

Hygiéne tizenhárom pontban

Dr. Nagy Kamilla, Dr. Fráter Márk,
Szegedi Tudományegyetem

Magyarországon a vezető halálokok között szerepel a nozokomiális infekciók okozta halálozás. A nozokomiális infekció nagy ellentmondása, hogy azt a betegellátást igénybe vevők éppen a betegellátás során, annak következtében szenvedik el.

Ezek az infekciók kifejezetten rontják a minőségi betegellátás eredményeit, mivel elégedetlenné teszik a beteget a neki okozott plusz szenvedés-, az esetleges keresetkiesés-, vagy a maradandó egészségkárosodás miatt. Elégedetlen lesz a fertőzések miatt a betegellátást nyújtó is a sikertelenség és a vétkesség érzése miatt és a finanszírozó is a fertőzések okozta költségek miatt.

A nozokomiális infekciók egyre veszélyesebbek, mert a kórokozók között világszerte megjelentek az antibiotikumoknak ellenálló multirezisztens törzsek, így a fertőzött betegeket egyre nehezebb meggyógyítani és növekszik a halállal végződő esetek száma.

Mivel az antibiotikum rezisztenciát és a nozokomiális infekciókat – ha esetenként véltlen is – de mi, betegellátást nyújtók hozzuk létre, mi tudjuk a legtöbbet tenni azok terjedésének megfékezéséért.

Ez ma már nemcsak erkölcsi kötelességünk, de gazdasági érdekünk is!

In Hungary one of the major causes of death is healthcare-associated infection. The biggest controversy in healthcare-associated infections is that only patients who seek medical treatment can acquire this specific infection as a result of medical treatment. These infections significantly decrease the results obtained in quality medical care by making the patients dissatisfied with the unnecessary suffering, the possible inability to work, resulting in deficient earnings, not to mention the caused permanent health damage. The healthcare personnel involved in the causative medical treatment will be dissatisfied also because of feeling guilty for the (unfortunate) event, not to mention the healthcare provider, who is dissatisfied with the (unnecessary) new expenses. Due to the appearance of antibiotic resistant microbes it is becoming harder to treat infected patients and the number of deaths related to infections is increasing, making healthcare-associated infections more and more life-threatening. The increasing number of antibiotic resistance and healthcare-associated infections are caused by healthcare workers, even if sometimes unavoidably. As a result of this, healthcare workers can exercise the greatest impact on preventing the occurrence and spread of healthcare-associated infections. Today this issue is not only ethical duty, but economic interest also.

BEVEZETÉS

Az antibiotikumok széleskörű alkalmazásának egyik súlyos következménye a rezisztens kórokozók kiszelektálódása. A rezisztens közül a betegeknek a legtöbb szenvedést, és a kórházaknak a legtöbb nehézséget és költséget a multirezisztens Meticillin Rezisztens *Staphylococcus aureus* (MRSA) baktériumok miatt kialakult kórházi fertőzések okozzák.

Az antibiotikum ezen kívül a normál bélfloórát is képes kikapcsolítani, lehetőséget biztosítva a kezelt beteg *Clostridium difficile* fertőzésének kialakulására.

E fertőzések rohamos terjedésének megfékezésében nélkülözhetetlen az antibiotikum politika gyökeres átforgatása és a hatékony dezinfekciós technikák (pl. a tudatos és folyamatos kéz- és műszerfertőtlenítés) alkalmazása.

A prevenció a betegellátás minden szintjén és a betegellátás minden résztvevőjének érdeke, ehhez a feltételek biztosítása a menedzsment feladata, a közvetlen betegellátóknak pedig következetesen alkalmazniuk kell a prevenciós technikákat.

I. ANTIBIOTIKUM REZISZTENCIA

Számos cikk számol be arról, hogy ma a 21. században egyre több nozokomiális infekciót antibiotikum rezisztens kórokozó okoz [1], és ezek ellen sajnos már alig van hatékony fegyverünk.

