

Új és régi kihívások a neurológiában

Interjú Dr. Nagy Zoltán egyetemi tanárral a szakmára váró legfontosabb feladatokról

„Azt látjuk, hogy a hazai betegellátás ezer sebből vérzik, és komoly modernizálásra szorul annak dacára, hogy felkészült centrumaink, kiváló szakembereink vannak és a magyar neurológiát nemzetközi megbecsültség övezi.” – fogalmazott lapunknak adott interjújában rovatvezetőnk, Dr. Nagy Zoltán professzor, aki az újjáalakult Egészségügyi Szakmai Kollégium Neurológiai Tagozatát vezeti. Az egészségügyért felelős nemzeti erőforrás miniszter munkáját segítő tanácsadó testület tagjaként a professzor arra törekszik, hogy az ellátórendszer újjászervezése során sikerüljön megoldást találni olyan égető problémákra, mint például az akut stroke ellátás alulfinanszírozottsága, vagy a betegutak rendezetlensége.

– Professzor úrnak elvülhetetlen érdemei vannak a hazai stroke ellátás megszervezésében: megfogalmazta a Nemzeti Stroke Programot, az Agyérbetegségek Országos Központja igazgatójaként szorgalmazta a hazai stroke részlegek, centrumok megszerveződését és műszeres feltételeinek megteremtését, megalapította a Magyar Stroke Társaságot. Hogyan látja az agyér-betegek ellátásának jelenlegi helyzetét?

Országos szinten az összes stroke-beteg mindössze két-három százaléka részesül az életkilátásokat és az életminőséget jelentős mértékben javító vérrögoldó kezelésben. Nyugat-Európában ez az arány jóval magasabb, Németország egyes centrumaiban például eléri a 14-17 százalékot. A legújabb szakmai irányelvek alapján a heveny agyi katasztrófák kb. 80-85 százalékát kitevő ischaemiás stroke akut ellátásának időablaka háromról négy és fél órára toldott ki, ami elméletileg megnöveli a vérrögoldó kezelés – trombolízis – alkalmazásának lehetőségeit. Gyakorlatilag azonban azzal a problémával kell szembenéznünk ma Magyarországon, hogy az akut ellátás szervezési és finanszírozási feltételei megoldatlanok.

KI IDŐT NYER, ÉLETET NYER

A legsürgetőbb feladat a stroke-ellátás finanszírozásának rendezése, hiszen a teljesítmény-volumen korlát (tvk) miatt az akut ischaemiás stroke betegek trombolízis kezelése alulfinanszírozott. A jogszabályi környezet jelenleg korlátot szab a kórházaknak, magyarán, egy bizonyos teljesítményszint fölött nem jár HBCS az ellátó intézményeknek a kezelésért. A kórházi osztályok évente 120 ezer stroke eseményt jelentenek – nyilvánvaló, hogy ezek java post-stroke jellegű, és nagyjából összesen 30-40 ezerre tehető a valóban akut ese-

tek száma. Hogy ezek közül melyeknél indokolt és szükséges vérrögoldó kezelést alkalmazni, azt CT-vizsgálattal lehet egyértelműen kimutatni. Éppen ezért a Magyar Stroke Társaság nevében az Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz fordultunk, és tárgyalásaink során azt javasoltuk, hogy az ellátóhelyek csak azon stroke esetek után kapják meg a teljes finanszírozást, amelyeknél a beteg felvételét követően megtörtént a CT-vizsgálat és azt dokumentálták. Számításaink szerint körülbelül 5-600 millió forintba kerülne, hogy minden trombolízisre szoruló beteg megkapja a kezelést.

A másik megoldásra váró kérdés a betegszállítás optimalizálása. Tudjuk, hogy az időfaktoroknak kiemelt jelentősége van a betegek gyógyulásában, mivel az időben megkezdett vérrögoldó kezelés nagymértékben javítja a prognózist. A hangsúly a gyorsaságon van, mert csak az időablakon belül végzett beavatkozás csökkentheti számottevően a halálozást, a maradványállapotok súlyosságát és számát. Minden perc számít, hiszen – ahogy szoktuk mondani – az idő egyenlő agyszövettel. Ezért rendkívüli hordereje van annak, hogy a beteg – tartózkodjon az ország bármely pontján – a tünetek jelentkezése után a lehető leggyorsabban bekerüljön a legközelebbi stroke ellátásra specializálódott centrumba. Már 2005-ben elkészítettük és publikáltuk azt a térinformatikai elemzést, amelyben leírtuk, hogy milyen centrumelosztással lehetne optimalizálni a betegszállítást.

