

## Stroke: megelőzhető a katasztrófa?

*Esélyegyenlőséget szolgáló finanszírozásért száll síkra a szakma*

**A stroke hatékony megelőzése, akut kezelése és rehabilitációja súlya megfelelő teret kell kapjon minden európai nemzet egészségügyi programjában – derül ki az Európa Parlament „megelőzhető európai katasztrófáról” szóló ajánlásából. Különösen megfontolandó ez a közép-kelet-európai tagországokban, így hazánkban is, ahol 45 ezer új stroke esetet diagnosztizálnak, és több mint 18 ezren halnak meg évente agyi keringészavar miatt. Ha e szomorú statisztikát az időben vizsgáljuk: 13 percnél szűkebb idővel valaki hazánkban szélütést – azaz mire e cikk végére ér a tisztelt olvasó, legalább egy honfitársunk stroke-ot kap...**

**A szakma vezetői szerint a teljesítmény-volumen korlát miatt az akut ischaemiás stroke betegek trombolízis-kezelése alulfinanszírozott. Mit tett és mit tehet még a neurológus szakma a helyzet orvoslásáért, és kiknek a kezében van a megoldás? – erről nyilatkozott lapunknak dr. Nagy Zoltán, az Agyérbetegségek Országos Központjának igazgatója, a Magyar Stroke Társaság alapítója és örökös tiszteletbeli elnöke, dr. Csiba László, a debreceni Neurológiai Klinika igazgatója, a Magyar Stroke Társaság jelenlegi elnöke és dr. Komoly Sámuel, a pécsi Neurológiai Klinika igazgatója, a Neurológiai Szakmai Kollégium elnöke.**

### VERSENYFUTÁS AZ IDŐVEL

Az agyi értrombózis, más néven stroke a harmadik leggyakoribb halálok, és a tartós rokkantság leggyakoribb előidézője Magyarországon. Évente 45 ezer új esetet diagnosztizálnak, és több mint 18 ezren halnak meg agyi keringészavar miatt hazánkban. Nem véletlen tehát, hogy a betegség kiemelt kezelésére irányuló törekvések már az 1970-es években elindultak – tudtuk meg dr. Komoly Sámuel professzortól, a Neurológiai Szakmai Kollégium elnökétől. Környei István, Ambrózy György, Juhász Pál és Csanda Endre voltak hazánkban az elsők, akik szorgalmazták, sőt létre is hozták a neurológiai osztályokon belüli stroke részlegeket. 1992-ben kihirdették a Nemzeti Stroke Programot (megfogalmazói Nagy Zoltán és Harcos Péter voltak), amelyben a stroke-ellátásra szakosodott részlegek, centrumok kialakítása, a lakossági felvilágosítás, illetve a rehabilitáció elveit foglalták írásba. A program eredményeként kialakult az ország területét lefedő, akkreditált agyér-centrumok hálózata – élén az 1994-ben megnyílt Agyérbetegségek Országos Központjával. Az ezredfordulóra a stroke-eredetű halálozásban már javulás mutatkozott.

Komoly professzor kifejtette: a súlyponti kórházakban működő centrumoknak szakképzett személyzettel, megfelelő diagnosztikai háttérrel és intenzív osztállyal kell rendelkezniük. A betegek kezelése csak ezeken az ellátó helyeken lehet eredményes. Az időfaktorok kiemelt jelentősége van a betegek gyógyulásában, hiszen a prognózist nagymértékben javítja az időben megkezdett vérrögoldó kezelés, amelyet 1996 óta számos országban alkalmaznak, és 2003 óta rendelkezésre áll hazánkban is. A professzor utalt azokra a nagy európai adatbázisokra, amelyeknek valós kezelési körülmények között született eredményei megerősítik: a thrombolysisben részesülő betegek végső állapota 30%-kal jobb, mint azoké, akik nem kapták meg a speciális kezelést.

