

Onkológiai helyzetkép 2018

Interjú Dr. Polgár Csaba professzorral

Nagy sikerű előadást tartott az onkológia hazai helyzetéről a XII. IME Országos Egészség-gazdaságtani Továbbképzés és Konferencia első napján, 2018. június 20-án Prof. Dr. Polgár Csaba tanszékvezető egyetemi tanár, az Országos Onkológiai Intézet főigazgatója. Lapunknak adott interjújában összefoglalta az előadásában kifejtett legfontosabb gondolatokat, a magyar onkológia eredményeitől kezdve az infrastruktúra fejlesztésén át a közel-múltban aktualizált Nemzeti Rákellenes Programig.

MÉRFÖLDKÖVEK

– Melyek voltak a hazai onkológia fejlődésének legfontosabb mérföldkövei az elmúlt negyedszázadban?

Az elmúlt huszonhat év egybeesik Dr. Kásler Miklós professzor úr intézetvezetői pályájával. Az ő személyével indult meg az a folyamatos, nemzetközi irányelveken alapuló fejlesztés, melynek során kialakult az onkológiai ellátórendszer Magyarországon. A három progresszivitási szintnek megfelelően az Országos Onkológiai Intézet áll a progresszivitás csúcán, ezt követi a négy regionális centrum Pécsen, Debrecenben, Szegeden és Szombathelyen, valamint a 19 megyei onkológiai központ. Nagyon fontos volt, hogy ez a struktúra elfogadásra került és kiépült, és ennek megfelelően történtek az elmúlt években az infrastrukturális fejlesztések is. Ennek a majdnem három évtizedes időszaknak a történéseit természetesen nem könnyű összefoglalni. A legfontosabb, hogy 1993-ban megszületett a Nemzeti Rákkontroll Program, amely az Egészségügyi Világszervezet irányelveinek egyik alapmunkája volt. A dokumentum az egész ország onkológiai ellátásával foglalkozik, mind szervezetében, mind tevékenységében, mind a betegutak és a képzések vonatkozásában. A Nemzeti Rákkontroll Program később több ízben megújításra került, így az aktuális kormányzatok számára periodikus módon rendelkezésre állt egy rendszerszintű onkológiai rákellenes program, melynek bizonyos elemei az évek során meg is valósultak. Dr. Kásler Miklós – aki főigazgatóként kidolgozta az első rákellenes programot – kérte fel ez év májusában miniszterként az intézetünket, valamint négy további kiemelt terület – a szív- és érrendszeri megbetegedések, a mozgásszervi, a gyermekgyógyászati és a mentálhigiénés betegségek – országos intézeteit, hogy ki-ki a saját területére vonatkozóan készítse el azt az egészségügyi programot, amely a készülő népegészségügyi program részét fogja képezni. Ebben a legkönnyebb dolgunk értelemszerűen nekünk volt, hiszen egy már meglévő – utoljára 2006-ban aktualizált – programot kellett felújítanunk. A program magában foglalja a prevención kívül a szűréseket, a korai felismerést,

az ehhez szükséges diagnosztikát, illetve a komplex terápia mindhárom komponensét – a sebészetet, a gyógyszeres kezeléseket és a sugárterápiát –, továbbá a rehabilitációt, a rekonstrukciós lehetőségeket és a palliatív ellátást. Mindemellett foglalkozik az ellátórendszer struktúrájával, illetve tágabb viszonylatban a szakmai graduális és posztgraduális oktatással, a társadalmi szintű edukációs kérdésekkel, valamint a civil szervezetekkel történő együttműködéssel is. Ez tehát egy olyan komplex program, amely minden, az onkológiával kapcsolatos aktivitást lefed A-tól Z-ig. A jelenlegi program felépítése nem változott a korábbiakhoz képest, ám jelentős mértékben megújult az azóta kiépült struktúrához, illetve az új tudományos evidenciákhoz igazodóan.

– Hogyan alakultak a daganatos halálozás hazai mutatói az elmúlt években?

