

EMLÉKEZTETŐ

a Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium 2008. szeptember 26-i üléséről

Dr. Szűcs Miklós köszöntötte az ülésen megjelenteket, és megállapította, hogy a Kollégium határozatképes. Kérdésfeltevést követően megállapította, hogy az előző ülés emlékeztetőjéhez és a módosított napirendhez észrevétel, kiegészítés nem érkezett. A jelenlévők a módosított napirendet egyhangúlag elfogadták.

Országos Onkológiai Intézet Bőrgyógyászati és Sebészeti Osztályának osztályvezető főorvosi állására benyújtott pályázat tárgyalása. Dr. Kásler Miklós elmondta, hogy a két osztály osztályvezető főorvosi állása azért került meghirdetésre, mert Gilde főorvos asszony családi okok miatt, Köves tanár úr pedig egészségi állapota miatt kérte felmentését. Ezt követően Dr. Liszkay Gabriella és Dr. Tóth László röviden ismertette az osztály vezetésével kapcsolatos elképzeléseit. A Szakmai Kollégium Dr. Liszkay Gabriellát 15 alkalmas, 3 nem alkalmas, 1 tartózkodás (16 jelenlévő, 3 írásos) szavazati arányban alkalmasnak tartotta az osztályvezető főorvosi állás betöltésére. (Dr. Hideghéty Katalin Dr. Liszkay Gabriella szavazatainak összesámlálását követően érkezett meg.) A Szakmai Kollégium Dr. Tóth Lászlót 20 alkalmas (17 jelenlévő, 3 írásos) szavazattal alkalmasnak tartotta az osztályvezető főorvosi állás betöltésére.

Colorectalis szűrővel kapcsolatos állásfoglalás kialakítása. Dr. Kásler Miklós köszöntötte a napirendi pont tárgyalásához meghívott vendégeket, társszakmák képviselőit. Előzményként elmondta, hogy a Minisztérium ezt a szervi lokalizációt félrerakta a populáció-szintű szűrésekből, és a mai napig sem történt meg a bevezetése. Ez rendkívül sajnálatos, hiszen a colorectalis tumorok szűrésével több száz beteg életét lehetne a nemzetközi tapasztalatok alapján megmenteni. A legutolsó időszak fejleménye, hogy megjelentek állásfoglalások ezzel a kérdés-

sel kapcsolatban és kezdeményezés volt a Kollégiumban is ennek a témakörnek széles körben történő tárgyalására. Ezért felkérték Döbrössy tanár urat a referálásra, hiszen neki nemzetközi vonatkozásban is rátekintése van a témára, ezen túlmenően mindenféle érdeken kívül áll, leszámítva a betegeket. Dr. Döbrössy Lajos nyomatékosan hangsúlyozta, hogy a colorectalis szűrés áll, erről a holtpontról így vagy úgy el kell mozdulni. A mostani egészségügyi kormányzat ismét felvette a metodikájába és igyekszik sürgetni, hogy a szakemberek között folyó szakmai vita valamiféle módon dűlőre jusson. Ez a szakmai vita két fronton folyik. Egyfelől vitatott a szűrés egy vagy két lépcsős stratégiája, más részről vitatott a székletvér kimutatásán alapuló módszertan egészében és részleteiben is. Vannak, akik az egylépcsős kolonoszkópiás szűrést tartanak a vastagbéliszűrés egyedüli és kizárólagos módszerének. Viszont a székletvérvizsgálat a többségnek szól, a kolonoszkópiás vizsgálat pedig azoknak, akik kérik, vagy szeretnék. A kolonoszkópia egy kitűnő klinikai vizsgálati eljárás, de a szűrések esetében nem orvosi, hanem népegészségügyi tevékenységről van szó. Nem titok senki előtt, hogy Magyarországon, amikor a világbanki modellprogramok megindultak, az immunológiai módszer került kiválasztásra, mert ezt találták ígéretesnek, és akkor ezt a módszert tálcán kapták. Az Országos Onkológia Intézetben kifejlesztett bispecifikus immunológiai székletvértesztet használták kezdettől fogva. Az elmúlt évek során ezzel az eljárással a vizsgálatba bevontak száma mintegy 100 ezer fő, az elvégzett vizsgálatok száma 40 ezer. Ez a szám megfelel a hasonló közleményekben találtaknak. Itt kellene a módszer gyengéiről szólni, amelyek azonban a hazai viszonyok gyengéi. Nevezetesen,