Egy Cincinattiban, több ezer betegen végzett felmérés szerint azoknak, akik akutan kialakult facialis asszimetriát, vagy felső végtag gyengeséget/bénulást, illetve beszédzavart észlelnek, 70% esélyük van ischaemiás stroke-ra. Ezek a kérdések is szerepelnek azon a 12 pontos kérdőíven, amely alapján a háziorvosok és a mentőtisztek kikérdezik a beteget. A kapott válaszok alapján az orvosnak percnyi idővesztés nélkül stroke centrumba kell küldenie a beteget, s értesítenie az adott intézmény ügyeletesét, hogy a beteg fogadására felkészülhessenek. A diagnózishoz elengedhetetlen a CT- és laboratóriumi vizsgálat, valamint egyéb műszeres (Doppler-, ultrahang-, stb.) vizsgálatok elvégzése. Optimális esetben, jó szervezéssel 45-50 percre lehet leszorítani az „ajtótól a tűig”, vagyis az infúzió bekötéséig terjedő időt. A Magyar Stroke Társaság és a Neurológiai Szakmai Kollégium közös irányelve szerint az akut stroke oki terápiájára a tünetek jelentkezése utáni első három órában – az úgynevezett terápiás ablakon belül – van mód; csak a betegek gyors ellátása csökkentheti számottevően a halálozást, a maradványállapotok súlyosságát és számát. A nemzetközileg elfogadott standardok szerint a beérkezéstől a CT-be jutásig nem telhet el több 20 percnél, míg a diagnózis felállításáig 45 percnél, és az infúzió elindításáig 50 percnél. A sürgősségi szemlélet elterjesztése egyaránt kulcsfontosságú a betegek, hozzátartozók, valamint az egészségügyi alapellátást végzők körében. A megfelelő akut ellátás növeli a kedvező kimenetelű esetek számát, csökkenti a tartós rokkantság súlyosságát és arányát, ezáltal az ellátás összköltségét, különösen a közvetlen költségeket.

### KI FIZETI A RÉVÉSZT?

Akut ischaemiás stroke specifikus kezelésére, azaz trombolízisre a betegek kb. 10%-a alkalmas. A Gyógyinfok adatai szerint Magyarországon 2004-ben 92-en, 2005-ben 122-en, 2006-ban pedig 185-en részesültek vérrögoldó ke-

zelésben – ez nagyjából egytizede a speciális kezelésre alkalmas betegek számának – jegyezte meg Komoly professzor. A kezelések elvégzésének a teljesítmény-volumen korlát (TVK) szab határt, mivel az akut stroke-ellátás nem élvez védeltséget a finanszírozásban. A Pécsi Tudományegyetem klinikái a tavalyi büdzséhez képest körülbelül másfél milliárd forinttal kevesebből gazdálkodnak idén. Demagógia az állítás, amely szerint biztonságos ma Magyarországon a betegellátás – fogalmazott Komoly professzor.

A Neurológiai Szakmai Kollégium 2005-ben kezdett intenzív tárgyalásokat dr. Rácz Jenő akkori egészségügyi miniszterrel. A kollégium azzal a javaslatlal kereste meg a szaktárca vezetőjét, hogy körülbelül 3-500 beteg kezelésének fedezetét különítsék el. Indítványozta, hogy a trombolízis finanszírozási jogára minden kórház pályázhasson, amelyik megfelel a szakma által meghatározott személyi és technikai feltételeknek. Különböző adminisztratív akadályok miatt ezt nem sikerült megvalósítani. Később az ún. csillagos HBCS (kiemelt csoportok) tekintetében próbálta meg elérni a kollégium, hogy ne kívülről az OEP jelölje ki az erre jogosult intézményeket – erre a rendeletmódosításra egy évet kellett várni. A HBCS-vel kapcsolatban Komoly Sámuel professzor elmondta: váratlanul, minden egyeztetés nélkül rendeletben módosították az akut stroke kivizsgálására vonatkozó HBCS súlyszámát 1,12-ről 0,8-ra csökkentették. Bár a Neurológiai Szakmai Kollégium a Gyógyinfok finanszírozási szakembereinek aktív közreműködésével elért bizonyos mértékű korrekciót, ezzel közel sem oldódott meg a stroke ellátásának kérdése. Annak ellenére, hogy Molnár Lajos egészségügyi miniszter több ízben kijelentette: a stroke mint sürgősségi eset kiemelten kezelendő betegség, a trombolízis-kezeléseknek a mai napig volumenkorlát szab határt. A vérrögoldó kezelés után 5 súlyszámnyi összeget térít a biztosító. Egy klinika teljes havi ellátmánya kb. 200-250 HBCS – könnyen kiszámolható tehát, hogy ha csak 10 ilyen beavatkozás történik, mennyi marad a többi betegre.

