítő Teszt/Rizikóteszt/Egészségteszt

A kampány gyújtópontját egy, az egyénre vonatkozó kardiovaszkuláris rizikót megbecslő webes alkalmazás, a Szíverősítő Rizikóteszt képezi. A rizikóbecslő teszt megjelenésében és tartalmában a kampány legfontosabb elemét képezi, amelynek elemei visszaköszönek az egyéb megjelenéseken. Az alkalmazás és ennek kommunikációja a Medexpert Arteriográf egyik legfontosabb hozzáadott értékeként funkcionál.

Szíverősítő Egészségteszt
KÉRDÉSEK 1-4: SZEMÉLYES ADATOK

Mikor születettél?
1981

Lakhelyed
Irányítószám vagy város

Nemzed
 Nő Férfi

Beléptél már a változó korba?
 Igen Nem Nem tudom/nincs válasz

A menstruáció megszűnése után fokozottan ügyelni kell az erek és a csontozat egészségére!

Email címed:
@

VISSZA 5/9 TOVÁBB

Szíverősítő Egészségteszt
KÉRDÉSEK 29-32: ARTÉRIÁS ÉLETKOR ÉS FUNKCIÓ

Voltál az elmúlt egy évben Arteriográf vizsgálaton?
 Igen Nem Nem tudom/nincs válasz

Mennyi a pulzushullám-terjedési sebességed?
m/s 90 210 Nem tudom/nincs válasz

Mennyi az augmentációs indexed?
% 90 210 Nem tudom/nincs válasz

Mennyi a centrális vérnyomásod?
Hgmm 90 210 Nem tudom/nincs válasz

Mennyi a centrális pulzusnyomásod?
23.5 Hgmm
A centrális pulzusnyomás a szívközeli nyomásingadozás nagyságát írja le.

Artériás életkorod
23.5 év
Az artériás életkor a lakosság átlagához viszonyítva határozza meg, hogy érrendszerünk fiatalabb vagy öregebb-e, mint a biológiai életkorunk.

VISSZA 6/9 TOVÁBB

POS megjelenések

A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program és támogató kommunikáció „Point of Sale” megjelenései. A rendszerben működő Arteriográfok lakossági kommunikációját szolgáló plakátok, brosrák, szóróanyagok kihelyezését jelenti. Arculatukban és tartalmukban szigorúan koherens egységet képeznek a sziverosito.hu-n megjelenített anyagokkal.



Webes információ a rizikóról

A sziverosito.hu oldal a legutóbbi evidenciák alapján közérthetően mutatja be a szív és érrendszeri kockázati tényezőket. Ugyanitt lehetőség van az egyéni rizikó meghatározására is egy interaktív program használatával. Az alapinformációt számos érdekes cikk és hír egészíti ki.

A www.sziverosito.hu a Szíverősítő Szív és Érrendszeri Egészségfejlesztő Program internetes kampányoldala. Ennek felületén, három fő menüpont struktúrájába rendezve található:

Szívügyek a nagyvilágból

A blogszerkezetben folyamatosan frissített tartalom különböző, a szív és érrendszeri megbetegedésekkel és betegség megelőzéssel kapcsolatos információkat tesz elérhetővé. A blog a világháló eme témával kapcsolatos tartalmát gyűjti össze és teszi elérhetővé címkézett formában. A blog szerkesztett tartalma a közösségi média puffereként is szolgál.

A mi szívügyünk

A menüpont alatt található a Szíverősítő Egészségfejlesztő Program, a B2C (lakosságot célzó) kommunikációs szegmensre vonatkozó teljes tartalma. Az almenüpontokban fellelhető tartalom a program céljától egészen az egyéni rizikó meghatározás módjáig mindent bemutat.

A te szívügyed

A kampány gyűjtőpontjaként funkcionáló beágyazott internetes alkalmazás, amely az egyéni rizikóbecslést teszi lehetővé. A látogató mindenféle előképzettség nélkül is személyre szabott tájékoztató értékeket kap kardiovaszkuláris egészségi állapotáról, melynek pontossága függ a látogató által megadott paraméterek pontosságától és teljességétől. Az itt elérhető alkalmazás a teszt B2C (lakosság számára kialakított) változata, amely felhívja a figyelmet a szűrővizsgálat és a rendszeres állapotfelmérés fontosságára.

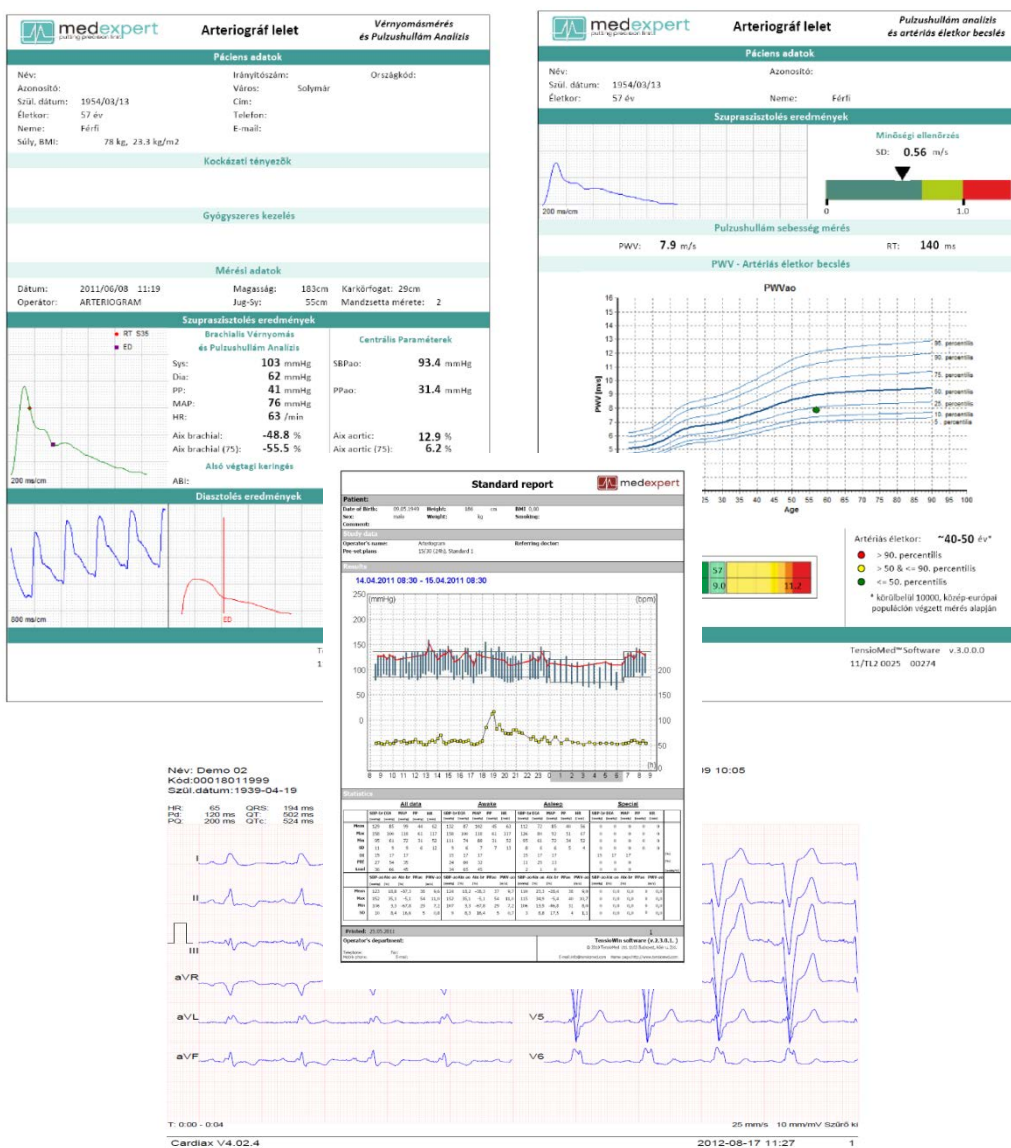




Mérési lehetőség

A rendszerben akkreditált intézmények végezhetik el a páciensek műszeres vizsgálatát a CV rizikó pontosabb meghatározása céljából

Kutatások igazolták, hogy a hagyományos, statisztikai adatokon alapuló rizikóbecslést (SCORE) az érfali merevséget jellemző paraméterekkel kiegészítve pontosabb egyéni kockázat határozható meg, amely ismerete jobb páciens együttműködést is eredményezhet. A programban javasolt az Arteriográffal és EKG modullal végzett komplex vizsgálat, amely az anamnézissel és laboratóriumi adatokkal kiegészítve a ma elérhető legátfogóbb kockázat felmérést tesz lehetővé.



Egyedülálló alkalmazás a centrális vérnyomás és érfali merevséget jellemző paraméterek 24 órás vizsgálata, amelyet a magasabb rizikó csoportba sorolt pácienseken célszerű elvégezni.



Életmód tanácsok

A szív és érrendszeri rizikót befolyásoló tényezőkkel kapcsolatban bőséges nyomtatott és elektronikus információ áll rendelkezésre az egészségesebb életmód kedvező hatásainak alátámasztására.