Helyszín az Országos Onkológiai Intézet Tanácsterme

Jelen van 16 kollégiumi tag és a meghívottak

hogyan nem tudják megadni a módszer diagnosztikus specificitását, mert általában a nem negatív szűrővizsgálati leletet követően az adott személy kolonoszkópiára kapott beutalót, ahol a beutaltak mintegy kétharmada jelent meg, a többiek vagy nem vállalták ezt a vizsgálatot, vagy nincs tudomásuk rólok. Ezek alapján elmondható, hogy a kolonoszkópia ellen a legsúlyosabb érv a compliance. Ezután összefoglalta azokat az eseményeket, amelyek ehhez a patthelyzethez vezettek. A baj akkor kezdődött, amikor erre az eljárásra a Kódkarbantartó Bizottságnál *-os kódot igényeltek, és ezt megelőzően egy közös megegyezésen az akkor még létező Országos Laboratóriumi Intézet igazgatója, a Laboratóriumi Szakmai Kollégium akkori elnöke, az OTH képviselője és Ottó professzor úr egy nagyon reális pontszámot javasoltak. Azonban a Kódkarbantartó Bizottság előtt a laboratóriumi szakma igen tisztelt képviselője megvétózta a módszert. Ezt követően a laboratóriumi szakma hangja felerősödött és elmarasztalták ezt az Onkológiai Intézetben kifejlesztett módszert, mondván, hogy egyrészt a laborszakma perifériájára sodródott counter-elektroforézis avult laboratóriumi technikájára épít, másrészt a módszer elvégzése manuális elemeket tartalmaz. Kifogás volt még az is, hogy a módszer mérhetetlen módon élőmunka-igényes, ami sajnos igaz, és ez valóban megkérdőjelezi a tömeges alkalmazhatóság kérdését. Aztán jöttek még apróbb megjegyzések is, hogy nem rendelkezik a CE jelzéssel, amivel az európai uniós termékeknek rendelkeznie illik. Az ellenzők egységfrontba tömörültek, a frontvonalak elmeredtek. A módszer elméleti fölényét senki se vonja kétségbe, mert az előtt, hogy humán-specifikus módon két markert képes kimutatni, mindenki kalapot emel. A kifogások teljesen gyakorlatias jellegűek, és leginkább abban csúcsosodnak ki, hogy élőmunka-igényes, vagyis egy csomagnak a lefuttatása egy laborszemélyzetnek 2 napos munkáját igényli, amit meg lehet kisipari módon csinálni, de nagyüzemi módon nem. Dr. Ottó Szabolcs a módszerrel kapcsolatosan elmondta, hogy régi és dolgozni kell vele, de a hemoglobint 9 tizede leköttődik, elvész vagy degradálódik, ezért be kellett építeni egy másik fehérjét, mert több tízezer szűrési vizsgálatnál az verifikálódott, hogy ha nem két fehérjét használnak, akkor a korai rákok és a nagy polipok 35–50%-a elvész. Mi-lyen ilyen módszer nincs kereskedelmi for-

galomban, ezért kutatási szinten kell próbálkozni. Minden évben bejelentenek 9000 új colorectalis carcinomás beteget és évente 5000 ember hal meg ebben a betegségben, akiknek az 50%-át meg lehetne menteni. Annak idején egy európai kiadványban jelent meg az a cikk, amelyben 25 ezer vizsgálat, szenzitivitás, specificitás, kolonoszkópiás kontroll, minden benne van. Ezen eredmények alapján lehetne fejleszteni. Igaz, hogy nem lehet úgy standardizálni, mint egy automata módszert, de mutassanak még egy olyat, ami legalább azt tudja, amit ez, mert hát ez a minimum. Abban az esetben, ha találnak jobb módszert és a minisztérium úgy rendelkezik, hogy azt kell csinálni, áttérnek arra, de elvárható, hogy ugyanolyan eredményt lehessen azzal is produkálni. Dr. Pikó Béla szerint nagyon nehezen képzelhető el, hogy a kolonoszkópiás vizsgálatra, mint szűrésre tömeges méretekben menjenek el. Ugyanis már a mammográfiánál is azt mondják a betegek, hogy az expozíciós automata miatt a gép megnyomja a mellüket. Tehát ez a magyar egészségügyi kultúra mellett nagyon nehezen elképzelhető. A másik probléma, hogy a minisztérium kiadott egy értékes és nagyon jól használható anyagot a szervezett szűrésekről, amelyben az szerepel, hogy a beteg számára elfogadható, nem megterhelő módszert kell választani. A mintavételt vagy eljárást kiképzett szakdolgozó végezhesse, elkészíthesse a felvételt, levehesse a kenetet, és végül legyen minőségbiztosítása és ellenőrzése. Ez a kolonoszkópia esetében hogyan működne? Kérdés az is, hogy milyen dokumentáció marad egy negatív-nak lezárt kolonoszkópia után, bármilyen jogvita esetére? Minden intervallumdaganat, vagy minden kolonoszkópia utáni daganat jogilag egy időzített bomba, ami ellen egy szűrést végzőnek semmi védekezési lehetősége nincs, mert egy negatív vizsgálatot nem fog senki végigfotózni, mert anynyi pénz a világon nincs. Kézi munkát igényel a labor? A kolonoszkóp se készül más-képp. A kolonoszkópiának nincs humán-erőforrás-igénye? Azzal a különbséggel, hogy nem szakdolgozók humán-erőforrásáról, hanem szakorvosok humán-erőforrásáról beszélünk. Friss információ, hogy Gyulán a rejtett bélvérzés kimutatásával történő szűrőprogramot Békés megyében elindítja a regionális ÁNTSz. Ha nem működik a program, ha kiderül, hogy nem jó, akkor erkölcsi kötelességünk szólni, de az, hogy még esélyt se kapjon, meghaladjon azt az er-