Az 1950-es évekig a daganatos halálozás mutatói hazánkban, illetve a nyugat-európai országokban még meglehetősen közel álltak egymáshoz. A kommunizmus időszakában, az 1950-es évektől kezdve egészen a rendszerváltásig szétnyílt az olló, és a keleti blokk országokban – így hazánkban is – meredeken emelkedett a daganatos halálozás. A tendencia okait nem részletezném, de nyilvánvalóan közrejátszott benne, hogy a második világháború után Magyarország a társadalmi és gazdasági fejlődés szerencsétlenebb oldalára került. Ez a jelentős ollónyílás a rendszerváltás után megtört: az 1990-es évektől kezdve továbbra is emelkedett ugyan a daganatos halálozás, a növekedés üteme azonban lelassult. A 21. században jutottunk el oda, hogy az utóbbi hét-nyolc évben már stagnál a daganatos halálozás, amely ugyan még mindig magasabb, mint Nyugat-Európában, de már nem emelkedik. Ezt annak a fényében érdemes értékelni, hogy ez idő alatt a gyakoriság, vagyis az évente felfedezett új daganatos esetek száma továbbra is emelkedett. Az elmúlt tíz évben évente tízezerrel több daganatot fedeztünk fel, mint korábban, ugyanakkor az éves halálozás most is 32-33 ezer között mozog. Ez azt jelenti, hogy ugyanebben az időszakban 9-10 százalékkal javultak a gyógyulási esélyek. Fontos megjegyezni, hogy mind a daganatos betegségek gyakoriságára, mind a halálozásra vonatkozó statisztikai adatokat távolságtartással kell szemlélni, még Európában is. Kevesen tudják, hogy az Európai Unió lakosságának mindössze 30 százalékát fedi le nemzeti rákregiszter. Míg Magyarországon az Országos Onkológiai Intézet évtizedek óta nagyon pontos adatokat szolgáltat, addig a keleti és déli országok vonatkozásában az adatok általában becslésen, vagy részregisztereken alapulnak. Ennek is be tudható, hogy európai összehasonlításban mi vezetjük a halálozási listát.

A FEJLŐDÉS ÚTJÁN

– Hogyan fog zajlani a programban kitűzött célok megvalósítása?

Mind az öt érintett csúcsintézmény – az Országos Onkológiai Intézet, az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, a Heim Pál Kórház, a Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet és a Gottsegen György Országos Kardiológia Intézet – határidőre kidolgozta a saját területén azokat a programokat, amelyek az új népegészségügyi program részeit képezik. Ezt követően a minisztérium által kijelölt szakmai és civil szervezetek észrevételei alapján az országos intézetek elvégezték a szükséges módosításokat. Jelenleg az öt program harmonizálása, összefésülése zajlik a minisztériumban, tudomásunk szerint az így véglegesített program ez év őszén kerülhet a kormány elé. Nyilvánvalóan minden további feladat – többek közt a forrás hozzárendelés – a minisztérium, illetve a kormányzat döntésén fog múlni. Az ütemezés nem csak szakmai, hanem politikai, és elsősorban gazdasági kérdés is. Azonban ismervé miniszter úr elkötelezettségét, úgy gondolom, hogy ez lesz az első alkalom, amikor esély nyílik arra, hogy a Nemzeti Rákellenes Program meg is valósuljon.

– Milyen intézkedésekkel segíti elő az ágazatvezetés a primer prevenció megvalósulását?

A legfontosabb lépés a nemdohányzók védelméről szóló törvény 2012-től hatályos módosítása volt. Emellett a népegészségügyi termékadó (chipsadó), a kötelező mindennapi tornaóra bevezetése az iskolákban, és a tornaterem építési program is onkológiai primer prevenciót szolgáló hatással bírt. Idesorolandó, hogy 2014 óta a HPV elleni oltás államilag finanszírozott a serdülőkorú lányok részére. Ezen a területen igen jó részvételi hajlandóság mutatkozik: körülbelül 85 százalékos az átoltottság. Ez azt jelzi, hogy a felnőtt lakosság, bár a saját egészségének megőrzésével sajnos kevésbé foglalkozik, a gyermekei számára biztosítani kívánja ezt a lehetőséget.

– Mennyire eredményes a hazai szervezett szűrési rendszer? Milyen részvételi arány nevezhető sikeresnek, és ehhez képest hol tartunk ma?