## VAJÚDNAK A HEGYEK?

A törvényi szabályozás kötelezi a stroke ellátásra kijelölt intézményeket a kezelések elvégzésére, ugyanakkor azok anyagi fedezete nem biztosított – fogalmazott Komoly Sámuel professzor. Ebben a kényszerhelyzetben kell a klinikáknak és kórházaknak helytállniuk, tudva, hogy akár pert is indíthatnak ellenük azok a betegek, akik azért váltak tartósan rokkanttá, mert nem részesültek trombolízisben, holott a kezelés szakmailag indokolt lett volna. A professzor tud ilyen, jelenleg zajló perről, s annak kimenetele nem kétséges a számára. A kórházaknak számolniuk kell az Egészségbiztosítási Főfelügyelet büntetésével is, ha nem tesznek eleget törvényben előírt kötelezettségüknek. Mindezen túl a kezelőorvost személyes felelősség is terheli: amennyiben munkája során nem a szakmai protokoll szerint jár el, jogi szankcionálásra számíthat. Nem csoda hát, hogy az orvos minden bizonnyal el fogja végezni az adek-

vát terápiát, még abban az esetben is, ha tudja, a pénzügyi keretek kimerültek. Ha a kórház tartja a merev gyógyszerkeretet, és nem kap plusz anyagi fedezetet a vérrögoldó kezelésekre, néhány trombolízis gyakorlatilag kimerítheti egy neurológiai osztály gyógyszerkeretét. Nem lenne másra szükség tehát, mint hogy egy nagyon jól körülírt, jól definiált kezelési eljárás – a trombolízis – kerüljön ki a teljesítmény-volumen korlát alól. Komoly professzor úgy vélekedik: ez az anomália jól példázza az egészségügyi ellátórendszer diszfunkcióját.

Lapzártánkkal egy időben készül VII. országos konferenciájára a Magyar Stroke Társaság. Bár a rendezvényen egyéb elfoglaltsága miatt Horváth Ágnes egészségügyi miniszter asszony személyesen nem lesz jelen, Kovács Attila államtitkár már bejelentette részvételét. Csiba László professzor, a Magyar Stroke Társaság elnöke ezt öröndetesen tartja, hiszen a jelenlegi tarthatatlan helyzet feloldása csakis a szakma és a döntéshozók közötti párbeszéddel képzelhető el. A tanácskozás rangját emeli Antonios Trakatellis görög Európa Parlament képviselő, volt egészségügyi miniszter, és Bo Norrving, a Stroke Világszervezet (World Stroke Organisation) főtitkárának részvétele is. A világszervezetnek nemzetközi vezetőségi tagja Csiba professzor is, aki aktívan részt vett az ún. Helsingborgi Deklaráció kidolgozásában. A dokumentumot 1995-ben a Páneurópai Konszenzus Konferencián fogadta el a WHO Európai Regionális Irodája, az Európai Stroke Társaság, és több nemzetközi szakmai szervezet. A Journal of Internal Medicine folyóiratban megjelent deklaráció a stroke-ellátás terén elérendő célokat tűzött ki 2005-re. 2006-ban, a második helsingborgi Konszenzus Konferencián öt fő aspektust – a stroke-ellátás megszervezését, az akut stroke-ellátást, a prevenciót, a rehabilitációt és az elért eredmények értékelését – vitatták meg vezető neurológus szakemberek. A résztvevők elfogadták az Európai Stroke Stratégiákat tartalmazó 2006-os Helsingborgi Deklarációt, mely a stroke ellátásában 2015-re elérendő célokat ismerteti. A legfontosabb célkitűzések a következők: több mint 85%-os egy hónapos túlélés; a stroke után 3 hónappal a túlélők 70%-a önállósra képes legyen; minden akut stroke-beteg, aki akut specifikus terápiára alkalmas, a technikai és szakmai feltételekkel rendelkező kórházba kerüljön. A deklaráció megerősítette az Európa Parlament 2003-ban kelt, a stroke-kal mint „megelőzhető európai katasztrófával” kapcsolatos 10 pontos akciótervét, amely többek közt kimondja: „Biztosítani kell a rendelkezésre álló tudományos bizonyítékok klinikai alkalmazását.” Hogy ezt mennyire sikerült megvalósítani Magyarországon, arról a konferencia kerekasztal fórumán tájékozódhatnak az Európa Parlament és a Stroke Világszervezet képviselői.