Célszerű az életmód tanácsokat a rizikó tényezőkkel összefüggésben ismertetni. Vannak nem befolyásolható kockázati tényezők, mint az életkor, a nem, vagy a genetikai háttér, de ezek is figyelembe veendők a helyes életmód kialakításánál.



A családban előfordult betegségeket figyelembe kell venni a helyes életmód kialakításánál.



A kockázati tényezők egy csoportja, többnyire már kialakult betegségek formájában orvosi vizsgálatok alapján kerülhet megállapításra. Az életmódváltás ebben az esetben több, mint kívánatos.



A legtöbb szív és érrendszeri problémát a dohányzás, alkoholfogyasztás, cukorbetegség, magas vérnyomás és az elhízás okozza. Ezek hatásai a káros szokások elhagyásával mérsékelhetőek, legtöbb esetben javulás is elérhető.



A táplálkozás, élvezeti cikkek fogyasztása, a testmozgás, a stressz nagymértékben befolyásolja a szív és érrendszeri állapotunkat is. Nem közzismert az a tény, hogy a szájhigiénia



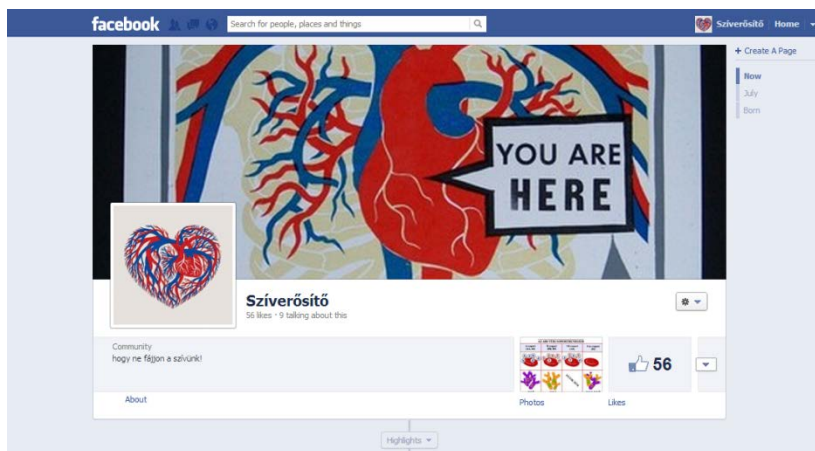
elhanyagolásával kialakuló ínsorvadás a folyamatos gyulladós állapoton keresztül okoz szív és érrendszeri problémákat.

Közösségi oldalak, web, események

A szív és érrendszeri prevenciót, egészségfejlesztést szolgáló hasznos információ terjesztésére közösségi oldalt üzemeltetünk, média-megjelenéseket és eseményeket szervezünk.

A folyamatos kampány során egyedi, újszerű kommunikációs eszközöket is alkalmazunk, hatékony BTL akciókat szervezünk, folyamatos impulzust generálva ezzel a sajtó és a célközönség számára.

A www.facebook.com/sziverosito a program közösségi média oldala, ahol a kampány céljainak megfelelően megosztható a sziverosito.hu/Szívügyek a nagyvilágból blog tartalma. Ezzel biztosítható az átjárhatóság és interoperabilitás a legnagyobb közösségi oldal és a kampány internetes oldala között.





Képzés

A szív és érrendszeri rizikó megállapításához új módszerek állnak rendelkezésre, amelyek használatát rendszeres képzésekkel támogatjuk. Az ismeretek mélyítését többszintű tanfolyam, elektronikus és nyomtatott anyagok biztosítják.

Első modul: Internetes képzés (webinárium)

Az internetes képzés két választható időpontban történő kötelező megtekintését jelenti a



Pályázók számára otthonából/munkahelyéről stb. A képzési modul interaktív, a Pályázóknak Internetes alapú konzultációs lehetőséget biztosítunk az előadás közben és azt követően. A képzési modul része a kötelezően kitöltendő ellenőrző/oktató kérdéssor, amely feltétele a gyakorlati képzésen való részvételnek.

Második modul: Gyakorlati képzés

Az elméleti ismétlést követően a módszer szakmai háttérével, a vizsgálat pontos metodikájával, esettanulmányokkal, a műszer gyakorlati alkalmazásával, a működtetést biztosító informatikai rendszerrel ismerkednek meg a nyertes Pályázók. A képzés részeként ismertetjük a kommunikációs támogatás részleteit, a biztosított anyagok használatával kapcsolatos információkat, valamint a



kommunikációval és a betegtájékoztatással kapcsolatos együttműködési kötelezettségeket.

A gyakorlati képzésen a Pályázók részéről a vizsgáló orvos(ok) és asszisztens(ek) kötelezően vesznek részt, a képzési modul során gyakorlásra is lehetőséget biztosítunk. A képzés során elsajátított ismeretek ellenőrzése és ismétlése internetes alapú kérdéssor kitöltésével történik.

A gépek kihelyezését megelőző oktatás és szakmai kommunikáció nem csak az Arteriográf használatáról, a mérési eredmények értékeléséről, hanem a Szíverősítő Egészségfejlesztő Program edukációjáról is szól. A www.arteriograf.hu a Szíverősítő Egészségfejlesztő Program szakmai tudásbázisa. Az eddig publikált tartalom mellett új főmenüpontban a Szíverősítő Program is felületet nyer, ahol az „egészségügyi szolgáltatók” kommunikációs szegmens igényeinek megfelelően a program teljes módszertana elérhető.



Eszközök

Az érlemeszesedés korai és előrehaladott fázisát egyedi vagy 24 órás non-invazív mérésrel állapíthatjuk meg. EKG modullal való kiegészítéssel, egyedi programmal végtagi elvezetésekkel is megállapítható a veszélyes pitvarfibrilláció.

A magyar kormány által meghirdetett első Széchenyi Terv támogatásával, 2004-ben született meg több tudományos kutatócsoport közös munkája eredményeképpen az Arteriográf. A világszabadalommal védett módszer pontosságát invazív vizsgálat is igazolta. Fontos szempont, hogy a vizsgálat fájdalommentes, az asszisztens által is elvégezhető és nem igényel speciális rendelői környezetet. A mért adatok elektronikusan továbbíthatók, adatbázisban kezelhetők, e-Health alkalmazásokban felhasználhatóak. A nyomtatott lelet számos adatot mutat be közérthető formában.

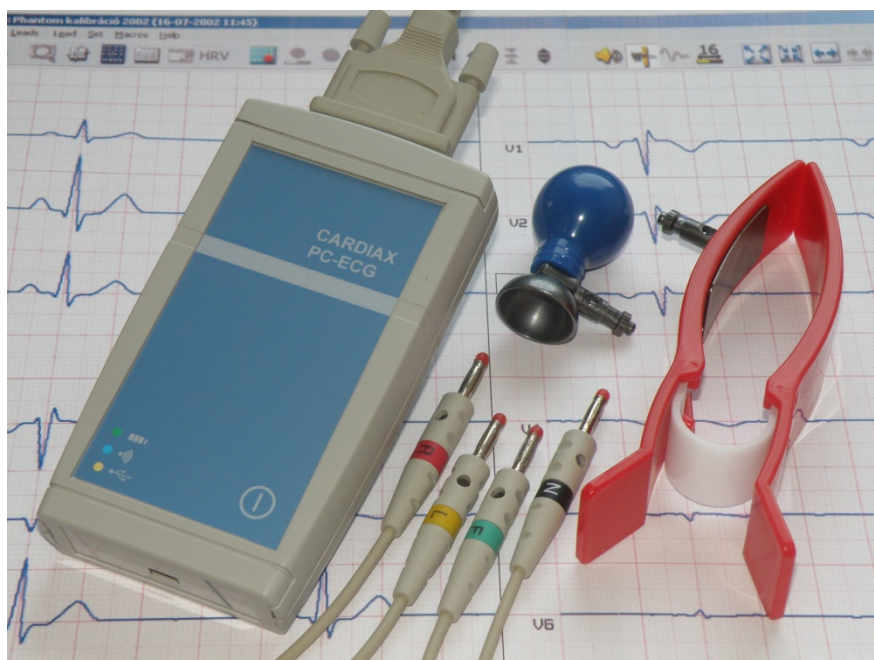


Az **Arteriográf** a Szíverősítő Egészségfejlesztő Program fontos szakmai eleme. A bérleti konstrukcióban kihelyezett készülékek által mért paraméterek az egyénre szabott rizikómeghatározást támogatják. A vizsgálat elvégzésével egészítve ki a páciensek demográfiai, laboratóriumi, életviteli adatait, egyéni CV rizikója pontosabban határozható meg. A mért paraméterek jelentése elmagyarázható és adekvát tanácsokkal az életvitel megváltoztatása kiváltható. A mért adatok természetesen kiválóan használhatók a szekunder prevencióban is az alkalmazott terápia hatékonyságának ellenőrzésére és a páciens állapotának folyamatos követésére.





Az Arteriográf nem egyetlen eszköze a Szíverősítő Egészségfejlesztő Programnak. A rendszer elemét képezi a szintén magyar fejlesztésű **EKG modul** és annak kezelő programja, amelyet a pitvarfibrilláció négy elvezetésből történő megállapítására is felkészítettek.