Az antibiotikum rezisztencia rohamos terjedését magunk idéztük elő [2], felelőtlenül és pazarlóan bántunk az utóbbi évtizedekben ezekkel a gyógyszerekkel. Az antibiotikum speciális gyógyszer, ha terápiás céllal alkalmazzák, nemcsak azokat a szempontokat kell figyelni, mint más gyógyszernél (megfelelő adagban, megfelelő ideig stb.) hanem azt is, hogy a terápia célzott legyen, azaz csak a mikrobiológiai vizsgálatok eredményének ismeretében szabad az antibiotikus kezelést végezni (célzott, adekvát antibiotikum terápia). Ha a beteg állapota olyan súlyos, hogy azonnal el kell kezdeni a kezelést, akkor is azonnal el kell végezni a megfelelő mikrobiológiai mintavételt és a vizsgálat eredményének megfelelően módosítani kell a megkezdett terápiát, hogy az a továbbiakban már célzott legyen.

Bizonyos esetekben akkor is szükség lehet antibiotikumra, amikor még nincs fertőzés. Felmérések igazolják, hogy ez az ún. antibiotikus profilaxis az esetek nagy részében indokolatlanul történik [3].

Mindezzel a kórokozóknak lehetőséget adtunk arra, hogy egyre szélesebb ellenálló képességet fejlesszenek ki az elpusztításukra szánt szerekkel szemben [4].

II. AZ MRSA

Az egyik legismertebb antibiotikum rezisztens kórokozó az MRSA. Még a sorozatfilmek mindent tudó orvosa, dr. House is retteg tőle. Jelenleg a világon 2 millió MRSA fertőzött és 53 millió regisztrált kolonizált beteget ismerünk. A kolonizáció azt jelenti, hogy az ember az orrában, a torkában, a bőrén tünetek nélkül hordozza az MRSA-t. A kolonizáció, egy időzített bomba, mert:

- ha legyengül a szervezet pl. megsérül, vagy megoperálják, a kolonizáció fertőzéssé alakulhat;
- a kolonizált személy is lehet fertőző forrás, (ezért, ha az alapbetegsége engedi, a kolonizált személyeket pl. a kórházakból hazaküldik, így a kórokozó – mentesítést, azaz a dekolonizációt otthon kell elvégezni).

III. AZ MRSA DEKOLONIZÁCIÓ

A dekolonizációt otthon végezni nem egyszerű feladat, a járóbeteg szakrendelésen is tudni kell tanácsot adni ezzel kapcsolatban.

Alapszabály, hogy a tünetmentes (hordozó) személynek nem szabad antibiotikumot adni, ehelyett fertőtleníteni kell a bőrét, nyálkahártyáit és a környezetét [5] a következőképpen:

- Betegfürdetés naponta: pvp jód / triclosan hatóanyag tartalmú fürdető szerrel 5 napig.
- Orrnyálkahártya fertőtlenítés napi 3x: Mupirocin orrkenőccsel 5 napig
- Hajlatokra naponta, fürdés után: Hexachlorophen hintőpor.
- Bőrelváltozásokra, sebekre: pvp jód hatóanyag tartalmú kenőcs / oldat
- Szájöblítés minden étkezés után, de legalább napi 3x: pl. pvp jód/Chlorhexidin hatóanyagú szájöblítő szerrel 5 napon át.
- Ágynemű és egyéb ruházat napi cseréje, külön mosás (95 fokon, fertőtlenítő hatású mosószerrel)

Fontos tudni, hogy eredménytelen lesz a személyi fertőtlenítés, a napi ruha- és ágyneműcsere nélkül, és a szigorú, folyamatos fertőtlenítő takarítás nélkül. Jó lenne, ha ezt az otthon dekontaminált beteg és a hozzátartozói is megértenék. De tudniuk kell ezt a fekvőbeteg ellátó intézmények menedzsmentjének is, mert ha annyira lecsökkentik a mosásra és takarításra szánt költségeket, hogy délután már nincs tiszta ágynemű és nincs senki, aki feltörölje a beteg padlóra került hányadékát, akkor nem kell csodálkozni, ha akadály nélkül terjednek a fertőzések.