Csiba László professzor megjegyezte: a 41/2007. számú kormányrendeletben foglaltak szerint a kórházaknak a rendelkezésre álló volumenkeretből először a négy kiemelt terápiás területet – a gyermekgyógyászatot, kardiológiát, traumatológiát és onkológiát – kell finanszírozniuk, minden egyéb eset – így a stroke is – ellátását a fennmaradó összeg-

ből kell kigazdálkodniuk. Vajon hány fiatal embernek kell még meghalnia ahhoz, hogy a döntéshozók súlyának megfelelően foglalkozzanak a stroke-ellátás kérdéskörével? – tette fel a kérdést Csiba professzor. Hangsúlyozta: a neurológia szakma vezetői tudják, hogy az egészségügyi kassza zárt. Szolidárisak más orvos-szakkákkal, tisztában vannak azzal, hogy a szűkös forrásokból egyéb fontos betegcsoportok ellátására is kell jusson fedezet. Nem azt szeretnék, hogy a 45 ezer stroke-beteg extra finanszírozást kapjon, mindössze annyit kérnek az egészségügyi kormányzattól, hogy azok, akik számára „fény nyílik az alagút végén”, vagyis esélyük lenne a teljes, bénulásmentes életre, megkaphassák a vérrögoldó kezelést. 2007-ben azt szeretnék elérni, hogy legalább 3-500-an részesülhessenek trombolízisben. Terveik szerint, ha a stroke-ellátásra vonatkozó, levélben megküldött javaslataikra nem érkezik válasz az egészségügyi miniszter asszonytól, személyes meghallgatást fognak kérni tőle. Ha kell, az Európa Parlamenttől fognak segítséget kérni, mert nem törődnek – nem törődhetnek – bele ebbe a tarthatatlan helyzetbe.

## HOGYAN TOVÁBB, LIPÓTMEZŐ?

Nagy Zoltán professzor, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet (OPNI) főigazgatója, egyben az ország első és egyetlen stroke-tanszékének (Semmelweis Egyetem Vasculáris Neurológiai Tanszéki Csoportja) vezetője az agyér-betegek ellátásának hazai gyakorlatáról tájékoztatta lapunkat. Elmondta, hogy a 80-as évek közepén a cerebrovasculáris eredetű halálozásban Magyarország az európai összehasonlításban a második legrosszabb helyen volt. Indokolt volt tehát a hazai stroke-ellátás professzionális megszervezése. Az erre irányuló erőfeszítések nem maradtak eredmény nélkül: Nagy Zoltán professzor vezetésével szakmai társaság alakult, megindult a rendszeres továbbképzés, a családorvosok számára a kockázati tényezők kezelésére vonatkozó útmutatók fogalmazódtak meg. A Nemzeti Stroke Program eredményeképpen a 90-es évek végére a stroke-eredetű halálozás jelentősen csökkent. Sajnálatos, hogy a fiatal és a középkorú korcsoportokban ez a javulás nem következett be.