A legutóbbi fejlesztések lehetővé teszik a felkari és centrális vérnyomás mellett az érfal rugalmasságát jelző paraméterek 24 órás vizsgálatát is. A pontosabb diagnosztikát, vagy a terápia követését támogató teljes termékvonal az **Arterialcare** portfólió áll az azt alkalmazni kívánók rendelkezésére.





Bérleti lehetőség

Sok intézménynél okoz gondot az eszközök megvásárlása., míg esetleg rendelkeznek forrásokkal a szűrési és egészségfejlesztési programok megvalósítására. Ilyen intézmények számára pályázati úton tesszük lehetővé a készülékek használatát az elvégzett mérések utáni térítés ellenében.



A pályázat keretében, a mérésszám-alapú bérleti konstrukcióban folyamatosan elnyerhető készülékeket a Medexpert olyan hozzáadott értékkel ruházta fel, amely egyedülálló módszertant, és a páciensek tájékoztatását, meggyőzését szolgáló kommunikációs támogatást biztosít a program keretében üzemeltett műszerekhez.

A pályázatban meghatározzuk a leendő üzemeltetők által működtetett vállalkozásra, a szolgáltatás helyszínére, a földrajzi elhelyezkedésre, valamint az orvosi felkészültségre vonatkozó elvárásokat annak érdekében, hogy minél pontosabban meg lehessen ítélni a hatékony üzemeltetés lehetőségeit. A pályázat során a pályázók kifejtendő feladatot is kapnak, amely a működtetésre vonatkozó alkalmasság megítélését szolgálja. A készülékeket kizárólag olyan pályázó üzemeltetheti, aki rendelkezik legalább egy, minimum általános orvosi végzettséggel rendelkező szakértővel, aki a méréseket ténylegesen végzi.

Az üzemeltetőnek vállalást kell tennie meghatározott számú havi mérés teljesítésére. A szerződő üzemeltető mérésenként bérleti díjat fizet. Az üzemeltetőknek az üzemeltetés során is rendszeresen képzésen kell részt venniük, amely során a Medexpert felfrissíti a készülék használatával kapcsolatos információt (szakmai képzés), valamint ismerteti az üzemeltetéssel és a kommunikációval kapcsolatos egyéb feladatokat, kötelezettségeket, lehetőségeket. A folyamatos képzéseket és az információ-áramlást a rendszer internetes felülettel támogatja, amelyet az üzemeltető saját, személyre szabott belépési csatornán és felületen érhet el.

A Medexpert jelentős kommunikációs támogatást nyújt az üzemeltető tevékenységéhez. POS- és nyomdai anyagokat biztosít a komplex vizsgálatok mérés-helyi kommunikációjához, folyamatos országos szintű pr-, illetve regionális hirdetési aktivitást bonyolít le a szolgáltatás és az üzemeltető teljesítésének elősegítése érdekében. Egyben elvárja, hogy a rendelkezésre bocsátott anyagok és lehetőségek használatával az üzemeltető hatékony kommunikációt folytasson a szív- és érrendszeri prevenció és egészségfejlesztés népszerűsítésére.



Kommunikációs támogatás

Folyamatos média-tájékoztatással és rendelőkben használható tájékoztató anyagokkal tartjuk fenn a lakosság érdeklődését a Szíverősítő Egészségfejlesztő

Programban való részvétel és a mérési helyek felkeresése iránt.

A Medexpert az Arteriográf készülékekre alapozott Szíverősítő Egészségfejlesztő rogramnak a következő kommunikációt biztosítja.



A Bevezető (B2B) kampányszakasz során, a pályázat kiírását követően az Arteriográf készülékek bérleti konstrukciójának megismertetése a szaksajtón keresztül a **szakmai célcsoporttal**.

Eszközök: A szakmai célcsoport számára sajtónyilvános eseményt szervezünk, majd sajtóközleményeket juttatunk el a szakmai orgánumokhoz.

Véleményvezéreket és szakmai támogatókat kérünk fel, közreműködésükkel folyamatos pr megjelenéseket generálunk. A lehetséges pályázók figyelmét direkt marketing eszközökkel is felhívjuk a prevenció program lehetőségeire.

A Projektindító, piaci bevezetést támogató (B2B, B2C) kampányszakasz során, a kihelyezésre kerülő készülékek piaci bevezetésére irányuló, illetve a szolgáltatást és a prevenciót megismertető kommunikációs tevékenység: pr, ATL, BTL, online.

Eszközök: Sajtóközleményekkel, a regionális sajtóban megjelentetett pr és hirdetési megjelenésekkel, célzott billboard elhelyezésekkel támogatjuk a szolgáltatás piacra lépését. A szolgáltatás megismerését POS-, és nyomdai anyagokkal segítjük, ide értve az egységesen meghatározott betegtájékoztató anyagokat, terápiás stratégiát is. Internetes jelenlét: arteriograf.hu és sziverosito.hu.

Folyamatos kommunikáció (main flow - B2C): „Szíverősítő” kampány az Arteriográf készülékek és szolgáltatásainak folyamatos kommunikációs támogatása a „Szíverősítő” szív és érrendszeri megelőző és egészségfejlesztő kampány ernyője alatt.

Eszközök: A szolgáltatás helyszínén POS megjelenésekkel (plakát, brosúra, installáció) hívjuk fel a páciensek figyelmét, a lokális elérést a regionális sajtóban megjelentetett pr anyagok és hirdetések biztosítják, ezt egészséges életmódra ösztönző információs anyagok és/vagy szóró-ajándékok egészítik ki. A tömeges elérést és motivációt az országos sajtóban folyamatosan végzett pr tevékenység biztosítja. Internetes támogatás: arteriograf.hu (B2B), sziverosito.hu rizikóbecslés funkcióval (B2C), közösségi média: facebook/sziverosito. A folyamatos kampány során egyedi, újszerű kommunikációs eszközöket is alkalmazunk, hatékony BTL akciókat szervezünk, folyamatos impulzust generálva ezzel a sajtó és a célközönség számára.

Public Relations

A SZÍVERŐSÍTŐ Program teljes időtartama alatt az egyik legfontosabb (proaktív) kommunikációs eszköz. A kampány során a rendszeres sajtóközlemények és az egyéb online, nyomtatott és elektronikus médiamegjelenések (interjúk, cikkek, publikációk) nem csak a CV betegségek megelőzésének fontosságára, hanem a Szíverősítő Egészségfejlesztő Programra is felhívják a figyelmet.



POS megjelenések

A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program és támogató kommunikáció „Point of Sale” megjelenései. A kihelyezett Arteriográfok lakossági kommunikációját így plakátok, brosúrák, szóróanyagok kihelyezését jelenti. Arculatukban és tartalmukban szigorúan koherens egységet képeznek a sziverosito.hu-n megjelenített anyagokkal.

A B2B kommunikáció célja, hogy megfeleltetett eszközrendszerével, csatornáival és üzeneteivel felhívja az orvostársadalom és egészségpolitika figyelmét a bérleti konstrukcióban rejlő lehetőségekre és a Szíverősítő Egészségfejlesztő kampány fontosságára, illetve ezek szinergiájából adódó egyedülálló módszertanra.



A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program küldetése, a B2C kommunikáció célja, hogy felkeltse a még egészségesek figyelmét és felelősségérzetét saját szív és érrendszeri egészségük megőrzése céljából.



Kutatási lehetőség

A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program páratlan lehetőséget biztosít adatgyűjtésre és erre alapozott kutatásokra. A TÁMOP 6.1.2 program 5%-ának felhasználásával 100.000 páciens adatainak begyűjtésére lenne mód.

A kutatási program segítségével akár többszáz ezer páciens bevonásával nyílna lehetőség



népegészségügyi jelentőségű, egészségfejlesztési célú kutatások lebonyolítására.

A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program eszközei adatbázis szinten kezelik a páciens és mérési adatokat. Ezzel lehetővé válik az adatok elektronikus továbbítása és tudományos célú feldolgozása is. A kikérdezés vagy mérés útján keletkezett, vagy más adatbázisból átvett adatok állománya a kutatási céloknak megfelelően rugalmasan előre konfigurálható. A program egyik fontos eleme a mérőeszközöket és mért adatokat is kezelő egyedi program, amely a páciens adatokat és az adatbázist is kezeli.

Természetesen „adatgyűjtés” még tudományos céllal is csak ETT engedéllyel és az adatvédelmi szabályok betartásával történhet.

Kutatási témák tekintetében számos új lehetőség nyílik meg. **Bár mód van a hagyományos prevenció programokban általában gyűjtött páciens adatok feldolgozására is, de csak ez a program képes a legújabb evidenciákkal alátámasztott fontosságú érfali merevséggel és más centrális paraméterekkel kapcsolatos adatok mérésére, gyűjtésére és feldolgozására.**

Ezeknek az adatoknak a feldolgozása magyarázatot adhat a rendkívül rossz magyarországi szív és érrendszeri halálozási adatok okaira is.