IV. A CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFEKCIÓK

Nélkülözhetetlen a szigorú fertőtlenítő takarítás a spórás Clostridium difficilevel fertőzött betegek környezetében is (mivel az ilyen betegek körül sok spóra található a felületeken). A spórák miatt az ilyen betegek körül nem alkoholos kézfertőtlenítő szereket kell használni, ugyanis azok nem

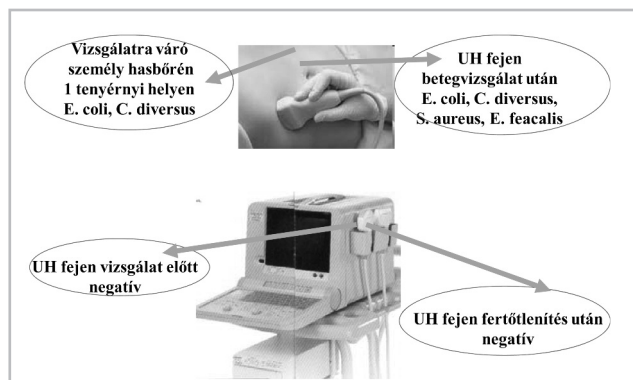
sporocid hatásúak, egyetlen lehetőség a spórák kézzől való eltávolítására a kéz lemosása tisztító hatású, egyfázisú kézfertőtlenítő szerrel. A Clostridium difficile hordozás [6] aránya a következő: egészséges felnőtt lakosság ~3%, hospitalizált betegek 30%, egészséges csecsemők 80%. A spórák megtalálhatóak a kutya, macska belében is.

Gyakran antibiotikum használat következménye a fertőzés, mert ha felborul a bélflóra (akár 1 tbl. antibiotikum bevétele után is), elszaporodhat a bélben az egyébként kis számban ott tartózkodó kórokozó és súlyos, vérzéses enteritist, nem ritkán halált is okozhat. Ezért ha antibiotikum kezelés után a betegnek enterális panasa van, gondolni kell a Cl. difficile-re. Ilyenkor székletvizsgálat feltétlenül szükséges. Fontos tanács, hogy nem szabad bevenni antibiotikumot hasmenésre, még utazáskor sem. Ilyenkor inkább az aktív szén segít, amely megköti a kórokozókat és toxinjaikat, azok így nem szívódnak fel a bélből. Ez nem csökkenti a motilitást, segít kiüríteni a káros anyagokat. Tehát, ha fel is merül az enterális fertőzés lehetősége, a székletvizsgálat eredményének megérkezéséig nem az antibiotikus kezelés, hanem a folyadékpótlás, az aktív szén és a probiotikum adása a jó megoldás.

V. AZ UH VIZSGÁLÓFEJEK FERTŐTLENÍTÉSÉNEK JELENTŐSÉGE

A multirezisztens kórokozók terjedését kifejezetten segíti, ha túl nagy az egészségügyi személyzet bizalma az antibiotikumok iránt, de nem elég nagy a személyzet higiénés szalmái tudása és felelőssége. A járóbeteg ellátásban is nagy jelentőségű, hogy a műszerek és a kezek fertőtlenítése is megtörténjen minden beteg után. A hasi UH pl. nem egy invazív beavatkozás, mégis képes kórokozók átvitelére. Köztudott ugyanis, hogy pl. az MRSA az UH-os gélben tovább képes élni, mint a vízben.

Végeztünk vizsgálatot (1. ábra) arra vonatkozóan, hogy mennyire képes kolonizálódni egy vizsgálat alatt az UH fej (transducer):



1. ábra
UH-os vizsgálófejek vizsgálat alatti kontaminációjának ellenőrzése környezetbakteriológiai mintavételezéssel SZTE 2000.

A vizsgálatra váró beteg hasán egy csíkot megtörölve a mintában 2 kórokozót találtunk a vizsgálat előtt még negatív UH fejről, használat után pedig 4-féle baktérium is kite-

nyészett (nyilván a fej nemcsak 1 csíkban érintkezett a has bőrével, ahol a gáttájék közelsége miatt rengeteg baktérium van). A jelenlétünkben elvégzett tisztítás és fertőtlenítés után ismét negatív eredményt kaptunk.