Mint ismert, 2001-ben került bevezetésre a mammográfias országos szűrési program, amely szakmai szempontból jól működik, de a részvételi arány javítása mindenképpen prioritást élvez. Mammográfias szűrésre két évente kapnak meghívást a 45-65 év közötti hölgyek, akiknek csak 45-46 százaléka jár el a szűrésekre. Meg kell jegyezni, hogy a szűréseken résztvevő 45 százalék nem azt jelenti, hogy 55 százaléknál érintett lakoságnak nincs mammográfiaja. Ugyanis az érintett populáció további 10-15 százaléka vesz részt klinikai mammográfias vizsgálaton az állami, vagy a magán egészségügyi szolgáltatóknál. Ezt figyelembe véve az átvizsgáltság aránya a becslések szerint 60 százalék körüli. Mindemellett nyilvánvaló, hogy nagyon fontosnak tartjuk a mammográfias szűrés részvételi arányának javítását, a cél az,

hogy a részvétel elérje a 70 százalékot. Ugyanez igaz a méhnyakrák szűrésre, ahol a védőnők bevonásával igyekszünk javítani a részvételi arányt. A WHO által javasolt háromféle népegészségügyi szűrési program közül a vastag- és végbélrák szűrés hiányzott eddig Magyarországon, ami a jelenlegi tudomásunk szerint ez év őszétől megindulhat. A két évente végzett, széklet okkult vér kimutatáson alapuló kémiai teszttel az 50-70 év közötti női és férfi lakosság ingyenes szűrési lehetőséghez jut. Ez egy nagy előrelépés lesz, hiszen évente tízezer új megbetegedést fedezünk fel, és minden évben ötezer beteget elveszítünk. Számításaink szerint öthatszáz halálesetet előzhetünk meg, hogyha szűréssel korai stádiumban fedezzük fel a betegséget. Pozitív székletteszt esetén második lépcsőben a vastagbél-tükrözés (kolonoszkópia) következik, amely sokkal pontosabb vizsgálóeljárást jelent, azonban ezzel a módszerrel nem biztosítható a népegészségügyi szintű szűréstől elvárható részvételi arány. Ha ugyanis primer módon az egy lépésű kolonoszkópiás szűrést ajánlanánk fel – eltekintve attól a kérdéstől, hogy rendelkezésre áll-e elegendő számú vizsgálókészülék az országban –, becslések szerint még a 30 százalékot sem érné el a részvétel a tükrözés fájdalmas és invazív volta miatt. A panasz- és tünetmentes lakosság bevonása egyértelműen könnyebb a székletvér vizsgálat esetében, hiszen az nem jár kellemetlenséggel a beteg számára.

AZ ELLÁTÁS MINŐSÉGI SZINTJEI

– Milyen lépések megtétele szükséges a daganatos betegek ellátásának egységesítése, az esélyegyenlőség megteremtése érdekében?

A daganatos betegek diagnosztikája és kezelése teljesen más hozzáállást igényel, mint például a sürgősségi ellátás, ahol a betegnek tíz percen belül a megfelelő ellátóhelyre kell jutnia és a legmagasabb szintű ellátást meg kell kapnia. A daganat nem akut betegség, s bár az időfaktor ezen a területen is fontos, nem percekben, és nem is órákban mérhetjük a sürgősséget. Ennél jóval fontosabb, hogy centralizált módon történjen a betegellátás, olyan ellátóhelyen, ahol a diagnosztika, a terápia és a rehabilitáció minden eleme rendelkezésre áll. Az elmúlt időszakban jelentős előrelépés történt az ellátórendszer centralizálásában, és várhatóan ezen az úton fog a minisztérium és a szakma tovább haladni. Valójában az lenne a legfontosabb, hogy a daganat gyanúja esetén a 19 megyei onkológiai központ valamelyikébe kerüljön be már kivizsgálásra is a beteg. Ezzel rövidíthető lenne a kivizsgálás időtartama. Hiszen a betegek ellátására az infrastruktúra már most is adott a megyei centrumokban, mégis sok időt veszít a beteg, amíg a daganat gyanújától a diagnózison és az onkoteam döntésén keresztül végül eljut arra a helyre, ahol a definitív, legjobb minőségű kezelést megkaphatja.