Folytathatnánk a sort sok egyéb kutatási témával, azonban inkább egy különleges lehetőségre hívjuk fel a figyelmet. A hatékony prevencióhoz és egészségfejlesztési célokhoz hatékony kommunikációra is szükség van. Az elmúlt években több prevenció célú reklám jelent meg a közmédiában, azonban nem ismert ezeknek a hatása, hatásfoka. Valószínűsíthető, hogy nem is készült ilyen hatásvizsgálat. Az is belátható, hogy például a szív és érrendszeri prevenció célcsoportja messze nem homogén. Hatékony kommunikáció csak egy adott célcsoportra dolgozható ki, sajnos nem létezik általános megoldás. Ezen

túlmenően az egyes csoportok önmagukban sem működnek racionálisan a kockázatok felismerése, megértése és a szükséges cselekvés tekintetében.

Ennek a tézisnek a bizonyítására itt nincs mód, de álljon itt csak egy példa: egy közelmúltban megjelent német tanulmány alapján, ha a média azt kommunikálja, hogy „sajnos kevesen mennek (pl) prosztatarák szűrésre”, akkor a veszélyeztetett csoport tagjainak szűrési aktivitása tovább csökken.

A Szíverősítő Egészségfejlesztő Program rendelkezésére álló eszközeit, kommunikációs programjait is olyan kutatások szolgálatába lehet állítani, amelyek a hatékony



egészségfejlesztő kommunikáció számos pszichológiai, szociológiai és módszertani elemét hivatottak vizsgálni.

Készülnek ugyan elemzések a páciens együttműködés, terápiakövetés, gyógyszerzedés tárgykörében, de nem lévén hagyománya, és főleg költségvetése a szív és érrendszeri prevenciónak, ez a terület nyitott a kutatások

számára is.



Belföldi és külföldi PR lehetősége

A szív és érrendszeri prevenció eredményes és költséghatékony kommunikációját a Public Relations tevékenység biztosítja. A modell bevezetése és az ezt követő folyamatos sajtókommunikációs tevékenység állandó megjelenést és pozitív kommunikációs lehetőséget nyújt a programban érintett egészség- és szakpolitikusok számára is.

A Szíverősítő Szív és Érrendszeri Egészségfejlesztő Program a világon elsőként egy olyan összetett prevenció modelljét képviseli, amely nemcsak a speciális készüléket teszi elérhetővé az orvosok és a pácienseik számára, hanem a hozzá kapcsolódó folyamatos kommunikáció és korszerű, közösségi médiára is alapozott eszközrendszere egészséges életvitelre és felelősségteljes gondolkodásmódra is ösztönöz. A program belföldi PR szempontjából is jelentős, mivel nagy társadalmi súlyú, és egyben évi 600 milliárd Ft költségvonzatú probléma megoldásához kíván széles társadalmi rétegeket megnyerni és mozgósítani. Ezen túlmenően számos ponton kínál együttműködési lehetőséget más civil vagy kormányzati programokkal.

Az NCD, „Nem Fertőző Betegségek” világméretű problémát és hatalmas költséget jelentenek napjainkban. Egyöntetű a törekvés ezek visszaszorítására, de a gyakorlatban is jól működő prevenciós modellt még sehol sem dolgoztak ki. Árnyalja a képet az a több kutató által is publikált elmélet, amely szerint a hatékony prevenció nem jár költség megtakarítással. Ez be is látható, hiszen a ma fő rizikófaktornak tekintett hipertónia és diabétesz akár korai felismerése is a mai kezelési irányelvek szerint élethosszig tartó gyógyszereszedést jelent. Egy tanulmány azt mutatja ki, hogy „olcsóbb” a probléma akut szakaszban való kezelése, mint megelőzése.

Szíverősítő Szív és Érrendszeri Egészségfejlesztő Program az egyéni rizikót mért paraméterekkel is alátámasztja és erre alapozott kommunikációval a szükséges életmódváltást is elérheti a páciensek jelentős hányadánál. Ez egyben a legolcsóbb megoldást is jelentené, mert alapvetően a szív és érrendszeri betegségek térnyerését az életmód kedvezőtlen átalakulása tette lehetővé.

A program struktúrája, módszertana és remélt kedvező eredményei jelentős nemzetközi érdeklődésre tarthatnak számot. A magyarországi népegészségügyi helyzet olyan sok összehasonlításban foglal el kedvezőtlen helyet, hogy gyors javulás csak új paradigmára alapozott prevencióval képzelhető el. Egy ezen a területen elért siker a hazai egészségpolitika számára kiváló nemzetközi PR lehetőséget is biztosítana, bár az igazi haszon a magyar társadalom számára lenne elkönnyvelhető

12. Összefoglalás

Nem törekedhettem a téma teljes kidolgozására, de igyekeztem a legfontosabb szempontokat mélységükben is bemutatni. Azt gondolom, hogy a jelenlegi helyzet objektív bemutatása mindenkit meggyőzhetett arról, hogy a szív és érrendszeri prevencióval érdemben is foglalkozni kell. Az is érzékelhető, hogy számos oknál fogva ez a téma mindig hátrébb sorolódik a kormányzati prioritások listáján. Valójában az embereknek lenne szükségük a helyzet megváltoztatására, tehát működhetne olyan modell is, amely sokkal jobban számít az egyéni felelősségre. Tudjuk, hogy ez csak hosszú tájékoztató munkával érhető el.

Dolgozatom zárása napján válik nyilvánossá a Szíverősítő Egészségfejlesztő Program. Ez 200 mérőeszköz bérletére vonatkozó pályázattal indul és az alkalmazók a teljes kommunikációs csomaggal várhatják és kezelhetik pácienseiket. Az egyidejűleg induló kommunikációs kampány folyamatos lakossági tájékoztatást biztosít és a korszerű média eszközökkel igyekszik a résztvevők létszámát és a módszer hatékonyságát növelni.

A közeli hónapokban két nagyobb uniós finanszírozású projekt is elindul. A TÁMOP 6.1.2 a kistérségeknek nyújt segítséget egészségfejlesztési irodák létrehozására és üzemeltetésére. Ezek célja a lakossági szűrés is. Őszintén reméljük, hogy közülük minél többen építik be programjukba a Szíverősítő koncepciót. Ebben a szerencsés helyzetben rövid idő alatt lehetne értékes információt nyerni a hátrányos helyzetű régiók lakosságának szív és érrendszeri állapotáról. A másik uniós projekt a Svájci Alap által finanszírozott praxisközösségek kialakítását célzó program. Ez a program a romák által sűrűn lakott térségekben dolgoz ki az alapellátás korszerűsítését célzó új modellt.

Záró gondolatként előre tekintünk a 2025-ös évre, abban a reményben, hogy a szív és érrendszeri prevencióban máától alkalmazott innovatív módszerek addigra a kívánt eredményt, a halálozás és megbetegedés drasztikus csökkentését biztosítják.

13. Irodalomjegyzék

1. Global status report on noncommunicable diseases 2010 WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ISBN 978 92 4 068645 8 (PDF)
2. EUROPE'S HEARTACHE PRESS RELEASE - Embargo: 14 February 2008, 00.01h, Susanne Logstrup,
3. <http://www.escardio.org/communities/EACPR/toolbox/health-professionals/Pages/SCORE-Risk-Charts.aspx#countries>
4. The Creative Destruction of Medicine, Eric Topol, M.D. Basic Books, New York, 2012, 34-35.o.
5. Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases, United Nations A/66/L.1, General Assembly
6. Közös állásfoglalásra irányuló indítvány, Európai Parlament
7. <http://www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/hungary/areas-of-work/noncommunicable-diseases>
8. Kopp Mária – Skrabski Árpád: Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon
9. HALANDÓSÁGI KÜLÖNBSÉGEK Kovács Katalin–Óri Péter
10. Lajos Bálint, Subregional differences in mortality www.demografia.hu
11. BABUSIK FERENC–DR. PAPP GÉZA, A cigányság egészségi állapota, ESÉLY, 2006/6
13. Drouet L. Cerebrovascular Diseases 2002; 13(suppl 1): 1–6)
13. John Hopkins Hospitals (USA), 1998, White Papers, „Coronary Heart Disease”
14. Performance of subclinical arterial disease detection as a screening test for coronary heart disease; Simon A, Chironi G, Levenson J., Hypertension, 2006 Sep;48(3):392-6).
15. May subclinical arterial disease help to better detect and treat high-risk asymptomatic individuals? Simon A, Chironi G, Levenson J.; J Hypertens, 2005; 23:1939-1945.;
16. Vulnerable Plaque to Vulnerable Patient - Part III: Executive Summary of the Screening for Heart Attack Prevention and Education (SHAPE) Task Force Report; Am J Cardiol, 2006; 98[suppl]:2H15H
17. John Hopkins Hospitals (USA), 1998, White Papers, „Coronary Heart Disease”
18. 2010 ACCF/AHA Guideline for Assessment of Cardiovascular Risk in Asymptomatic Adults: Executive Summary
19. http://www.health.harvard.edu/press_releases/heart-attack-risk
20. Performance of subclinical arterial disease detection as a screening test for coronary heart disease; Simon A, Chironi G, Levenson J., Hypertension, 2006 Sep;48(3):392-6).
21. Bonetti PO, Lerman W. Lerman A. Endothelial dysfunction. A marker of atherosclerotic risk. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2003;23:168-175
22. Nach Erbel. HERZ 1996;21,75-77 alapján
23. Expert consensus document on arterial stiffness: methodological issues and clinical applications; Stephane Laurent, John Cockcroft, Luc Van Bortel, Pierre Boutouyrie, Cristina Giannattasio, Daniel Hayoz, Bruno Pannier, Charalambos Vlachopoulos, Ian Wilkinson, and Harry Struijker-Boudier on behalf of the

European Network for Non-invasive Investigation of Large Arteries; European Heart Journal, (2006) 27, 2588-2605.