VI. AZ ENDOSZKÓPOK FERTŐTLENÍTÉSÉNEK JELENTŐSÉGE

Az endoszkópok még veszélyesebbek [7], a Hepatitis vírusok, a Salmonella, a Helicobacter pylori, a TBC mellett a Clostridium difficile átvivői is lehetnek. Ezért – finoman szólva – nem etikus, ha csak a nap első betege jut megfelelően tisztított/előkészített eszközökhöz, de a további betegek már nem. Az eszközök megfelelő előkészítése nem luxus, hanem az, amit minden beteg megérdemel, minden időben – nemcsak akkor, ha a dolgozó ráér!

VII. AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZEMÉLYZET KÉZHIGIÉNÉS COMPLIANCE-ÉNEK JELENTŐSÉGE

Nem luxus az sem, hogy a betegellátó személyzet tiszta kézzel nyúljon a beteghez. Ennek ellenére világszerte az a tapasztalat, hogy elégtelen az egészségügyi személyzetnek a hozzáállása a betegellátás során szükséges kézhigiéhez, a járóbeteg ellátásban különösen. Javasolt leellenőrizni önmagunkat is a rendelőkben. Van egy egyszerű módja, meg lehet nézni pl., hogy mennyi kézfertőtlenítő szert használnak? (pl. 1 havi fogyás ml/ 5-tel/ 1 havi betegforgalom = 1 beteg ellátása alatt hány kézfertőtlenítés történt! Az eddigi tapasztalatok lehangolóak [8].

VIII. KÉZHIGIÉNÉS ALAPSZABÁLYOK (WHO)

Minden betegellátó egységben jól látható helyre kellene helyezni olyan figyelemfelkeltő piktogramokat, melyek naponta emlékeztetik nemcsak az asszisztenseket, de az orvosokat is arra, hogy [9]:

- Kézhigiéne a betegellátási pontnál szükséges, ahol a beteget ellátják!
- A WHO (az Egészségügyi Világszervezet) a betegellátás során 5 momentumot, azaz 5 indikációt határoz meg, ahol kötelező a kézhigiéne (közvetlenül az ellátás előtt, közvetlenül utána, egyéb aszeptikus feladat előtt, a beteg környezetének és váladékainak érintése után).
- Kézfertőtlenítéshez részesítse előnyben az alkoholos bedörzsölést! Nem kell vízcsap, szappan, kéztörölő! Elvégezhető a betegágyánál is! Gyorsabb, hatékonyabb és jobban tolerálja a kézre! Szemmel láthatóan nem szennyezett kézre mindig ezt alkalmazza!
- Ha azonban láthatóan szennyezett a keze? Ahhoz, hogy a fertőtlenítő tudjon hatni, előbb el kell távolítani a szerves anyagokat szappannal, majd csak ezután lehet fertőtleníteni!
- A másik megoldás, ha a kezet egyfázisú, tisztító hatással is rendelkező kézfertőtlenítővel mossuk meg.

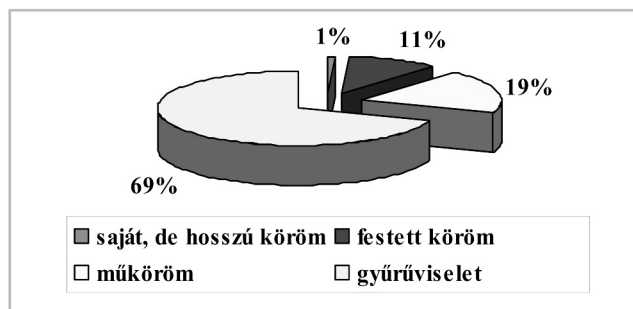
IX. A KÉZHIGIÉNE ÉS A VÉDŐKESZTYŰ

Számos megfigyelés számol be arról, hogy a kesztyű használó dolgozók azt hiszik, rájuk nem vonatkoznak a kézhigiéne szabályok. Pedig bizonyos esetekben a kesztyű felvétele előtt is kell kezet fertőtleníteni, a kesztyű levétele után pedig mindig [10].

Felvétel előtt akkor kell pl. ha tiszta/aszeptikus beavatkozáshoz készülnek (sebészi jellegű beavatkozások, kötözés), mert a kesztyűkön gyakran vannak szemmel nem látható lyukak, és használat közben is keletkezhetnek rajta sérülések, melyeken keresztül mikroorganizmusok juthatnak a kézről a sebbe. A kesztyű levétele után azért kell kezet fertőtleníteni, mert a levételkor a kesztyűk felületétől könnyen szennyeződhet a kéz. Két beteg között pedig természetes, hogy kesztyűt kell cserélni és közben kezet is kell fertőtleníteni!