kölcsi mércét, ami felvállalható. Dr. Rahóty Pál elmondta, hogy a felvetés a részéről történt, mert a szűrésben, mint másodlagos prevencióban az onkológiának érdekeltsége van. Most nem az a cél, hogy a kollégium abban foglaljon állást, hogy a feltételeket a minisztérium hogy fogja biztosítani, hanem hogy szakmailag mi az a gold standard, amit támogat. Melyik pontosan az adott célcsoport, adott lakosságcsoporthoz a szűrés illetően. Dr. Kásler Miklós elmondta, hogy a WHO, a lyoni Rákközpont, az Európai Rákellenes Kódex, a UICC taxatív I. fokú evidenciára támaszkodva jelöli meg a populációsintű colorectalis szűrési módszert a blood testben. A European Code Against Cancer 2004 júniusában jelent meg az *Annals of Oncology*-ban, és jelen pillanatban is ez a hivatalos brüsszeli, valamint a lyoni Rákügynökség álláspontja. A WHO kiadványain sem módosítottak. Szűréseken belül is nagyon kevés I-es szintű evidencia van. A kolonoszkópia nem szűrési, hanem kiváló klinikai vizsgálati módszer. Dr. Döbrössy Lajos szerint Rahóty főorvos úr egy nagyon izgalmas kérdést vetett fel, az arany standard kérdés, nevezetesen a módszer specificitásának, érzékenységének a kérdés. Az arany standard a nem negatív vizsgálati eredmények követésével függ össze. Ott legfeljebb fals pozitívnek bizonyult és akkor mi van? Akkor semmi nincs. Ez egy tömegvizsgálati tapasztalat. Más oldalról, akit negatív lelettel bocsátanak haza, annak a sorsáról semmit nem tudnak és az ilyenek közül kerül ki az intervallumrák. Az ÁNTS, mint a szűrések felelőse nem használhat személyhez kötötten, egészségi állapotra vonatkozó adatot, ami egy vicc. Dr. Kahán Zsuzsanna véleménye szerint itt látszólag antagonistikus ellentmondásokról van szó, de valójában, ha megnézzük azokat az országokat, ahol fejlett colorectalis szűrés működik, ott sem egy módszert alkalmaznak. Szerinte egyfajta kicsit megengedőbb állásfoglalásra kellene törekedni, vagyis a legspecifikusabb és legszenzitívebb kolonoszkópiás módszert azoknál, akik elfogadják, és a sokkal kevésbé specifikus és szenzitív módszert azoknál, akik azt fogadják el. Azt gondolja, hogy a legfontosabb a háttér biztosítása mellett a tömegtájékoztatás, a háziorvosok megnyerése az ügynek, és hogy egyenként lehessen felajánlani mindenki számára megfelelő módszert. Az egész rendszert csak úgy lehet hatékonyan kidolgozni, ha valamennyi módszert, a kolo-

noszkópiát, esetleg a szigmoidoszkópiát és a székleltértesztet ebbe a rendszerbe beletesszük. Dr. Döbrössy Lajos Kahán tanár asszonynak válaszolva elmondta, hogy senki nem tiltott el senkit attól, hogy kolonoszkópiára menjen, tehát itt a megengedés ténye nyilvánvaló. Egy bürokratának azonban muszáj felhívnia a figyelmet arra, hogy itt a szervezett szűrés koncepciójának egy alapkövetelményét kellene feladni, nevezetesen azt, hogy a szervezett szűrés alapkritériuma, hogy a veszélyeztetett populáció ne szám, hanem név szerint legyen nyilvántartott, tehát legyen egy nyilvántartási jele. Ha az adatkapcsolás létrejöhetne és a különböző adatbázisok között lehetne kommunikálni és legalább azt lehetne tudni, hogy ki ment el kolonoszkópiára. De erre pillanatnyilag nincs lehetőség. Aki elment, azt magánakciónak tekintik, és az abban a bizonyos megtagadó csoportban van benne. Dr. Szilágyi István szerint a szervezett szűrés még nem a betegek orvosi ellátása, orvosi beavatkozásokkal, hanem egészséges populáció körében szervezett, tömeges népegészségügyi tevékenység, amihez valamilyen motivációval kell a tömegeket megnyerni. Nem lehet az egészséges embereket bármilyen kicsi tízezrelékben is bekövetkező súlyos vagy akár halálos rizikójú orvosi beavatkozásokra hívni, azaz a tömegszűrést csak erre építeni. Ebben az esetben nem a szakmát, hanem azt a többmillió egészséges embert kell előtérbe állítani, akik közül évente a 9–10 ezer colorectalis daganatos beteg kikerül, és akik között nem csak 50 év felettek vannak, illetve olyan vizsgálati módszereket ajánlani, amely a betegségre a gyanút felhívhatja, amit aztán ki kell vizsgálni. Dr. Kiss János egyetértett a Kahán professzor asszony által javasoltakkal. Majd utalt a Döbrössy tanár úr által elmondottakra, miszerint nincs megfelelően adminisztrálva ez a kérdés, vagyis nincs egy kézben ennek az egész kérdéskörnek a finanszírozása, hogy ki, mikor, hogyan, mi módon finanszírozzák, és mit csinál. Addig, amíg ez a kérdéskör nincs megfelelően kezelve, addig nem lehet továbblépni a szakmai kérdésekben. Azt nem lehet vitatni, hogy a szakmai kollégiumok közül a Gasztroenterológiai és a Sebészeti Szakmai Kollégiumoknak van egy állásfoglalása, hogy a kolonoszkópiás szűrést ajánlják, mert ma szakmailag ezt tartják a legértékesebb formának. De most azt kell elérni, hogy a szűrés elinduljon megfelelő adminisztrációval,