– Éppen a betegutak optimalizálását sürgeti mindenki az egészségügyi struktúraátalakítás kapcsán...

Nem véletlenül, hiszen a betegutak jelenleg teljesen katóikusak. Az előző kormányzat a területi ellátási kötelezettségeket finoman szólva is átgondolatlanul határozta meg. A budapesti Neurológiai Klinika stroke ellátási kötelezettségét például 1,2 millió lakosban állapították meg, aminek nyilvánvalóan képtelenség megfelelni. Azt már tudjuk, hogy három sürgősségi centrum kialakítását tervezik a fővárosban: a dél-pestit, az észak-pestit és a budait. A budai központba a Semmelweis Egyetem Kútvölgyi és Városmajor utcai tömbje mellett a Szent János Kórház integrálódna. Ez utóbbival kapcsolatban vannak aggályaim, hiszen a Szent János Kórház épületei meglehetősen amortizálódott állapotúak. Márpedig a sürgősségi centrumoknak igen komoly kritériumoknak kell megfelelniük, hiszen bármely napszakban biztosítaniuk kell az előzetes bejelentés nélkül érkező súlyos, életveszélyes állapotú betegek teljes körű ellátását. Ennek megfelelően a sürgősségi centrumokban ügyeleti szinten kell működtetni mindazokat az osztályokat, amelyekkel a gyógyítás teljes vertikuma lefedhető.

Ennek kapcsán beszélni kell az orvoshiányról is, ami a neurológiában nehéz helyzeteket teremt. A szakember-ellá-

tottság nem egyenletes az országban, bizonyos kérdésekben kevesen jártasak. Amikor kiélezett helyzetekben rapid szakmai döntést kell meghozni, az ellátó orvos számára létkérdést jelenthet egy tapasztalt kolléga véleménye. Erre jó az internet alapú kommunikáció – telemedicina, telecare, telestroke –, amely mindenki számára elérhető, és a költségei sem számottevőek. Lényegében arról van szó, hogy az e-health módszertanát felhasználva a számítógép mellől online sürgősségi konzultációt lehet folytatni egy szakkonzulenssel.

– Professzor úr már 2002-ben nyilatkozott az IME lapnak a telestroke rendszerről. Akkor országos hálózat kiépítését tervezték – mi valósult meg ebből?

Gyakorlatilag az Agyérbetegségek Országos Központja és az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet között működött ilyen jellegű telekonzultáció. A programot kidolgoztuk, a technika adott lett volna, ám a kórházak részéről mégsem jelentkezett számottevő igény a lehetőség iránt. Pedig a telemedicina legfontosabb hozadéka a stroke ellátásban éppen az, hogy az egyik intézményben fekvő beteg összes vizsgálati adata átvihető egy másik intézménybe, ahol a konzulens mindezt láthatja, és magát a beteget is figyelemmel követheti. Idővesztés nélkül láthatja el tanácsaival, javaslataival a konzultációt kérő kezelőorvost. Az informatika adta lehetőségek határtalanok. Élnünk kellene a 21. század technikájával, hiszen az orvosok professzionális informatikai háttérrel gazdagított együttműködése hatékonyabb ellátást eredményezhetne.

HIGH TECH A NEUROLÓGIÁBAN

– Ha már szóba került a 21. század, érdemes kitérni az invazív beavatkozásokra, amelyeket napjainkban már rutinszerűen végeznek a kardiológiában, nem csekély eredménnyel. Hol tart ma az invazív neurológia?

A világ az invazív ellátás felé halad – ezt a májusban, Hamburgban megrendezett XX. Európai Stroke Konferencián elhangzottak is alátámasztották. Követendő példaként áll előttünk a kardiológia, amely óriási fejlődésen ment keresztül az utóbbi években. Az infarktus ellátása alapvetően megváltozott: a kardiológusok ma már radikálisan tudnak gyógyítani az invazív beavatkozásokkal. Ha arra gondolok, hogy a pályám elején az infarktusos betegeket hathetes ágynyugalomra kötelezték, s ha túl is élték ezt az időszakot, hatalmas szívkárosodással épültek fel és az életkilátásaik is meglehetősen kedvezőtlenek voltak, akkor ehhez képest igencsak megváltozott mára a helyzet. Felére csökkent a coronaria szindróma halálozása, ami egyértelműen a sürgősségi eszközös beavatkozások – a perkután coronaria intervenció, a stentbeültetés, stb. – elterjedésének köszönhető. Az agy azonban a szívnél jóval bonyolultabb szerv...