X. KÖRÖM- ÉS ÉKSZERVISELET A BETEGELLÁTÁSBAN

Az Egészségügyi Világszervezet legfrissebb szakmai ajánlása szerint betegellátás közben nem szabad műkörömöt és gyűrűket viselni, mert a műköröm hatékonyan nem fertőtleníthető és könnyen terjesztheti az MRSA-t. Az ékszerek pedig akadályozzák az eredményes kézfertőtlenítést, ezt bizonyítják az UV lámpás kézvizsgálatok is! Készítettünk egy felmérést a Dél-Alföldi régióban, hogy számszerűleg is lássuk, mekkora probléma a kézen viselt ékszer- és műkörömdivat a betegellátó helyeken?



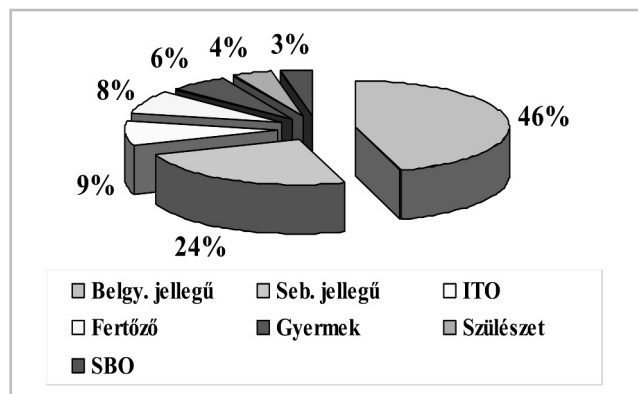
2. ábra
Betegellátó kezek kifogásolhatóságának okai (Dél-Alföldi Régió 2009.)

Azt tapasztaltuk, hogy a megvizsgált dolgozók kb. felének volt kifogásolható a keze

- a köröm viselet,
- vagy a munka közben viselt gyűrűk miatt.

A kifogásoltság leggyakoribb oka a gyűrű volt (gyakran nem is 1 gyűrű volt a dolgozó kezén). Ezt követte a műköröm.

A legtöbb műkörömöt a belgyógyászati jellegű részlegeken láttuk, pedig azzal nem könnyű hátat kopogtatni, hasat betapintani, vagy fájdalom okozása nélkül rektális vizsgálatot végezni. De tekintélyes helyen végeztek a sebészeti profilok is, ahol a sebek miatt ezek még veszélyesebbek. Nagyjából egyforma arányban következett ezután az intenzív el-



3. ábra
A kifogásolhatóság aránya az egyes betegellátói profiloknál

látás, az infektológia és a gyermek betegek ellátása, ahol a fertőzésveszély mellett a súlyos állapotú és gyermekkorú betegek ápolásánál még illetlen is ez a divat.

XI. A BETEGELLÁTÓK KEZE A MUNKAHELYEN KÍVÜL!

Kézfertőtlenítésre a civil életben is szükség lehet, nemcsak a járványok idején, vagy ha betegünk van otthon. Érdemes gondoskodni egy kézitáskában is hordható méretű ún. zsebpalackról (kézbedörzsölésre engedélyezett fertőtlenítő oldat, gél, kendő) ami elővehető:

- utazás során,
- tömegközlekedés igénybevétele után,
- étkezés előtt, nyilvános WC használat után, (akár előtte is)
- vagy bárhol, ahol fertőzésveszélynek vagyunk kitéve.

XII AZ ÚN. „NÉMETORSZÁGI JÁRVÁNY”

Több okból is említésre méltó a 2011-ben észlelt – járványügyi szakembereket és a lakosságot egyaránt felizgató, halálozással is járó ún. „Németországi Járvány”, melynek a Shiga toxint termelő Coli-O-104 volt az okozója. Ennek az

enteritisszel kezdődő fertőzésnek a lényege az, hogy egyes esetekben a baktérium toxinja hatására hemolízis és veseelégtelenség alakult ki (Hemolytikus Uraemiás Szindróma=HUS), mely halállal végződhet.