Az OPNI keretein belül 1994 óta működik az Agyérbetegségek Országos Központja, amelynek elsődleges feladata a főváros I., II., III. kerületének (Észak-Buda), valamint Szentendre-járásának, a Zsámbéki-medence területének és Ráckeve járás egy részének – összesen mintegy 350-400 ezer lakos – akut stroke-ellátása. Kiterjesztett szerepköre alapján ezen felül minősített esetekben lehetőséget nyújt beteg átvételre, konzultációra az ország minden egészségügyi intézete számára. Az intézményben ellátott betegek 60%-a területen kívülről érkezik, hiszen itt működik Közép-Magyarország egyetlen olyan centruma, amely a nap 24 órájában fogadja a stroke-betegeket. A központon belül járóbeteg-ellátás formájában stroke-ambulancia, neurogenetikai ambulancia, hemosztázis (véralvadási) laboratóri-

um, Doppler-ultrahang labor, neuropszichológiai gondozás, és ambuláns fizioterápiás központ működik. Az intézet – fogalmazott Nagy professzor – sokszínűen reprezentálja a pszichiátriai és neurológiai betegellátást, és infrastruktúráját, diagnosztikai hátterét tekintve világszínvonalat képvisel.

Az egészségügyi reform keretében végrehajtott kórházi struktúraátalakítás mégsem kímélte a majdnem másfél évszázados hagyományokat, a komoly szakmai eredményeket felmutató OPNI-t. Az Egészségügyi Minisztérium által 2007 januárjában kiadott átalakítási tervzetben még jelentős ágyszámcsökkentés szerepelt, ám végül a kormányzat az intézmény megszüntetése mellett döntött. 2007. április 1. óta az intézetben a közfinanszírozott fekvőbeteg-ellátás megszűnt. Az utódintézményekben, ha a feltételek kialakulnak, átkerül a betegellátás, így a stroke-ellátás az Országos Idegsebészeti Tudományos Intézetbe. Az átalakítás befejezéséig, már az új intézmény részeként, de helyben folytatódik többek között a stroke-betegek ellátása is. 411 ágyon zavartalanul folyik tovább az intézetben a betegek ellátása. A rehabilitációs ágyak fokozatos átcsoportosítása más intézményekben már zajlik. Nagy Zoltán professzor aggályosnak látja, hogy a teljes neurológiai ellátást (stroke, epilepszia, és neurogenetikai betegségek) – amelyet eddig 82 ágyon végeztek a Lipótmezőn – mindössze 55 ágyon (ebből 11 intenzív ágy) kell majd megoldaniuk. A legalább egy évet igénybe vevő átépítés csak akkor kezdődhet meg, ha az Amerikai úti intézet elnyeri erre a minisztérium által kiírt pályázatot. Ez azt jelenti: 2008 nyaráig továbbra is a Lipótmezőn kellene maradnia a neurológiai ellátásnak. Mivel azonban az Egészségügyi Minisztérium ezt az elképzelést nem támogatja, a menedzsment arra kényszerülne, hogy a neurológiai ellátás feladatait az Amerikai úton jelenleg rendelkezésre álló 30 ágyon szervezze meg. Ez az intézmény végét jelentené – szögezte le Nagy Zoltán professzor. Mint mondta: jelenleg a Lipótmezőn kezelik a főváros összes súlyos neurológiai betegének nagy részét. Beláthatatlan következményekkel járna ennek a kapacitásnak a kiesése. Az OPNI főigazgatója szerint a döntéshozóknak újra kellene gondolni az átszervezést, figyelembe véve a szakma véleményét, illetve részletesen tanulmányozva az Országos Mentőszolgálat és a Központi Ágnyilvántartó napi jelentéseit. Korrekcióra szorul a súlyponti kórházak meghatározása is, hiszen az évi 45-50 ezer stroke-esetet nem képesek az egyetemi centrumok és a súlyponti kórházak ellátni. Sok helyen a súlyponti kórházakban nincsenek meg a stroke-ellátás minimumfeltételei sem. A régiókban kijelölt súlyponti kórházba beérkező akut stroke-eseteket sürgősséggel el kell látni, nincs idő továbbküldeni a betegeket. Hogyan képes erre egy olyan kórház, amelynek neurológiai osztályán a főorvoson kívül egy beosztott orvos dolgozik?