megfelelő finanszírozással, és ha elindult a populációsintű szűrésre alkalmas formában, azt ki lehet váltani a szakmai kollégium által elfogadott vizsgáló módszerrel, kolonoszkópiával, DNS exfolatív citológiai vizsgálattal vagy akár mivél. Dr. Kásler Miklós szerint ez lehet körülbelül az a megközelítés, ami továbbmutatna a jelenlegi holtpontra, mert azon nem lehet vitatkozni, hogy a populációsintű szűrésnek feltétele, hogy legyen népességszinten kimutatható haszna, a vizsgáló módszer legyen fájdalomtalan, tekintettel arra, hogy magukat egészségesnek tartó emberek vizsgálatáról van szó. A kiszűrt betegek megfelelő diagnosztika révén legyenek szövettanilag igazoltan daganatosak vagy nem daganatosak. Ha bebizonyosodik a daganat diagnózis, akkor legyen meg az ellátásnak a feltétele, és végül legyen központilag szervezett és finanszírozott. Ehhez biztosít az állam az OEP-en keresztül pénzt, abban az esetben, ha nem kellene arra hivatkozni, hogy vita van a szakmákon belül, ami végül is álvita, mert ezek nemzetközileg lezárt kérdések. Dr. Papp Ákos elmondta, hogy a Gasztroenterológiai Világszövetség 2008-as állásfoglalása felsorolhat módszert a colorectalis szűrésre, de utolsóként, a szegény államoknak ajánlja hatodikként a vérrel való szűrést. Egyetértett Kiss professzor úrral, hogy minden módszer jó, csak szervezett legyen. A költségvetéssel kapcsolatosan megjegyezte, szintén 2008-as adat, hogy dollárban számítva nem olcsóbb a vérrel való szűrés, mint a kolonoszkópos szűrés, mert 10 év alatt 10-szer kell megcsinálni. Kásler professzor úr azt mondta, hogy a kolonoszkópiás szűrést nevezzük opportunista szűrésnek, de valójában minden szűrésnek az alapja az, hogy a szűrendő célcsoportot kap egy levelet, és tisztességesen elmagyarázzák, hogy a kolonoszkópos szűrés 90%-os érzékenységgel mutatja, hogy ott van a polypus, 10%-ban nem. Ezzel szemben áll a 70%-os álnegatív, 30%-os pozitív prediktív érték. Szintén egyetértett azzal, hogy ezekhez a módszerekhez hozzá kell tenni a kapszulával történő kolonoszkópiát, a CT-kolonográfiát, amivel még meg lehet nézni a májat és a peritoneumot is, amivel az a baj, hogy csak az 1 cm feletti polypusokat látja, és persze újra kolonoszkópia kell utána. Javaslat volt, hogy az általa végzett 3500 kolonoszkópia után székletmintákat (mondjuk 2 hét múlva, amikor már a biopszia hatása elmúlt) átküldi Ottó professzor úrékhoz, hogy második

menetben csinálják meg a vértesztszűrést. Dr. Kupcsulik Péter visszautalt Kásler professzor úr hozzászólására, hogy a finanszírozó és az egészségpolitika kihasználja azt, hogy ha a szakma nem ért egyet bizonyos dolgokban, rájátszik erre és nem ad pénzt. A kérdés az, hogy miben lehet konszenzus. Kiss professzor úr és Papp professzor úr részéről egy olyan jellegű nagyon visszafogott kezdeményezés történt, hogy a kolonoszkópiát azért az Onkológiai Kollégium mégiscsak tekintse egy hatékony rákmegelőző módszernek, amire Kásler professzor úr világosan elmondta, hogy szűrőprogramnak ez nem alkalmas. Ezért felhívta a kollégium figyelmét arra, hogy mint orvosok a szakmát képviseljék. Elmondta, hogy nem igaz az, hogy a székletvizsgálatok és a kolonoszkópos szűrővizsgálatok összehasonlítása nem történt meg. 1995-től kezdődően sorozatosan történtek ilyen vizsgálatok, amelyek azt állapították meg, hogy a rákmegelőző állapot és a rákos halálozás csökkentésében a kolonoszkópos szűrővizsgálat százszor hatékonyabb a székletvizsgálatnál, amit nem lehet figyelmen kívül hagyni. Továbbá tájékoztatta az Onkológiai Kollégiumot, hogy a Gasztroenterológiai és a Sebészeti Szakmai Kollégium beadvánnyal fordult a Miniszter úrhoz és az ETT-hez azzal, hogy a kolonoszkópos szűrővizsgálatokat támogassák, és azokat tekintsék arany standardnak. Ezt a beadványt az ETT 2008. szeptember 9-én támogatólag továbbította az éppen aktuális miniszternek. Ezt követően hivatkozott a Gastroenterology & Endoscopy News-ban megjelent cikkekre, amely a kolonoszkópos szűréssel foglalkozott, nevezetesen, hogy Amerikában elkezdődött a vastagbélrák incidenciájának és a halálozásnak a csökkentése. Azokban a vizsgálati sorozatokban, ahol kolonoszkópos szűrést csináltak, a vastagbélrák halálozása 85%-kal csökkent. Majd utalt a 2007-ben Brüsszelben a Europe Against Colorectal Cancer Declaration-re, ahol a colorectalis szűréseket ajánlják minden európai országnak, ami nem mondja meg, hogy csak székletvér, csak a kolonoszkópia, hanem azt mondja, hogy országos terveket kell felállítani és szűrni kell. A dokumentum a legfontosabbnak tartja az információt és a tanítókampanyt, mert ezzel lehet azt elérni, hogy a colorectalis rákszűrés megtörténjen. Javaslat szerint akkor járna legjobban a szakma és az egész rendszer, ha finanszírozottá tennék a jó módszereket és felkínálnák az al-