- E fertőzésnél az antibiotikum kezelés azért is veszélyes lehet, mert a tapasztalatok szerint segítheti a toxinok felszabadulását és a HUS kialakulását!
- A szakemberek szerint mégis nagyon egyszerűen meg lehet előzni ezt a fertőzést azzal, ha mostanában nem eszünk nyers magvakat, az ételkészítésnél betartjuk az élelmezésre vonatkozó higiénés szabályokat és evés előtt megmossuk a kezünket!

Egy alkalommal végeztünk egy felmérést arra vonatkozóan: „Hányan mosnak kezet az egészségügyi dolgozók közül a menzán ebéd előtt?” Sajnos nagyon alacsony számot kaptunk (11%).

XIII. MEGELŐZNI EGY FERTŐZÉST SOKKAL KÖNNYEBB, MINT MEGGYÓGYÍTANI!

Összefoglalva a felvázolt korábbi 12 pontot, egyértelmű az, amire a szakemberek világszerte figyelmet fordítottak: ma is érdemesebb megelőzni a fertőzéseket, mert majdnem olyan nehéz őket meggyógyítani, mint az antibiotikum éra előtt.

Nem halasztható tovább a prudens (azaz felelősségteljes) antibiotikum alkalmazás mert az antibiotikum nem csodaszer, hanem inkább lehetőség, amivel fegyelmezetten kell élni [2], különben kifejezetten árthat nekünk, – a legjobban azzal ha nem használ, – éppen akkor, amikor a legnagyobb szükség lenne rá.

A kézhigiénés szabályok egyszerű beavatkozások, de életek múlhatnak rajta, ezért a betartásukat meg kell követelni az egészségügyi ellátás minden szintjén, így a járóbeteg szakellátásban is!

Ezek nélkül beválhat Lister jóslata, és „A baktériumoké lesz az utolsó szó!” [2]

IRODALOMJEGYZÉK

[1] Európai Antibiotikum Nap Epinfo 2008. 15. évfolyam 44. szám

[2] Gondolatok az antibiotikum profilaxis hazai gyakorlatáról Szalka A. LAM 2007;17:305-308.

[3] Infektókontroll a fogászatban Fráter M. SZTE FOK Szakdolgozat 2010.

[4] Antibakteriális terápia Nagy E. SZTE KMDI Farmakoterápia Kurszus 2009.

[5] Johann Béla Országos Epidemiológiai Központ Módszertani Levele a Meticillin/Oxacillin rezisztens Staphylococcus Aureus törzsek (MRSA) által okozott fertőzések megelőzése Epinfo 2001. 8. évfolyam 5. Különszám

[6] Módszertani Levél a Clostridium Difficile fertőzések diagnosztikájáról, terápiájáról és megelőzéséről. Epinfo 2011. 18. évfolyam 4. Különszám

[7] A flexibilis endoszkópokkal történő beavatkozásokkal kapcsolatos fertőzések megelőzéséről és kontrolljáról. Epinfo 2004. 4. Különszám

[8] Direkt megfigyeléssel mért kézhigiénés compliance eredményei Epinfo 2011. 18. évfolyam 32. szám

[9] Kézhigiéné az egészségügyi ellátásban (WHO Irányelv) Epinfo 2006; 30: 377-384

[10] OEK Módszertani Levél: A kézhigiéné gyakorlata az egészségügyi és az ápolást végző szociális szolgáltatásokban Epinfo 2010. 17. évfolyam 2. Különszám

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Nagy Kamilla 1979-ben Szegeden végzett az SZTE Általános Orvosi Karán. 1984-ben Közegészségtan-járványtanból, majd 2004-ben Megelőző orvostan és Népegészségtanból szakvizsgázott. 10 évig a Szeged Városi Kórház Járványügyi Osztályának vezetője volt. 1989 óta az SZTE Kórházhigiéne osztályán dolgozik osztályvezető

főorvosként. 1996-ban Egészségügyi menedzseri végzettséget szerzett, 1997-ben egészségügyi közgazdasági szakokleveles orvos lett. Tagja a Magyar Infekciókontroll Társaság Elnökségének, a Magyar Kórházszövetség Infekciókontroll Szakbizottságának, az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesületének és a Magyar Egészségügyi Menedzser Klubnak. Amíg működött a Kórházhigiéne területén a szakfelügyelet, a Délalföldi Régióban a Kórházhigiéne szakfelügyelő főorvosi tisztségét is betöltötte.