A neurológiában egyelőre az első lépések történtek meg. Ahogyan például a belgyógyászat, úgy a neurológia sem egységes ma már, hanem számtalan szubdiszciplíná-

vá tagozódott szét. Így keletkezett a vascularis neurológia, amely a stroke gyógyításával foglalkozik, s amelynek fejlődése az invazív beavatkozások irányába halad. Tulajdonképpen olyan neurológus szakemberekre lenne szükség, akik ugyanolyan professzionális módon tudják használni a katéttert, mint az invazív kardiológusok.

– Magyarán képesek katéttert feltolni úgy az agyba, hogy az közben nem sérül meg?

Igy van. Egyes európai centrumokban már alkalmazzák stroke esetekben a mechanikus trombuskihúrást. A hét-nyolc centiméternél hosszabb elzáródást például csak ezzel a módszerrel lehet megszüntetni. Intervenciós neuroradiológiai módszerekkel igen látványos klinikai eredmények érhetőek el. A jövő útja tehát a stroke ellátásban az intracranialis stent és a szuperszelektív thrombolysis. Az új vívmányok széles körű gyakorlati alkalmazására azonban egyelőre még várnunk kell, aminek több oka is van. Egyrészt a financiális korlátok, hiszen az invazív neurológiában alkalmazott katéterek igen drágák. Az anyagiakon kívül azonban a szervezést is meg kell oldani, ami szintén nem fog menni egyik napról a másikra. A magyarországi jogszabályi környezet ugyanis nagymértékben hátráltatja a folyamatot: míg a kardiológusok joggal használják a katéttert és végeznek invazív beavatkozásokat, addig a neurológiában ugyanerre az eljárásra csak a radiológus szakvizsgájával rendelkező kollégák jogosultak. Mivel az invazív neuroradiológia egy igen speciális szakterülete a neurológiának, Magyarországon összesen két-három olyan centrum működik, ahol ezeket a módszereket már alkalmazzák, s ha igen, akkor is programozottan. Nagyon szerencsés csillagállás szükséges tehát ahhoz, hogy az akut stroke-kal beérkező beteget megfelelően képzett szakember tudja fogadni, és szabad műtő, vagy angiográfiás laboratórium is rendelkezésre álljon. Az ilyen esetek aránya betegellátási szempontból mondhatni elenyésző. Mivel a „high tech” eljárások magas fokú szakmai felkészültség és technológiai háttér meglétét feltételezik, egyfelől fejleszteni kell a laboratóriumokat, másfelől nagyobb energiát kellene fordítani a fiatalok kiképzésébe.

NEM MINDEN PÉNZKÉRDÉS

– S ha már kiképezték, itthon is kéne tartani őket...

Igen, erről sokat beszélgettem a PhD hallgatóimmal. A velük folytatott diskurzusokból az derült ki számomra, hogy Magyarországon nem csak az alacsony bérezés jelent gondot, hanem az is, hogy a pályakezdők viszonylag későn válhatnak önállóvá. Ezzel szemben a nyugat-európai orvostudományban a szakorvosjelöltek nagyon gyorsan saját lábára állnak, korán kezdenek el operálni. A nyugati országokban az orvostanhallgatók és a rezidensek sokkal több gyakorlati képzést kapnak, mint nálunk. De facto ez egy mesterség – akkor lehet jól megtanulni, ha csináljuk. Legyen az nagyműtét, kisműtét, szívűtét, vagy agyműtét – módszereket kell ismerni, technikákat kell uralni. Oda kellene engedni a fiatalokat a műtőasztalhoz, és az eddigi-

nél jóval nagyobb technológiai felkészítést biztosítani a számukra. Ha egy pályakezdő orvos megkapja ezeket a lehetőségeket, akkor kevésbé fogja motiválni az, hogy elhagyja az országot.

– Ha jól értem, leginkább szemléletváltásra lenne szükség?

Pontosan. Sokkal nagyobb hangsúlyt kellene fektetni arra, hogy a fiatalok kellő rutinra tegyenek szert a manuális szakmákban. Az ideális az egy mester – egy tanítvány felállítás lenne, ami Nyugat-Európában teljesen bevett módszer. Ehhez azonban az is kell, hogy az idősebb kollégák mentálitása megváltozzon.