ternatívát a választásra, és olyan tájékoztató kampányok lennének, amelyek erre szükségesek. Dr. Pikó Béla szerint nem felelősségteljes, sőt felelőtlen álláspont, akkor, amikor tömegszintű dolgokról van szó, azt mondani, hogy csakis és kizárólag a szakmai csúcs érdekel. Ez hangzatos álláspont, amit nagyon sok szerepkörben képviselni kell, de nem itt. Itt arra is kell gondolni, hogy a megfogalmazott javaslatnak van-e esélye a megvalósulásra. Dr. Ottó Szabolcs elmondta, hogy a modellkísérlet nemhogy nem vonja kétségbe a gold standardot, hanem megerősíti azt. A nagyatádi nagyon jól szervezett 50%-os részvételi arány, de 65% nem ment el a vérzéssel pozitívok közül kolonoszkópiára. 74 kolonoszkópiából volt 8 malignus tumor, 4 korai, 4 előrehaladott, 19 polypus. Ez egy nagyon jó eredmény, de nem tudni, hogy mi lett volna, ha a gold standardot az a 65% is igénybe vette volna. Kit tanítsunk és meddig? Hogyan fejlesszünk? Legyen alternatív szűrési módszer, miért ne? Mennyi eszköz kell? Helység, térítés, személyi háttér? Hogy hányan fognak elmenni, azt tudni kéne, mert ha előbb történik meg a fejlesztés és a beruházás, az egy teljesen fals dolog, elmegy egy csomó pénz. Dr. Horváth Ákos szerint ha ez elsősorban finanszírozási kérdés, akkor adott TAJ számra, felvilágosítás, behívás stb., évente 1 fecatestet, vagy 10 évente 1 kolonoszkópiát finanszírozzon az OEP. Dr. Szilágyi István szerint jó lenne, ha az onkológiai és a sebészeti kollégium a gasztroenterológusok részvételével, együtt olyan állásfoglalást tudna hozni, hogy a colorectalis daganatok és praecancerosisok szűrését az egészségügyi kormányzat segítségével népegészségügyi szinten kell megoldani és a szervezett szűréseket minisztériumi intézkedéssel ismét el kell indítani. A kolonoszkópia vizsgálati értékét senki nem vitatja, de a tömegszűrés szempontjából alacsony a compliance. Ezért volt az a javaslata, hogy a colorectalis szűrések keretében a kormányzat finanszírozza azt, ami ma biztosan vállalható, úgy ahogy a gasztroenterológusok javasolták, azaz ott, ahol a haemoccult finanszírozható, ott finanszírozza azt, és ha további vizsgálatok szükségesek, akkor legyen hiánytalan azok finanszírozása is, akár első vizsgálatként a fokozott rizikójú csoportokban. Ez esetben nincsen a szakmák között vita, és nincs az a lehetőség sem a finanszírozónak, sem az egészségpolitikai irányításnak, hogy ezt kihasználja. Dr. Döbrössy Lajos