Dr. Fráter Márk 2010-ben végzett a Szegedi Fogorvostudományi Karon. Egyetemi éve alatt a Tudományos Diákköri Konferenciákon számos alkalommal vett részt sikerrel infektókontroll témájú előadással. Szintén infektókontroll témakörben előadással szerepelt Magyar Infekciókontroll Társaság

Kongresszusán az utóbbi években. Jelenleg a Szegedi Fogorvostudományi Kar Konzerváló Fogászati és Endodontiai Tanszékének oktatója és PhD – hallgatója endodontia témakörben és a Szegedi Gazdaságtudományi Kar levelező hallgatója az orvos-közgazdász szakirányú képzésen. Folyamatban lévő kutatásai között szerepel az MRSA kolonizáció vizsgálata a fogászati páciensek körében.

Egy világ, egy otthon, egy szív

A Szív Világnapját minden év szeptember 29-én tartják. Az idei évben az egyéni és otthon történő kockázatcsökkentés volt a világnap egyik fő témája. A Magyar Hypertonia Társaság ennek kapcsán programjával a szívbetegségek és a stroke fő kockázati tényezőjének számító magas vérnyomás otthoni, családi körben történő mérésére hívta fel a figyelmet.

A Szív Világnapját 2000-ben hozták létre, azzal a céllal, hogy világszerte informálják az embereket a szívbetegségekről és a stroke-ról, melyek a világ vezető halálozási okaiként évente több mint 17 millió emberéletet követelnek. Tagjaival közösen a Szív Világszövetsége (World Heart Federation) arra helyezi a hangsúlyt, hogy a szívbetegségekből és a stroke-ból adódó halálozás legalább 80 százaléka megelőzhető lenne, ha a fő rizikófaktornak számító dohányzás, egészségtelen étkezés fizikai inaktivitás megváltozna.

Az említett életviteli problémák – mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás, túlzott sófogyasztás, elhízás – egyben magasvérnyomás-betegség kialakulását idézheti elő, ami az egyik fő rizikótényezője a szívbetegségeknek és a stroke-nak.

A világméretű kampány szervezői az elmúlt két évben a munkahelyi szív egészségére fókuszáltak, de ebben az évben az egyénekhez fordulnak azzal, hogy mindenki csökkentse a saját és családjá stroke és szívbetegség kockázatát. Ezt fejezi ki az idei év szlogenjében a „one home” (egy otthon).

A magas vérnyomás megelőzésére történő odafigyelést és a helyes vérnyomásmérés oktatását nem lehet elég korán elkezdni. Azért, hogy már a legfiatalabb korosztály körében is ismertté váljon a magas vérnyomás fogalma és ők is részt vállaljanak a rendszeres otthoni vérnyomásmérés elterjesztésében a Társaság pályázatot hirdetett általános és középiskolák részére. Így most minden iskola részt vállalhat abban, hogy a nála tanuló diákok hozzájárulhassanak szüleik egészségi állapotának javításához, a betegség megelőzéséhez!

A feladat, hogy a diákok mérjék meg a legtöbb szülő, nagyszülő, családtag, ismerős vérnyomását és a mért értéket rögzítve és beküldve vegyenek részt a pályázaton. A kitöltött vérnyomásíveket 2011. november 15-ig kell beküldeni. A három legtöbb pontot begyűjtő iskola lesz a díjazott, az első helyezett 300 000, a második 150 000, a harmadik 50 000 forint értékű sportszervásárlási utalványt nyer!

Az iskolai pályázat részletei megtalálhatók a www.hypertension.hu weboldalon, a helyes mérés elvégzéséhez pedig segítséget nyújt a <http://www.facebook.com/hypertoniaeve> oldalon folyamatosan megjelenő oktatófilm-sorozat is.