24.2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension - The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC); G. Mancia et al.; Journal of Hypertension 2007, 25:1105-1187

25.www.sziverosito.hu

26.A hypertoniás szívbetegség monográfiája, Szauder Ipoly, Vox Medica kiadói Kft.2011. 97.o.

27.Women and Heart Disease Heart Disease, While Common in Women, Is Poorly Understood and Treated

28.http://heartdisease.about.com/od/womenheartdisease/a/heartdisease_wm.htm

29.Peripheral arterial disease affects more women than men , <http://www.theheart.org/article/1362661.do>

30.A Call to Action: Women and Peripheral Artery Disease : A Scientific Statement From the American Heart Association, Circulation published online February 15, 2012

31.Az angol Szívérrendszeri Szűrőprogram, Hodosi Anett feldolgozása,anett.hodosi@unimedic.co.uk

Ara Warkes Darzi, Baron Darzi of Denham (2008): NHS Next Stage Review final report, ISBN 978-0-10-174322-8, Gateway Reference: 10106

Chancellor of the Exchequer (2009): Pre-budget Report 2009, Securing the recovery: growth and opportunity. ISBN: 978-0-10-177472-7

Department of Health, Vascular Programme (2008): Putting Prevention First. Vascular checks: risk assessment and management, Gateway Reference: 9679

NHS Primary Care Commissioning (2009): Primary Care Service Framework: Vascular Checks

NHS Choices (2010a): NHS Health Check,

<http://www.nhs.uk/Planners/NHSHealthCheck/Pages/NHSHealthCheckwhat.aspx>

NHS Choices (2010b): What are Primary Care Trusts?

<http://www.nhs.uk/chq/Pages/1078.aspx?CategoryID=68&SubCategoryID=153>

Primary Care Unlimited – Valuing People Support Team – Foundation of People with Learning Disabilities (2007): Health Checks – Role of Primary Care Trusts (PCT)

32.A NEMZETI EGYÜTTMŰKÖDÉS PROGRAMJA, Országgyűlés Hivatala, 2010.május 22.

33.http://www.medicalonline.hu/cikk_print/vilagszerte_chipsadot_akar_az_ensz

34.In the Balance, Some Candidates Disagree, but Studies Show It's Often Cheaper To Let People Get Sick

35.http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2008/04/04/AR2008040403803_pf.html

36.©2002–06, American Heart Association. Know the Facts,Get the Stats 2007

37.<http://vallalkozoi.negyed.hu/vnegyed/20110816-sajat-mlmet-hozott-letre-gaal-laszlo-a-flavoncegcsoport-alapitoja.html>

38.<http://www.mekisz.hu/index.php?page=about&lang=hu>

39.<http://hetivalasz.hu/itthon/o-korunk-modern-gebinese-remeny-arul-51977>

40.thewellnessrevolution.paulzanepilzer.com

41.Payne, A.: CRM kézikönyv – Ügyfélkezelés felsőfokon [HVG Zrt., Budapest, 2007. 89.o.]

42. Heart Disease and Stroke Statistics — 2010 Update, American Heart Association
43. Advance Data from Vital and Health Statistics. No. 394. 2008
44. A cigányság egészségi állapota, Babusik Ferenc, Dr. Papp Géza, Esély 2002/6
45. <http://www.netambulancia.hu/a+nogyogyaszati+vizsgalatkor+kardiologiai+szurest+is+kellene+vegezni>
46. Central Pressure More Strongly Relates to Vascular Disease and Outcome Than Does Brachial Pressure - The Strong Heart Study
47. Mary J. Roman, Richard B. Devereux, Jorge R. Kizer, Elisa T. Lee, James M. Galloway, Tauqeer Ali, Jason G. Umans, Barbara V. Howard, Hypertension. 2007;50:197-203.
48. A perifériás és a centrális vérnyomás klinikai jelentősége a neurológus szemszögéből Bereczki Dániel, Vastagh Ildikó, Hypertonia és Nephrologia 2011;15(1):11-15.
49. Differential Impact of Blood Pressure-Lowering Drugs on Central Aortic Pressure and Clinical Outcomes - Principal Results of the CAFE Study The CAFE Investigators, for the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT)
50. Impact of Aortic Stiffness on Survival in End-Stage Renal Disease
Jacques Blacher, MD; Alain P. Guerin, MD; Bruno Pannier, MD; Sylvain J. Marchais, MD; Michel E. Safar, MD; Gérard M. London, MD
Circulation. 1999;99:2434-2439.
51. http://medizona.hu/friss/20100805_rakszures_mikor_rossz_nepszerusito_kampan.aspx
52. Psychological Research and the Prostate-Cancer Screening Controversy, Hal R. Arkes¹; Wolfgang Gaissmaier
Psychological Science
53. Képes-e válaszolni az FMCG-piac a digitális kor kihívásaira? Dörnyei Otília GFK MÍTOSZVADÁSZAT – 8. rész
54. BIZALOM ÉS TUDOMÁNY, MOLNOS PÉTER, EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
55. http://www.medicalonline.hu/cikk_print/miert_teves_szinte_minden__amit_az_orvoslasrol_hallunk__
56. <http://www.thedailybeast.com/newsweek/2011/01/23/why-almost-everything-you-hear-about-medicine-is-wrong.html>
57. http://www.medicalonline.hu/cikk_print/vitatja_a_sztatinok_szeles_koru_hasznalatat_egy_uj_tanulmany
58. Megélhető tudomány? <http://www.tenyek-tevhitok.hu/megelhetesi-tudomany.htm>
59. http://www.naturhirek.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=426:6-honapra-boertoenbezartak-a-professzort-aki-meghamisitotta-a-pfizer-gyogyszerkutatasi-eredmenyeit-catid=bigpharma&Itemid=197
60. http://www.naturhirek.hu/index.php?option=com_content&view=article&id=540:glaxosmithkline-gyogyszergyari-bnoezes&catid=104:bigpharma&Itemid=291
61. A beteg-együttműködés a terápiás siker záloga, Dr. Molnár Márk Péter, Dankó Dávid
62. http://www.medicalonline.hu/cikk_print/a_beteg_egyuttmukodes_a_terapias_siker_zaloga_i__resz
63. http://www.medicalonline.hu/cikk_print/a_beteg_egyuttmukodes_a_terapias_siker_zaloga__ii__resz
64. http://mediq.blog.hu/2012/08/13/digitalis_es_egeszsegugyi_iraskeszseg
65. <http://www.klubradio.hu/cikkonly.php?cid=125988>
66. http://www.healthonnet.org/HONcode/Guidelines/hc_p8.html
67. P. Kotler, K.L. Keller, Marketing menedzsment, Akadémia Kiadó, 488.o
68. Az artériás életkor vizsgálata a családorvosi gyakorlatban, Dr. Lannert Ágnes, Csuka Domokos