szerint felmerült a szakmák közötti bizalom kölcsönösségének a hiánya. Az OTH minden szűrési módozatra, így a colorectalisra is munkacsoportot hozott létre, amelyben ott ült a Gasztroenterológus Társaság, a Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium és a Sebészeti Kollégium elnöke, akik a többiekkel együtt vajúdtak a problémán, közben beadványt fogalmaztak, a csoport tudta nélkül, amit a felső vezetésnek átnyújtottak. Kiss professzor úr felvetésére válaszolva elmondta, hogy létezik egy országos szűrési nyilvántartó, amely az OEP-től kapja meg a veszélyeztetett korban lévők listáját. Ők kapnak behívót, és vagy igent, vagy nemet mondanak. Visszajelentésben a nyilvántartó arról értesül, hogy részt vett-e az illető a szűrővizsgálaton. Többen utaltak itt amerikai ajánlásokra, amivel kapcsolatosan el kell mondani, hogy ezek az ajánlások inkább vélemények ajánlások formájában. A bürokraták, a WHO, a WHO lyoni ügynöksége a UICC értékelő csoportjainak a szentenciáit követik, amit az Európai Unió a magáévá tett. 2006-ban adta ki azt az ajánlást, miszerint a vastagbéliszűrés a három ajánlott szűrési módozat egyike és a székletvérvizsgálat az ajánlott módszer. Kupcsulik professzor 85%-os mortalitáscsökkenésről beszélt. Ezzel kapcsolatban hangsúlyozta, hogy az általános gyakorlatban a szűrés eredményességét a mortalitás csökkenésével mérik, de nem a szűrt populációban, hanem a teljes populációban, ami nagyon felhívja az eredményt, de nyilvánvaló ezért nincsenek is ilyen extrém magas értékek, mert az a statisztika a megjelentekre vonatkozik, akik a populáció csekély hányada. Más. Az Állami Számvevőszék közelmúltban publikált jelentéséből idézte, hogy a jelenlegi kolonoszkópos parkot tekintetbe véve 1 kolonoszkópos munkahely 1 nap 1 és fél vizsgálatot végez el. Nyilvánvaló, hogy valamilyenkor a kolonoszkópos társadalom hangoztatta a kolonoszkópos kapacitás fejlesztésének az elengedhetetlen szükségét, de a mostani beadványokban az van, hogy a jelenlegi kapacitás is elegendő ahhoz, hogy a szűrés többletét felvegyék. Végezetül a brüsszeli deklarációból idézett: „FOBT for the majority and colonoscopy for those who want to have it.” Dr. Kásler Miklós megköszönte Döbrössy tanár úr megjegyzéseit és a vendégek részvételét. Ezt követően javaslatot tett arra, hogy a kollégium abban foglaljon állást, hogy colorectalis tumorok népességszintű szűrése a blood test

valamelyik formája, amelyet pontosítani célszerű. Kiválthatja magát a populációszintű szűrésből az, aki hajlandó elmenni alternatív klinikai vizsgálatra. Kupcsulik professzor úr is és többen használták a kolonoszkópos szűrést, ilyen nincsen. Kolonoszkópos klinikai vizsgálat van. A kolonoszkópia nem felel meg a szűrés definíciójának, kritériumainak, de akkor tegyük hozzá, hogy értelemszerűen a klinikai vizsgálatok között figyelembe kell venni molekuláris laboratóriumi módszereket, virtuális kolonoszkópiás lehetőséget, de egyéni büdzsé nyilvánvalóan. Dr. Szűcs Miklós a napirendi pont zárásaként elmondta, hogy az elhangzott javaslat szétküldésre kerül, mindenki hozzáteszi a kiegészítéseit, és azt követően kerül megküldésre a többi Kollégium részére is. A jelenlévők a colorectalis szűréssel kapcsolatos állásfoglalás véglegesítésére tett javaslattal egyhangúlag egyetértettek.

Onkoteam – szabálytervezet. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy az Egészségügyi Minisztérium 2008. szeptember 10-én az onkológiai és több társ kollégium meghívásával tartott egy megbeszélést az onkoteamek működésével és összehangolásával kapcsolatosan. Az anyagot mindenki megkapta és a beérkezett kiegészítések figyelembevételével készült el a válasz. Hideghéty tanárnő véleménye most érkezett meg. Dr. Hideghéty Katalin véleménye szerint a Minisztériumnak nem az egész kicsi részleteket kellene meghatározni, hanem az elvi alapokat. Dr. Kahán Zsuzsanna kérdésként vetette fel, hogy mire szolgál a dokumentum, szankcionálásra vagy elveknél a lefektetésére? Véleménye szerint azt kell megkövetelni, hogy legyen onkoteam, de az, hogy minden egyes beteget név szerint dokumentáljanak, az képtelenség. Dr. Pikó Béla elmondta, hogy számtalan alkalommal elhangzott, hogy legyen onkoteam, hogy legyen a szakmák közötti együttműködés, és mindenki azt mondta, hogy a daganatos beteg sorsát csak a szakmák szoros együttműködése, stb. Onkoteamet úgy kell szabályozni, hogy az kötelezettségeket tartalmazzon. Minden egyes beteget meg lehet és meg kell beszélni onkoteamen. Dr. Szilágyi István elmondta, hogy a megkapott szövegtervezet a minisztérium Gyógyszerügyi Főosztályának a szövegtervezete, amely független az Egészségpolitikai III-as Főosztálytól. Elkészítésére a miniszter adott utasítást, de a III-as Főosztály először úgy szerette volna, hogy a 60/2003-as, mi-