Népbetegségről van szó, amely sürgősségi ellátást igényel. Ha a jelenlegi helyzet nem változik – figyelmeztetett dr. Nagy Zoltán –, a statisztikai mutatók alapján prognosztizálható, hogy az elkövetkező 10-15 évben a stroke a harmadik vezető halálokból elsővé válik...

Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa 2007. április 3-án kelt állásfoglalásában felkérte az Országgyűlés Egészségügyi Bizottságát, hogy az OPNI jogutód nélküli megszüntetése kapcsán tekintse át az egész ország pszichiátriai ellátásának helyzetét. Lenkovics Barnabás felkérte továbbá az Országgyűlés Emberi Jogi, Kisebbségi, Civil és Válsügyi Bizottságát, hogy soron kívül vizsgálja meg az OPNI bezárásának jogi, gazdasági és szakmai következményeit. A vizsgálatok befejezéséig az átalakítás lebonyolítását koordináló szakmai grémium felállítását javasolta. Május 22-én Az Országgyűlés Emberi Jogi, Kisebbségi, Civil- és Válsügyi Bizottság Ellenőrző Albizottsága, valamint az Egészségügyi Bizottság Ellenőrző Albizottsága az OPNI-ban kihelyezett együttes ülést tartott. A tanácskozás témája az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet megszüntetésével kapcsolatos egészségügyi, szakmai és emberi jogi problémák vizsgálata volt. Az eseménnyel egy időben a Magyar Pszichiátriai Társaság (MPT) sajtóközleményt adott ki, amelyben ismertette az OPNI jogutód nélküli megszünteté-

sével kapcsolatos szakmai aggályait. A két országgyűlési albizottság OPNI-ba kihelyezett ülésén dr. Kurimay Tamás, az MPT alelnöke elmondta: a társaság sem orvos-szakmai, sem gazdasági, sem műszaki szempontból nem tartja indokoltnak az intézmény bezárását. A társaság nem az OPNI épületéhez ragaszkodik, hanem egy átgondolt, szakmailag egyeztetett koncepciót hiányol, amely mentén az átalakítás végbemehetne. Az ülésen jelen volt Takács Albert helyettes ombudsman, aki kifejtette: alapos kétsége van azt illetően, hogy az intézmény megszüntetése miatt a pszichiátriai betegek ellátása nem szenved-e csorbát. Az ülésen felszólaló országgyűlési képviselők a betegek sorsán túlmenően az intézményben dolgozó szakmai teamek későbbi elhelyezésével kapcsolatban is kifejezték aggodalmukat. A rendkívüli ülésen az Egészségügyi Minisztérium részéről dr. Baraczka Mariann szakállamtitkár, dr. Matejka Zsuzsa kabinetfőnök és Tasnádi Zoltán, az OPNI kirendelt miniszteri biztosa tájékoztatták a résztvevőket az átszervezéssel kapcsolatos részletekről.

*Boromisza Piroksa*

## NÉVJEGY



### **Prof. Dr. Csiba László**

- Az MTA doktora
- A Debreceni Egyetem Neurológiai Klinikájának tanszékvezető egyetemi tanára
- A Debreceni Egyetem Neurológiai Klinikájának igazgatója
- A Magyar Stroke Társaság jelenlegi elnöke
- A Stroke Világszervezet (World Stroke Organisation) tagja
- Az Európai Neuroszonológiai Társaság vezetőségi tagja

### **Prof. Dr. Komoly Sámuel**

- Az MTA doktora
- A Pécsi Tudományegyetem Neurológiai Klinikájának tanszékvezető egyetemi tanára
- A Pécsi Tudományegyetem Neurológiai Klinikájának igazgatója
- A Neurológiai Szakmai Kollégium elnöke



### **Prof. Dr. Nagy Zoltán**

- Az MTA doktora
- A Semmelweis Egyetem ÁOK Vasculáris Neurológia Tanszéki Csoportjának tanszékvezető egyetemi tanára
- Az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet főigazgatója
- Az Agyérbetegségek Országos Központja igazgatója
- A Magyar Stroke Társaság alapítója, örökös tiszteletbeli elnöke