69. Prognostic Value of Aortic Pulse Wave Velocity as Index of Arterial Stiffness in the General Population (Tine Willum Hansen et al.); *Circulation*. 2006;113:664-670.
70. Arterial Stiffness and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke - The Rotterdam Study (Francesco U.S. Mattace-Raso et al.); *Circulation*. 2006;113:657-663.
71. Augmentation index is associated with cardiovascular risk (Jens Nürnberger et al.); *Journal of Hypertension* 2002, 20:2407–2414
72. High Central Pulse Pressure Is Independently Associated With Adverse Cardiovascular Outcome - The Strong Heart Study (Mary J. Roman et al.); *JACC Vol. 54, No. 18, 2009*
73. Differential Impact of Blood Pressure – Lowering Drugs on Central Aortic Pressure and Clinical Outcomes – Principal Results of the CAFE Study (The CAFE Investigators for the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial); *Circulation*. 2006;113:1213-1225.
74. Vascular Aging – A Tale of EVA and ADAM in Cardiovascular Risk Assessment and Prevention (Peter M. Nilsson et al.); *Hypertension* 2009;54;3-10
75. Vascular Aging – A Tale of EVA and ADAM in Cardiovascular Risk Assessment and Prevention (Peter M. Nilsson et al.); *Hypertension* 2009;54;3-10
76. Atrial fibrillation and flutter (AF) account for ≈10% of all strokes and 50% of cardioembolic strokes. Hart RG. Stroke prevention in atrial fibrillation. *Curr Cardiol Rep*. 2000; 2: 51–55.
77. Collins, J.M.- Collins, R.A.: Pénzügyekről nemcsak pénzügyi szakembereknek [Tulsa Egyetem, Tulsa, Oklahoma, USA, 138.o.]
78. Doyle, P.: Értékvezérelt marketing [Panem Könyvkiadó, Budapest, 2002. 344-387.o.]
79. Sas I.: Reklám és pszichológia [Kommunikációs Akadémia, Budapest, 2007, 205.o.]
80. <http://hu.wikiquote.org/wiki/Szlogenek>
81. <http://www.econom.hu/termeketgorbe/>
82. <http://sonamjournoblogspot.hu/2012/03/marketing-mix.html>
83. 10 Ways We Get the Odds Wrong ,Maia Szalavitz, 01.2008 www.psychologytoday.com/articles/200712/10-ways-we-get-the-odds-wrong
84. Magyarországi megtakarítók kockázatvállalási hajlandóságának vizsgálata, CZACHESZ GÁBOR–HONICS ISTVÁN, HITELINTÉZETI SZEMLE, 2007. HATODIK ÉVFOLYAM 2. SZÁM
85. <http://www.clearlycultural.com/geert-hofstede-cultural-dimensions/uncertainty-avoidance-index/>
86. Alain Dagher, Shopping Centers in the Brain, *Neuron* 53, January 4, 2007 ©2007 Elsevier Inc. 7
87. http://www.ng.hu/Tudomany/2005/08/Megfejtettek_a_Coca_Cola_effektus_rejtelyet?
88. <http://scienceprogress.org/2012/07/neuroethics-101-2/>
89. Aronson E.: A társas lény [Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1987. 56. és 146.o.]
90. P.Kotler,K.L. Keller, Marketing menedzsment, Akadémia Kiadó, , 265.o
91. GfK Hungária, Sajtószolgálat, Tavasz Tilda B&P Braun&Partners
92. Sári Péter, innovációs menedzser, GfK Hungária, MÍTOSZVADÁSZAT – 8. rész
93. Robert B. Cialdini , Hatás, HVG Könyvek 2009, 15.o.

94. Phillips, D.P.: "Suicide, motor vehicle fatalities, and the mass media: Evidence toward a theory of suggestion" American Journal of Sociology, 84, 1979, 1150-1174o.
95. Milgram, S.: Obedience to Authority, Harper & Row, New York, 1974
96. Ries A.-Trout J.: A marketing huszonkét vastörvénye [Bagolyvár Könyvkiadó, Bp, 1994. 18., 86.o.]
97. http://www.medicalonline.hu/gyogytas/cikk/sokkolo_prevencio__nemetorszagi_dohanyzasellenes_projekt_fiatalok_elrettentesere
98. http://addict.blog.hu/2012/08/10/megrazo_kampany_elhunyt_betegekkel
99. GfK Hungária, Digitális fogyasztó kutatás, 2011
100. Ford, D.: Business Marketing [KJK -Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Kft, Budapest, 2003. 239.o.]
101. Anderson, C.: Hosszú farok – A végtelen választék átírja az üzlet szabályait [HVG Kiadó Zrt, Budapest, 2006. 210.o.]
102. <http://www.kevinmd.com/blog/2011/12/complete-guide-planning-social-media-presence-healthcare.html>
103. Sas I.: Reklám és pszichológia [Kommunikációs Akadémia, Budapest, 2007. 193.o.]
104. Képes-e válaszolni az FMCG-piac a digitális kor kihívásaira? Dörnyei Otilia GfK MÍTOSZVADÁSZAT – 8. rész
105. GfK Hungária, Digitális fogyasztó kutatás, 2011
106. Képes-e válaszolni az FMCG-piac a digitális kor kihívásaira? Dörnyei Otilia GfK MÍTOSZVADÁSZAT – 8. rész
107. Barabási Albert-László Behálózva
108. Malcolm Gladwell Fordulópont, HVG Kiadói Zrt, Budapest, 2007, 41.o.
109. http://www.facebook.com/feszbuker?ref=stream#!/feszbuker/app_124237194297429
110. http://www.medicalonline.hu/cikk_print/hasznalhato_e_egeszsegmarketingre_a_video_
111. http://www.medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/elore_tornek_az_egeszsegugyi_mobil_alkalmazasok
112. http://www.pwc.com/hu/hu/gyogyszeripar/assets/emerging_mhealth.pdf

14. Függelék

Risk modelling/stratification in healthcare

The Hungarian Ministry of Health follows the aim of the WHO: a reduction of 25% in NCD mortality by 2025 . . .

Non-communicable diseases (NCD) represent a worldwide problem today. From these, cardiovascular (CV) diseases are responsible for approximately 50% of cases. In Hungary, the facts are shocking and sad, as the mortality rate caused by stroke is 150% of the European average, while ischemic heart disease is 250%. At the same time the mortality due to breast cancer matches the European average, it is 'only' 109%.¹ If the clinical care is supposed to provide the same quality for all types of disease, we could conclude that the difference in the outcome of certain illnesses must be found in the phase before treatment, so the steps leading to improvement and cure should be taken earlier. In Hungary the screening for cancerous diseases is institutionalised, well-known, and well communicated. At the same time there is no nationwide cardiovascular screening, and no primary and secondary prevention based on it.

In accordance with the public health chapter of the Semmelweis Project of the Ministry of Health for establishing a wholesome CV prevention a paradigm shift is needed, new characteristics are worth involving and measuring, new screening and communication methods should be applied to motivate patients to take active cooperation in attaining good health.

Newly recognised risk factors in cardiovascular risk assessment – individual risk evaluation

The traditional cardiovascular prevention uses a statistical analysis of well-defined risk factors. The efficiency of this method is inadequate due to the facts that these parameters fail to determine individual risk and their communication value is weak

to achieve the efficient patient collaboration.

CV risk assessment is usually based on traditional risk factors: age, gender, lifestyle, smoking, diabetes and some measurable characteristics: blood pressure (BP), blood cholesterol levels, CRP. Researchers in recent years have determined other easily recognisable biological markers that need to be taken into account, those that are more exact and reliable to define individual risk.

Scientific forums now focus on arterial function and stiffness. The last guidelines of hypertensive care define arterial wall characteristics as ultimate markers of organ damage.

The term 'arterial stiffness' once referred only to the loss of compliance in the large arteries, now it is encompassing the characteristics of the entire arterial system, including the biochemical, structural and mechanical changes in the small and large arteries, as well as the comparative pressures.

Pulse Wave Velocity (PWV) – The arterial wall tissue structure of the aorta is the key for its function, maintaining the continuous blood flow. The loss of elasticity due to environmental factors or ageing puts extra load on the arterial system. The PWV, describing the degree of the damage is a strong and independent predictor of CV mortality in both the general and elderly populations, and its measurement is strongly recommended by the European Guidelines.^{2,3}

Augmentation Index (Aix) – The small vessels inner layer, the endothelium is a functional organ. These cells are responsible for adaptation to prompt and long-term environmental changes, and when are damaged by several risk factors, lead to higher vasotone all over the body – this condition can

be characterised by the Aix. This increased tone involves higher pressure at the heart (afterload) that increases the risk of CV events.⁴

Central blood pressure and pulse pressure – in a healthy arterial system the blood pressure near the heart is lower than at the upper arm, where it is usually measured. The central blood pressure is proven to be a better predictor of cardiovascular diseases, and it is in a closer correlation with carotid hypertrophy and the extent of atherosclerosis than the brachial pressure.⁵

Arterial age – the concept of EVA and ADAM

Professor Peter Nilsson introduces a special aspect of risk assessment, mean BP, glycaemia and lipids are fluctuating in the follow-up of patients, and can change within time, so these circulating biomarkers measured at a certain time may give only a snapshot and not the whole history of arterial wall damage. However, arterial stiffness reflects the true arterial wall damage, it is a cumulative measurement of the damaging effects of CV risk factors on the arterial wall with ageing.

In certain individuals arterial wall damage may develop faster than biological ageing would dispose. In proportion to general population data, this is called 'early vascular ageing' (EVA). Its interpretation is easily understandable for patients, furthermore the relevant parameters have stronger predictive value than the traditional risk factors.⁶

In these cases the only solution seems to be the use of medication reducing atherosclerotic processes (aggressive decrease of atherosclerosis modifiers, so the answer to EVA is ADAM), hence the course is slowed down and the occurrence of CV events is delayed.