nimumkövetelményekről szóló rendelet kiegészítéseként ne jelenjen meg semmi más, csak annyi, hogy onkológiai teamet kell működtetni minden daganatos beteget ellátó intézményben, és még az se legyen benne, hogy onkológiai centrumban. Ez természetesen azt jelentette volna, hogy bárhol lehessen daganatos beteget ellátni, és arra mondani onkoteamet, amire én akarom. A miniszter úr és az államtitkár asszony szándéka azonban az ennél részletesebb, megfoghatóbb szabályozás. Az onkoteamet sajnos mindenki máshogy képzelem, és elég nagy baj, hogy szabályozni kell, mert ahol onkoteam eddig ment magától, ott jól is működött, ahol pedig szabályozni kellett, ott nem volt benne köszönet, azaz a helyi szabályozás el is ronthatja a lényegét. A rendelettel azt szeretnénk elérni, hogy minden rosszindulatú daganatos beteg kerüljön onkoteam elé, ami heti rendszerességgel és minden lokalizációra adaptálhatóan működjön, hogy ne kelljen nyilatkoznia fej-nyaksebésznek urológiai daganat vonatkozásában és viszont, valamint az, hogy az onkoteam az onkológiai centrumhoz kötődjön, de ne az adott kórház igazgatósága által irányított egyik területként, amit adott esetben a kórház érdekében az onkológiával szemben is fel tud használni. Végezetül Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy valószínűleg a minisztérium a rendeletervezetet egyszer még visszaküldi és akkor azt újra mindenki megkapja, hogy beletehesse az általa szükségesnek tartott javaslatot, kiegészítést. A jelenlévők az Elnök által az onkoteamekről szóló rendelet véglegesítésével kapcsolatosan tett javaslatot egyhangúlag elfogadták.

Tarceva készítmény felhasználására kijelölt intézmények listája. Dr. Bodrogi István utalt a Kollégium korábbi állásfoglalására, miszerint minden onkológiai osztályon alkalmazhatják ezt a készítményt. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy annak idején a Tüdőgyógyászati Szakmai Kollégiummal volt egy egyeztetett lista, hogy mely intézményekben, melyik osztályon látják el a tüdőrákos betegeket. Javasolta ennek a listának az átnézését és átdolgozását. Dr. Pikó Béla jelezte, hogy a probléma ezzel kapcsolatban az, hogy a daganatos beteg kezelése olyan komplex tevékenység, aminek a célja az, hogy a beteg a legcélszerűbb kezelést kapja meg, mert lehet, hogy a betegnek nem a Tarceva kezelés adná a legtöbb esélyt, hanem mondjuk a sugárkezelés. Ezért csakis azok az osztályok legyenek a listán, ame-

lyek a két kollégium együttes álláspontja alapján alkalmasak, és a személyi és tárgyi feltételek rendelkezésre állnak. A jelenlévők a Tarceva listának a módosítására tett javaslatot egyhangúlag elfogadták.

Dr. Okolicsny Emília, OEP – Tyverb készítmény esetében az egyedi méltányossági kérelmek elbírálásához szakmai vélemény kérése. Dr. Pikó Béla jelezte, hogy a Kahán professzor asszony által észrevett hibákat korrigálni szükséges, de további kiegészítést tett. A jelenlévők a Tyverb készítményre előterjesztett anyagot a korrekciókkal együtt egyhangúlag elfogadták.

Kiss Zsolt, OEP – 1 cm alatti HER2-pozitív korai emlőrák kezelésének elszámolása. Dr. Szűcs Miklós tájékoztatásul elmondta, hogy a Kollégium javasolta, hogy az 1 cm alatti HER2-pozitív korai emlőrákok is legyenek elszámolhatók. Ezt a javaslatot az OEP elfogadta és az erről szóló levél mindenki részére megküldésre került.

Dr. Csósz Tibor, Hetényi G. MKh – Herceptin kezelésekhez szükséges OEP szerződés módosításának támogatása. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy a levelet mindenki megkapta, egyben javasolta, hogy a kért esetszám-módosítást a Kollégium támogassa. Dr. Faluhelyi Zsolt ehhez kiegészítésként elmondta, hogy a gyakorlatban náluk ez úgy működik, hogy ha nő a betegszám, akkor a kórházigazgató leírja, hogy mennyivel nőtt a Herceptin készítménnyel ellátandó betegek száma, és ezt elküldi az OEP-be Gerendy Péternek, és nem szükséges ehhez a Kollégium ajánlása. A jelenlévők a Hetényi Géza Megyei Kórház kérelmét 1 tartózkodással támogatták.

Dr. Cseh József – javaslat Xeloda tartalmú protokollok módosítására. Dr. Bodrogi István és Dr. Pikó Béla elmondták, hogy itt csupán pénzügyi dologról van szó, mert nem fizeti ki az OEP a teljes kezelést. Kérdésként vetették fel, hogy ha 10 napig adják a két hetes protokollt, akkor 10/14-ed kifizetésére, ha 3 napig adják, akkor 3/14-ed kifizetésére van-e mód? Dr. Szilágyi István válaszként elmondta, hogy jelenleg úgy épül fel a finanszírozás, hogy ahány fázist jelölt meg a Kollégium, annak arányában fizet az OEP. Ha egy teljes protokoll 5 fázisból áll, akkor a teljes térítés 1/5-dét fizeti ki befejezett fázisokként, függetlenül a fázisnapok számától vagy az egy-egy fázisban beadott gyógyszer értékétől. Dr. Szűcs Miklós javasolta, hogy a két Bizottság készítse el ennek megfelelően a kért protokollok módosítását, amit aztán újra véleményezhet a

Kollégium. A jelenlévők a Xeloda tartalmú protokollok módosításával kapcsolatban tett javaslatot egyhangúlag elfogadták.