Ami konkrétan az invazív neurológiát illeti, e tekintetben rugalmasan kellene átalakítani az orvosképzést. Az olyan invazív beavatkozásokhoz, mint a trombus „levadászása”, vagy a szuperszelektív lízis, nagy manuális gyakorlat és kellő felkészültség kell. Az a specialista, aki mindezzel rendelkezik és éjjel-nappal készen áll a „bevetésre”, komoly értéket képvisel az ország számára. Rettentően nagy szükség lenne a munkájára a neuroradiológiában, és nem kellene arra kötelezni, hogy éveken át csonttöréseket lásson el, vagy a mellkasröntgen terén jeleskedjen. Márpedig jelenleg ez a helyzet: csak radiológiai szakvizsgával rendelkező szakorvos végezhet invazív neurológiai beavatkozásokat. A radiológus szakmának tovább kellene ezen lépnie, és kevésbé mereven, belátóbb módon gondolkodni ebben a kérdésben. Tehát egyfelől szervezési, másfelől szabályozási feladat lenne, hogy az invazív neurológiai beavatkozások elvégzésére való jogosultságot megkaphassák mindazok, akik kitunták a szakmát. Az igen nagy ütemben fejlődő szubdiszciplínákban – mint amilyen a vascularis neurológia, vagy az

invazív neuroradiológia – alkalmazkodni kellene a kor kihívásaihoz.

– A neurológia mely egyéb szakágában lenne szükség Ön szerint átszervezésre?

Említhetném a neurogenetikát is, a ritka kórképeket, amelyek ellátása szintén racionalizálásra szorul. A kis eset-számú, de igen drága kezelést igénylő betegségek diagnosztikáját elegendő lenne az egyetemi centrumokra bízni az idevonatkozó európai direktíva szerint. Magyarán országos szinten összesen négy ritka neurológiai kórképre szakosodott osztályra lenne szükség, ahol megtörténhetne a betegek kivizsgálása és a terápiastratégia kialakítása. A fenntartó kezelést pedig az alapellátásban, vagy rehabilitációs kórházakban lehetne folytatni, hiszen ezeken az ellátási szinteken nyilvánvalóan alacsonyabbak a költségek. Ezekben az intézményekben jóval kevesebb orvos, annál több diplomás szakápoló dolgozik. A képzett nővérek minden tudással és jogosítvánnyal rendelkeznek ahhoz, hogy komplett módon kézben tartsák a betegápolást.

Centralizált, alaposan átgondolt betegutakra épülő munkamegosztásra van tehát szükség – ezt diktálja a józan ész. Azt látjuk, hogy a hazai betegellátás ezer sebből vérzik, és komoly modernizálásra szorul annak dacára, hogy felkészült centrumaink, kiváló szakembereink vannak és a magyar neurológiát nemzetközi megbecsültség övezi. Úgy vélem, hogy az utolsó utáni percekben vagyunk. Bármilyen rendező elvnek örülni tudnék, ami véget vethetne a jelenlegi kaotikus helyzetnek. Mit tehetünk? A szakmai kollégium részéről javaslatainkkal segítjük a döntéshozókat az ágazat jövőjének tervezésében, a többi viszont már nem rajtunk, hanem a kormányzaton múlik.

Boromisza Piroksa

NÉVJEGY



Dr. Nagy Zoltán DSc, tudományos igazgatóhelyettes, egyetemitanár. „Summa cum laude” minősítéssel szerzett általános orvosi diplomát 1966-ban a Budapesti Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán. 1974-ben neurológia, 1977-ben pszichiátria, 1980-ban neuropathológia szakvizsgát tett. 1981-ben lett a II. sz.

Neurológiai és Pszichiátriai Klinika Cerebrovascularis osztályának vezetője. 1991-től egyetemi tanár. 1994-ben kinevezést nyert az Agyérbetegségek Országos Központjának igazgatására. 2002-ben pályázat útján elnyerte az OPNI főigazgatói beosztást. 2007-től a Semmelweis Egyetem ÁOK Kardiológiai Tanszékén a Vascularis neurológiai

Tanszéki Csoportban egyetemi tanár, 2007-től professzori kinevezést nyert a Pannon Egyetem Műszaki Informatikai Karára, mint kutató professzor, létrehozta a Bioelektromos Agyi Képző Laboratóriumot és jelenleg kutatásokat irányít.

Választott képviselő az MTA Orvosi Osztályán. 2008-tól az ETT-TUKEB tagja. 1988-tól 2008-ig a Neurológiai Szakmai Kollégium tagja, 1990-1995 között elnöke. Ugyancsak tagja volt az Angiológiai, valamint a Geriátriai Szakmai Kollégiumnak. 2011-től az Egészségügyi Szakmai Kollégium Neurológiai Tagozatának elnöke. Számos díjat és kitüntetést kapott, 2011-ben a Magyar Köztársaság Lovag keresztjét. 2010-től az IME Szerkesztőbizottság tagja, a Klinikai idegtudományok rovat vezetője.