A device qualified to measure all parameters of arterial stiffness in one seat

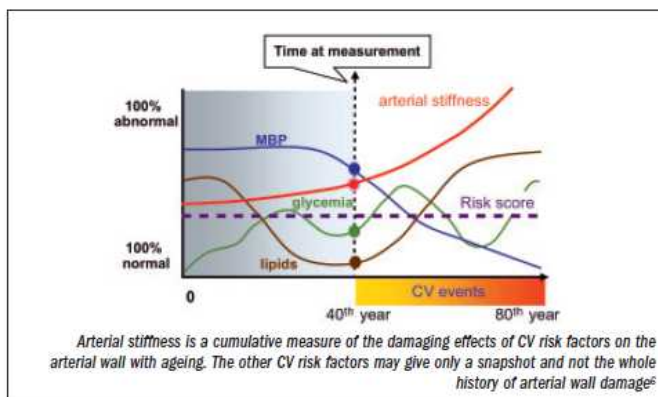
Arteriograph was born as a result of a collaboration of several research groups in 2004, supported by the first Széchenyi Plan of Hungary. The development created a fast, easy, non-invasive method that allows the simultaneous measurement of all characteristics describing arterial stiffness. Established studies have attested the reliability of the worldwide patented technique⁷, and others have certified that compared to other similar devices Arteriograph necessarily shows multiple advantages.^{8,9}

For the prevention of certain CV diseases, like stroke, other screening methods are also recommended, so is the ECG test for atrial fibrillation, an independent predictor of the disease.¹⁰ In order to complete the CV prevention system, an ECG module has been added to the Arteriograph device, so atrial fibrillation can be recognised simultaneously.

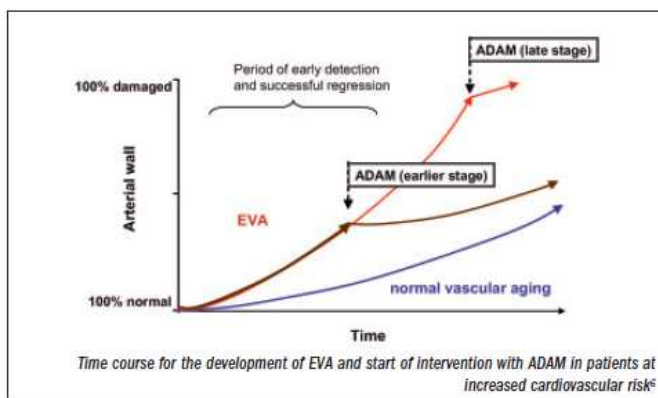
It is important to know that the examination can be performed by one assistant only, and needs no special circumstances or a doctor's office. The printed report shows the patient's data and measured values in a comprehensive form. These data can be used in the secondary prevention as well, in controlling the efficacy of the therapy or the follow-up of status improvement.

It is time to turn theory to practice

In the common thought heart attack and stroke are signless, inevitable fatal events. Furthermore, people put psychological and social obstacles against thinking about prevention. Its importance and cost-effectiveness must be thought of because it is impossible to change for the better without patient cooperation. They have to be interested in their own health and involved in treatment by comprehensive care and targeted communication, for better compliance.



Arterial stiffness is a cumulative measure of the damaging effects of CV risk factors on the arterial wall with ageing. The other CV risk factors may give only a snapshot and not the whole history of arterial wall damage⁶



Time course for the development of EVA and start of intervention with ADAM in patients at increased cardiovascular risk⁶

Now, the scientific evidence has approved extended, more complete methods for effective CV risk assessment. There must be an innovative prevention model providing complete individual risk assessment, including: software, equipment, education and communication. It focuses on early detection of all main known causes of cardiovascular disease, combining the different available methods. Screenings are followed by consultation and follow-up. The project includes the formation of the physicians as well, regarding report evaluation and technical background.

The Hungarian Ministry of Health develops a project on evidence based primary and secondary prevention with the support of national and EU resources, in order to achieve WHO goals: the reduction of 25% in NCD mortality by 2025. Our experts are open

to serve this scientific collaboration aiming for common goals.

- ¹ IME Vol. VIII. No. 4. 2009/05
- ² Circulation. 2006; 113:664-670
- ³ Circulation. 2006; 113:657-663
- ⁴ J Hypertension 2002; 20:2407-2414
- ⁵ JACC Vol. 54, No. 18, 2009
- ⁶ Hypertension 2009; 54:3-10
- ⁷ J Hypertension 2010; 28:2068-2075
- ⁸ J Hypertension 2008; 26:523-528
- ⁹ J Hypertension 2009; 27:2159-2161
- ¹⁰ Curr Cardiol Rep. 2000; 2: 51-55



Agnes Lannert PharmD
Application Specialist
Medexpert Ltd.
Tel: +36 30 6555 920
agnes.lannert@medexpert.hu
www.preventionexpert.org

AZ ARTÉRIÁS ÉLETKOR MÉRÉSE ÁTTÖRÉST HOZHAT

Még mindig 65 ezer honfitársunk hal meg szív- és érrendszeri betegségekben évente

Sajtóközlemény

Budapest, 2011. április 28. – Magyarországon az összes halálozás felét és a munkaképesség elvesztésének közel egyharmadát még mindig a szív- és érrendszeri betegségek okozzák. A számtalan figyelemfelkeltő kampány ellenére a társadalom és az egyén felelőssége nem kielégítő a hatékony megelőzéshez, pedig legfőbb ideje annak, hogy komolyan vegyük a problémát mi magyarok is, akik persze „sose halunk meg”.

Az érrendszeri betegségek katasztrofális következményei, az agyvérzés, a szívinfarktus, a szívelégtelenség, vagy az alsó végtagok elvesztéséhez vezető perifériás érszűkület a legsúlyosabb életminőség rontó körülmények közé tartoznak, és hatalmas terhet rónak mind az egészségügyi ellátórendszerre, mind a betegekre és családjukra.

„Az emberek többnyire úgy tekintenek a szív- és érrendszeri betegségre, mint egy végzetes, elkerülhetetlen eseményre. Igaz, a legfőbb kiváltó ok, az érrelmeszesedés hosszú ideig tünetmentes maradhat, így sajnos sok páciens esetében az első tünet egyben az utolsó is, hiszen az infarktus gyakran hirtelen halálként jelentkezik.” – véleményezte a helyzetet Prof. Dr. Farsang Csaba, a Magyar Hypertonia Társaság örökös tiszteletbeli elnöke. *„Napjaink prevenció stratégijába egy régóta ismert alapigazság épülhet be: minden ember annyi idős, mint az artériáinak az életkora. Az érrendszer korai öregedésének felismerése és ezt követő agresszív rizikócsökkentő terápia sokat segíthet a fatális események megelőzésében.”*

Az elmúlt évtizedben az orvostudomány új lehetőséget teremtett az érrelmeszesedés korai fázisában való felismerésére az **artériás funkció és a nagyartéria rugalmasságának** vizsgálatán keresztül. A szemléletváltás eredménye olyan egyszerűen alkalmazható műszerek, alkalmazásukban veszélytelen eljárások megjelenése, amelyek képesek az artériás funkciót jellemző paraméterek mérésére. Korábban ezek a fontos jellemzők csak klinikai körülmények között voltak vizsgálhatóak, az érfalak rugalmasságának mérése manapság nem bonyolultabb a vérnyomásmérésnél. Az **„Arteriográf”** orvosi műszer néhány perces, fájdalommentes méréssel értékes információt ad a vizsgált személy artériás rendszeréről, a fő ütőértől a kis arterioláig.

„A megélt éveink száma és az érrendszerünk életkora nem feltétlenül azonos. Az artériás életkor meghatározásával könnyen értelmezhető és az egyén aktuális állapotára vonatkozó fontos adatokat kaphatunk. A közismert hagyományos rizikófaktorok, mint a dohányzás, az elhízás, a cukorbetegség vagy éppen a magas vérnyomás akkor válnak igazi fenyegetéssé és vezetnek végül a kívánatos életmódváltáshoz, ha a páciens a saját rossz ér állapotával szembesül.” – nyilatkozta Csuka Domokos, a Medexpert Kft. ügyvezető igazgatója.

Korunk gazdasági és társadalmi kényszere alapján az egyéni felelősség kérdése a korábbiaknál sokkal fontosabb szerepet kap az egészségügyben, így a megelőzést szolgáló olcsó, ugyanakkor hatékony módszerekre sokkal nagyobb szükség lesz a jövőben.

További információt az **Arteriográf**-ról a www.arteriograf.hu oldalakon talál.

A Medexpert-ről röviden

A Medexpert Kft. több mint két évtizede meghatározó szereplő a speciális vagy prémium műszerek és eszközök piacán. Számos, a kategóriájában piacvezető multinacionális nagyvállalat kizárólagos forgalmazójaként a legmodernebb és legfejlettebb technológiákat kínálja az állami és magánszférából egyaránt érkező megrendelőinek, partnereinek. Három önálló üzletága egyedülálló szakembergárdával rendelkezik az orvosi műszerek, a teszt- és mérőműszerek, valamint speciálisan a szív- és érrendszeri diagnosztika és betegségmegelőzés területén. A Medexpert nem csak a megfelelő műszer vagy eszköz kiválasztásában támogatja ügyfeleit, hanem az üzemeltetés, alkalmazás során felmerülő kihívásokra is gyors és hatékony választ képes adni.

ÖREG EMBER NEM VÉN EMBER – MEGMONDJÁK AZ EREINK

A valós és az artériás életkor között jelentős korkülönbség lehet, megbecsülésével idejében megelőzhetőek a végzetes megbetegedések

Sajtóközlemény

Budapest, 2011. június 29. – A szív és érrendszeri betegségek a modern kor legnagyobb vámszedői. A megelőzésük nemcsak egészségügyi, de gazdasági kérdés is egyben, hiszen a gyógy- és utókezelések hatalmas terhet rónak a szociális ellátórendszerekre. Az artériás életkor mérése a legegyszerűbb és leghatékonyabb mód az egyén veszélyeztetettségének megállapítására, amellyel akár a fatális következmények is megelőzhetőek.