– Vagyis a betegút menedzsment terén van javulásra szükség?

Igen, a betegutak lerövidítése, az ellátás centralizálása révén teremthető meg az esélyegyenlőség, vagyis az, hogy

a hódmezővásárhelyi beteg ugyanazt az ellátást kapja, mint egy budapesti hegyvidéki beteg. Természetesen ez azt is jelenti, hogy a progresszivitási szinteknek megfelelően nem mindenkit a megyei központok valamelyikében kell ellátni. A megyei központoknak alkalmasnak kell lenniük a gyakoribb daganatos betegségek kezelésére. Amennyiben pedig ritka betegségről, vagy speciális kezeléstről van szó, akkor egygyel, vagy kettővel magasabb progresszivitási szintre, tehát vagy regionális centrumba, vagy az országos intézetbe kell majd irányítani a beteget. Ez részben jelenleg is így működik, de az út elején, tehát a daganat első jeleitől az onkoteam döntéséig eltelt idő az, amiről úgy gondoljuk, hogy megfelelő szabályozással tovább lehet rövidíteni.

– Hogyan néz ki a magyar onkológiai ellátórendszer progresszivitási szintenként? Mely szinteken van szükség fejlesztésre?

A 2/A progresszivitási szinten helyezkednek el a megyei központok, ahol rendelkezésre áll a diagnosztika, a sebészet és a gyógyszeres kezelés, de sugárterápia nincs. A 2/B szintet jelentik azok a megyei központok, valamint Budapesten az Uzsoki utcai Kórház, ahol a felsoroltakon kívül a sugárterápia is rendelkezésre áll. A 3/A szinten a regionális centrumok állnak, ahol szintén minden modalitásnak rendelkezésre kell állni, kiegészülve a molekuláris patológiai diagnosztikával, az oktatással, valamint bizonyos speciális kezelésekkal. A rendszer csúcán áll a 3/B progresszivitású szinten lévő Országos Onkológiai Intézet, ahol a teljes paletta – beleértve az oktatást, speciális kezeléseket a rehabilitációig bezárólag, mind pedig a nagyon ritka betegségek kezelése – feltételei adottak. Természetesen minden szinten szükség van fejlesztésre. A meglévő gépek amortizálódnak, legyen szó akár CT, MR, vagy besugárzó készülékekről, amelyeknek a cseréjét tízévente biztosítani kell. Bizonyos területeken szolid bővítésre is szükség lesz majd az elkövetkezendő években.

– Megmutatkozik-e már számszerűsíthető eredményben a sugárterápia infrastruktúrájának elmúlt években végrehajtott fejlesztése?

Az elmúlt öt év során igen jelentős fejlesztés ment végbe a sugárterápia területén. A géppark körülbelül 60 százaléka került lecserélésre, és 10 százalékkal nőtt a besugárzó készülékek száma. Veszprémben néhány éve új sugárterápiás központ létesült. Nem is annyira a számszerűsíthető eredményt, hanem sokkal inkább a minőségi mutatók megismerését tartjuk fontosnak. Jelenleg a Magyar Sugárterápiás Társaság országos felmérést végez, amelynek előzetes adataiból az látszik, hogy a modern besugárzási módszerek bevezetése – aminek feltétele volt a gépek cseréje – jelentős minőségi ugrást eredményezett a sugárterápiás központokban. A modern technikák – így az intenzitásmódulált radioterápia, a képvezérelt sugárkezelések – aránya többszörösére nőtt a 2014-ben végzett felméréshez képest. Megszűntek a hosszú várakozási idők vidéken és Budapesten is, például az Országos Onkológiai Intézetben sincs már két hétnél hosszabb előjegyzési idő.

OKTATÁS, KÉPZÉS

– Elegendő számú szakember dolgozik-e az onkológiai betegellátásban?