Az artériás életkor fogalma nem új keletű, de meghatározó szerepét az általános egészségi állapotunkban csak napjainkban kezdi igazán felismerni az orvostudomány. Nem véletlenül, hiszen az elhízás, mint a modern kor járványa, az egyik leggyakoribb rizikófaktora a szív és érrendszeri megbetegedéseknek. A magas testzsírszint, de főként a hasi elhízás, továbbá a cukorbetegség is kifejezetten rossz hatással vannak az erekre. Ám ha a testsúllyal nincs is probléma, a magas vérnyomás, a dohányzás, az ülő életmód, a stressz mind-mind felgyorsítják a vaszkuláris öregedést. A magas pulzusszám (napi 100.000 szívverésnél több) szintén terheli az érrendszert, a genetikai adottságról, a családi érintettségről már nem is beszélve.

Vannak már módszerek, amelyekkel az orvosok néhány perc alatt egyszerűen megállapíthatják a páciens artériás életkorát. Olykor mérés nélkül is alapvető különbséget tételezhetünk fel az életkor és vérerek életkora között. Például egy dohányzó 35 éves férfinak, aki magas vérnyomásban szenved, ezen felül cukorbeteg, valamint még a koleszterinszintje is magas az artériás életkora akár 70 év is lehet – azaz kétszer olyan idős, mint ő maga. Egy fiatalabb, 30 éves nőnek, hasonló rizikófaktorokkal több, mint 80 évesek is lehetnek az artériái.

„Egy ilyen kalkuláció azt a benyomást kelti, hogy a rizikófaktorok hatására gyorsabban öregsünk, mint gondoljuk” – mondta Donald Lloyd-Jones, a Chicagói Egyetem preventív kardiológusa. "Minél konkrétabban beszélünk róla, annál jobban megérti a beteg a veszélyeztetettségét."

Jó hír, hogy a rizikófaktorok és az általuk okozott károsodás csökkentésére irányuló lépésekkel igenis vissza lehet fordítani a vaszkuláris óra mutatóit.

Optimális vérnyomással és vércukorszinttel egy rendszeresen sportoló 74 éves nemdohányzó férfi artériás életkora 60 év lehet, egy hasonlóan egészséges 74 éves nő artériái akár 21 évvel is fiatalabbak lehetnek.

„Az Arteriográf segítségével 19 paramétert mérhetünk, amelyek átfogó képet adnak az érrendszer állapotáról. Ugyanakkor ez sem vesz több időt igénybe, mint egy vérnyomásmérés.” – nyilatkozta Dr. Lannert Ágnes, a Medexpert Kft. alkalmazástechnikai specialistája. *„A leleten található skála pedig a páciensnek is közérthetően tolmácsolja, hogy valós és artériás életkora között mekkora az eltérés.”*

További információt az **artériás életkor**-ról a www.arteriograf.hu oldalon talál.

A Medexpert-ről röviden

A Medexpert Kft. több mint két évtizede meghatározó szereplő a speciális vagy prémium műszerek és eszközök piacán. Számos, a kategóriájában piacvezető multinacionális nagyvállalat kizárólagos forgalmazójaként a legmodernebb és legfejlettebb technológiákat kínálja az állami és magánszférából egyaránt érkező megrendelőinek, partnereinek. Három önálló üzletága egyedülálló szakembergárdával rendelkezik az orvosi műszerek, a teszt- és mérőműszerek, valamint speciálisan a szív- és érrendszeri diagnosztika és betegségmegelőzés területén. A Medexpert nem csak a megfelelő műszer vagy eszköz kiválasztásában támogatja ügyfeleit, hanem az üzemeltetés, alkalmazás során felmerülő kihívásokra is gyors és hatékony választ képes adni.

A NŐI SZÍVEKRE JOBBAN KELL FIGYELNI

A statisztika szerint több nő hal meg infarktusban, mint férfi

Sajtóközlemény

Budapest, 2011. október 24. – Évek óta ismert tény, hogy több nő hal meg infarktusban, mint férfi. A köztudatban ennek ellenére még mindig az él, hogy a szívinfarktus kifejezetten az erősebbik nemet érintő betegség.

Az emberek többsége úgy tekint a szívrohamra, mint egy végzetszerű, elkerülhetetlen eseményre, ráadásul nálunk az sem közismert, hogy a nők nagyobb számban halnak meg szívproblémák miatt. Tény, hogy amíg a férfiak durván 50%-a, addig a nők 56%-a szenved el szív és érrendszeri eredetű halálozást.

„A nőknél az esetek többségében az első tünet rögtön az infarktus maga. Ilyenkor nincsenek könnyen felismerhető megelőző és figyelmeztető jelzések, az akár hetekkel-hónapokkal korábban jelentkező szívtájéki szorító-nyomó és esetenként a felkarba is kisugárzó fájdalom, fulladás-vagy ájulásérzet.” – nyilatkozta Dr. Benczúr Béla „A női szívroham nemcsak klinikai értelemben különbözik, hanem felismerésében is.” – tette hozzá a szolnoki Hetényi Géza Kórház kardiológusa.

Fontos, hogy a lehető leghamarább felismerjük azokat az előjeleket, amelyek jellemzői egy szívinfarktusnak, de a nőknél ez gyakran nem is olyan egyszerű. A amerikai *National Institutes of Health* (NIH) kutatásai szerint a nőknél jelentkező nem tipikus tünetek is előre jelezhetik az infarktust – akár egy hónappal azt megelőzően is! A betegek 43%-a például egyáltalán nem érzett mellkasi fájdalmat a szívroham előtt, de közben sem, pedig az orvosok továbbra is ezt értékelik a vezető tünetként mindkét nem esetében.

A tanulmányban vizsgált női betegek ugyanakkor a következő nem tipikus tünetekről számoltak be a szívrohamot megelőző időszakban:

- szokatlan kimerültség: 70%,
- alvászavar: 48%,
- szapora légzés: 42%,

- hányinger: 39%,
 - szorongás: 35%
- és a szívroham közben:
- szapora légzés: 58%,
 - gyengeség: 55%,
 - szokatlan kimerültség: 43%,
 - hideg verejték: 39%,
 - szédülés: 39%.

A tünetek hétköznapi volta miatt nem is diagnosztizálják magukat, „csak egy múltó rosszullétnek” betudva az előjeleket.

Az érlemeszesedés mindkét nem esetében a szívinfarktus legfőbb oka, ám a női hormontermelés sokáig késlelteti ezt a folyamatot. A menopauza beköszöntével az ösztrogéntermelés drasztikusan lecsökken és számos élettani folyamat addigi egyensúlya megbomlik. Ekkor az érlemeszesedés folyamata sokkal gyorsabbá válik, mint a férfiaknál. A nőkre innentől kezdve kellene még nagyobb figyelmet fordítani.

„Ha egy férfi megéri az 55-60 évet, akkor már kicsit fellélegezhet, a nőknél viszont 45-50 körül kezdődik az igazán rizikós időszak” – mutatott rá a nemek közti különbségre Dr. Lannert Ágnes, a Medexpert Kft. alkalmazástechnikai specialistája. „Fokozódik az értónus, azaz a kiserek ellenállása, ezért a centrális vérnyomás is megemelkedik. Ezek vizsgálatára a legegyszerűbb az Arteriográf módszere, amely gyorsan és fájdalommentesen felméri az érrendszer állapotát.”

További információt a Medexpert Kft.-ről a www.medexpert.hu, az Arteriográfól pedig a www.arteriograf.hu oldalakon talál.

Az Arteriográfól röviden

A magyar fejlesztésű, több mint 30 országban szabadalmaztatott **Arteriográf** mérési módszer és műszer néhány perces veszélytelen és fájdalommentes vizsgálattal, gyakorlatilag egy vérnyomásméréshez hasonló eljárással képes mérni az artériák állapotát jellemző élettani jellemzőket. Ezek a többi ismert klasszikus rizikófaktortól (életkor, nem, vérnyomás, koleszterin szint, dohányzás) függetlenül, megbízhatóan jelzik a tünetmentes páciensek szív- és érrendszeri állapotát és veszélyeztetettségét.

A Medexpert-ről röviden

A Medexpert Kft. több mint két évtizede meghatározó szereplő a speciális vagy prémium műszerek és eszközök piacán. Számos, a kategóriájában piacvezető multinacionális nagyvállalat kizárólagos forgalmazójaként a legmodernebb és legfejlettebb technológiákat kínálja az állami és magánszférából egyaránt érkező megrendelőinek, partnereinek. Három önálló üzletága egyedülálló szakembergárdával rendelkezik az orvosi műszerek, a teszt- és mérőműszerek, valamint speciálisan a szív- és érrendszeri diagnosztika és betegségmegelőzés területén. A Medexpert nem csak a megfelelő műszer vagy eszköz kiválasztásában támogatja ügyfeleit, hanem az üzemeltetés, alkalmazás során felmerülő kihívásokra is gyors és hatékony választ képes adni.