Elegendő számú szakember még a nyugati országokban sincs az onkológiai ellátásban, és általában az egészségügyi ellátásban sem. Budapesten nincs szakorvosihiány, mind a sugárterápiás, mind a klinikai onkológus szakorvosok utánpótlása biztosított. A vidéki centrumokban azonban nehézséget okoz a megfelelő számú rezidens felvétele. Általánosságban elmondható, hogy az onkológia helyzete ebből a szempontból nem rosszabb, mint az egyéb egészségügyi szakterületeké.

– Mennyire vonzó terület az onkológia a fiatal, pályakezdő orvosok számára?

A célzott biológiai terápiák, illetve újabban az immunterápiás lehetőségek, amelyek mind elméleti, mind gyakorlati téren jelentős előrelépést jelentettek az addig alkalmazott kemoterápiás sejtmérgekhez képest, atraktívabbá tesznek számos onkológiai szakmát. A patológia teljesen új irányt vett a célzott terápiák targetjeinek megtalálásával végzett diagnosztikai munkával. Nagy lendületet vett a klinikai onkológia, a kutatási és terápiás lehetőségek mind jobb eredményekkel kecsegtetnek. A sugárterápia területén végbement technológiai fejlődés – a képvezérelt és intenzitásmódulált módszerek, illetve intézetünkben az új CyberKnife készülék telepítése – is vonzza a fiatalokat. Általános kérdésként merül viszont fel, hogy az orvosi pálya népszerűsége az utóbbi évtizedekben nem mindig a kívánt irányban haladt.

– Milyen előrelépés történt az onkológiai ismeretek graduális és posztgraduális oktatásában?

A hazai onkológiai és sugárterápiás képzés ma már konform az európai irányelvekkel. Néhány éve a klinikai onkológia önálló szakvizsgává vált, ami elvárás is volt az európai irányelvekhez történő csatlakozáshoz. Az oktatást az Európai Onkológus Társaság (European Society for Medical Oncology, ESMO) curriculumának megfelelően alakítottuk át. A sugárterápia már régóta önálló alapszakvizsga, és évtizedek óta az Európai Sugárterápiás Társaság (European Society for Radiotherapy and Oncology, ESTRO) curriculumája alapján történik a szakvizsga. Az elmúlt időszakban a négy orvosegyetem egységesítette a szakvizsga-kérdéseket is. Megindult a klinikai sugárfizikus képzés, és megoldottá vált a képalkotó és sugárterápiás asszisztensek BSc szintű főiskolai egészségügyi képzése is. Az oktatási rendszerünk tehát megfelel az európai normáknak. Korábban a négy orvosegyetem közül egyedül a Semmelweis Egyetem nem rendelkezett önálló onkológiai tanszékkel. 2015 óta az Országos Onkológiai Intézet külső tanszékként biztosítja az onkológia oktatását az egyetemen. Az idei évben a Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Karán önálló féléves, vizsgaköteles tantárgyként indult meg az ötödéves orvostanhallgatók onkológiai képzése. Ennek elősegítésére nemrég jelent meg az intézet és a tanszék dolgozóinak szerzőségével az új egyetemi jegyzet.

– Mit remélhetünk társadalmi szinten az onkológiában végbement fejlődéstől?

Mint említettem, ma arányaiban jóval több daganatos beteg gyógyul meg, ami természetesen jelzi az egész onkológiai ellátórendszer hatékonyságának javulását. Nyilvánvaló módon szerepet játszik ebben a szűrések bevezetése, a korai diagnózis, a terápiák hatékonyságának javulása, bele-

értve a sebészetet, a gyógyszeres kezeléseket és a sugárterápiát. Nem várhatjuk, hogy a daganatos betegségek gyakorisága csökkenni fog, de lassítani tudjuk a növekedés ütemét. A halálozás tekintetében pedig ki lehet tűzni azt a célt, hogy az emelkedő gyakoriság ellenére ne csak stagnáljon, hanem elkezdjen csökkenni a halálozás, amivel meg tudnánk közelíteni az európai átlagot.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Polgár Csaba 1993-ban szerzett általános orvosi diplomát a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen (SE). 1993 októbere óta az Országos Onkológiai Intézet (OOI) Sugárterápiás Osztályán dolgozik – 1999-től adjunktus, 2000-től főorvos; 2002-től osztályvezető-helyettes főorvos, 2009-től osztályvezető főorvos, 2012-től központvezető

főorvos beosztásban. 2013-tól a főigazgató főorvos általános helyettese, 2018 májusától főigazgató főorvos. 1997-ben sugárterápiából, 2000-ben klinikai onkológiából szakvizsgázott. Egy hónapos külföldi tanulmányúton vett részt 1997-ben a Lipcsei Egyetem, 1998-ban pedig a Drezdai Egyetem sugárterápiás klinikáin. A SE Doktori Iskolájában 2001-ben PhD fokozatot szerzett, majd 2007-ben habilitált. 2013-ban egészségügyi menedzser diplomát (MSc fokozat) szerzett ugyancsak a SE Egészségügyi Közszolgálati Karán. 2009-től a Marosvásárhelyi Orvostudományi és Gyógyszerészeti Egyetem Orvos-továbbképző Tanszékének professzora. 2015. óta a SE ÁOK Onkológiai Tanszékének vezetője. 2015. szept. 1-én egyetemi tanári kinevezést kapott. A Magyar Sugárterápiás Társaság tagja 1993 óta, 2004-2008 között főtitkára, 2010-2012 között elnöke, jelenleg vezetőségi tagja. A Magyar Onkológusok Társasága vezetőségi tagja 2003 óta. Az Európai Brachyterápiás Társaság (GEC-ESTRO) vezetőségi tagja 2003-2015 között, illetve 2017-től

jelenleg is. A GEC-ESTRO Emlőrák Munkacsoportjának elnöke 2009-2013 között. A Belga Sugárterápiás Társaság tiszteletbeli tagja 2005 óta. Tagja továbbá az Európai Sugárterápiás Társaságnak (ESTRO) és az Amerikai Brachyterápiás Társaságnak (ABS). 2008 óta tagja a Magyar Tudományos Akadémia – Fiatal Kutatók Testületének. 2008 óta az OOI-ben a graduális és posztgraduális oktatás és a folyamatos orvosi továbbképzés vezetője. A Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium tagja 2009-2011 között, a Szakmai Kollégium Onkológia és Sugárterápia Tanácsának elnöke 2011 óta, 2018 óta a Tagozat elnöke. PhD témavezető az SE, illetve a Marosvásárhelyi és Pécsi orvostudományi egyetemek doktori iskoláiban. Témavezetésével eddig három kollégája szerzett PhD fokozatot. Számos folyóirat szerkesztő bizottsági tagja (Strahlenther Onkol, J Contemp Brachyther, Radiol Oncol, Magyar Onkológia, Onkológia), illetve társszerkesztője (Brachytherapy, Rep Pract Oncol Radiother). Fő kutatási területe az emlődaganatok brachy- és teleterápiája, illetve a képvezérelt háromdimenziós és intenzitás-modulált besugárzási technikák bevezetése. Számos tudományos díj nyertese hazánkban (MOT Kiváló Ifjú Onkológus Díj, Magyar Onkológia legjobb eredeti közlemény díja, Orvosi Hetilap Markusovszky Lajos-díj) és külföldön (Judith Stitt award, ESTRO-Nucletron Brachytherapy award). 2017-ben MTA doktora címet szerzett és Batthyány-Strattmann díjban, valamint Krompecher díjban részesült.

65 éves az OKITI

Egész napos tudományos napot rendezett pénteken az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet (OKITI). Az esemény apropóját az OKITI 65 éves jubileuma és a közelgő STROKE világnap, aktualitását pedig a megújuló hazai és nemzetközi irányelvek adták. Az OKITI-Nutricia szimpózium az idegsebészet, neurológia és neuroradiológia tudományterületeinek legújabb felfedezései mellett a stroke-on átesett betegek korszerű táplálástérápiájával is foglalkozott.

Az „Amerikai úti idegsebészet”, mai nevén az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet megalapítása, 1953 óta az idegtudományok hazai módszertani, technikai és technológiai fejlesztésének élén áll. Az idegtudományok európai élvonalába tartozó intézményeként, a magyar neurológia és idegsebészet viszonyítási pontjaként létezett az elmúlt évtizedekben.

Folytatás az 55. oldalon