Dr. Kovács Gábor – javaslat tüdőrák indikációt tartalmazó protokollok törlésére. Dr. Szilágyi István elmondta, hogy az OEP-FIFO ellenőrizte a mellkasi daganatoknál használható protokoll-listát és javaslatot tett a törlésre, ehhez még Kovács főorvos úrék is hozzátettek néhányat, amit megküldtek részünkre, hogy támogassuk a javaslatot. Felvetette, hogy érdemes volna széles körben átgondolni a tüdőrákos protokollok törlésére vonatkozó javaslatot, hogy esetleg van-e még olyan, amit törölni lehetne. Dr. Horváth Ákos javasolta, hogy szakmai indok alapján és ne statisztikai indok alapján történjen meg a törlés. Dr. Szűcs Miklós javasolta, hogy a két kollégium további egyeztetése során az összes tüdőrákos protokoll áttekintésére kerüljön sor. Ezt a munkát a két kollégium közös munkacsoportja végezze el és tegyen javaslatot a protokollok törlésére, és ezt követően kerüljön a javaslat mindkét kollégium elé újra. A jelenlévők egyhangúlag egyetértettek azzal, hogy a tüdőrák kezelésére vonatkozó protokollokat a Pulmonológiai és Onkológiai Szakmai Kollégiumok közös munkacsoportja tekintse át, és ezt követően készüljön el a protokollok törlésére vonatkozó javaslat.

Dr. Nagy László, Dr. Nagyné Dr. Fodor Ágnes – metasztatikus emlőrák esetén az Avastin készítmény alkalmazásáról szóló szakmai állásfoglalás kérése. Dr. Szűcs Miklós a levél megválaszolására vonatkozóan elvi megközelítést javasolt a Kollégium számára, mert most egy beteg, holnapután egy másik beteg kér majd állásfoglalást. Eddig csak a miniszternek vagy a miniszter által megjelölt szervezetnek adott a Kollégium választ. A válaszlevélben pedig szerepeljen, hogy amennyiben problémájuk van, akkor forduljanak az Egészségbiztosítási Felügyelethez, a Minisztériumhoz, és ha ezektől a hatóságoktól érkezik felkérés, akkor természetesen részleteiben is vizsgáljuk a kérdéseket. A jelenlévők a levél megválaszolására tett javaslattal egyhangúlag egyetértettek.

Dr. Nemeskéri Mariann, EüM – szakmai protokollok, irányelvek felülvizsgálata. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy a Kollégium többször tett javaslatot, hogy a gondozással kapcsolatban szülessen valami szabályozás. Jelenleg az országban 70 gondozó működik a legkülönbözőbb feltételekkel. Van, amelyik centrumhoz integrált, van, amelyik

független. Az ügy valóban rendezetlen, de foglalkozni kell vele. Ezen túlmenően az onkoteamet valakinek működtetni kell. Az onkológiai gondozó személyzet alkalmas arra, hogy az onkológiai gondozást irányítsa a centrumon belül. Ehhez a munkához a gondozási protokoll fontos, tehát javasolja ennek aktualizálását. Dr. Pikó Béla szerint annyira rendezetlen az ügy, hogy először a feltételek rendezésére gondolt, de igazából itt a tevékenységről magáról van szó és nem a szervezetről. A jelenlévők a protokoll megújításával egyhangúlag egyetértettek.

Zala Megyei Kórház – Hospice részleg kialakításával kapcsolatos tájékoztatás. Dr. Ruzsa Ágnes tájékoztatta a jelenlévőket, hogy a Zala Megyei Kórház egy Hospice részleget kíván létrehozni, 10 ágygal. A részleg el fog különülni mind helyileg, mind feladatilag az Onkológiai Osztálytól, de a szakmai felügyelet ott lesz, ezért a működtetéséhez új státuszt kértek. Elmondta, hogy a végleges pályázati anyagot nem látta, ezért kérte a Kollégiumot, hogy a személyi feltételek biztosításában nyújtson támogatást. Dr. Szűcs Miklós elmondta, hogy a Kollégium a választ már elküldte Főigazgató asszonynak, aki azt nyilván a pályázati határidő miatt sürgette. Ebben a levélben az szerepelt, hogy a személyi és tárgyi feltételeket konkrét formában jelenítsék meg. Kérte viszont, hogy ha a megvalósítás nem abba az irányba halad, ahogy az az elvárásoknak megfelelően, akkor azt jelezzék a Kollégium felé. Dr. Pikó Béla elmondta, hogy az OEP a Hospice részleggel, mint önálló szervezeti egységgel köt szerződést, valamint, hogy a Hospice meglehetősen életképtelen osztály nélkül, mert a költségvetését állandóan innen kell kiegészíteni. Ezen kívül nagyon fontos, hogy a személyi és tárgyi feltételek mentén csinálják, mert különben megbukik a Hospice. Dr. Boér Katalin kérdezte, hogy a Hospice finanszírozott-e, mert felmerült, hogy az osztályukon néhány Hospice ágyat kellene létesíteni. Azonban Igazgató asszony erre azt mondta, hogy megvalósítása alapítványi támogatásból történjen meg. Tehát a kérdés, hogy a Hospice és krónikus ágyak finanszírozása hogyan történik? Dr. Pikó Béla elmondta, hogy a Hospice finanszírozására pályázatot kell benyújtani, mert valamiképpel magasabb a többi krónikus

ágyénál. Azonban az OEP minden évben indít modellkísérletet, vállalható feltételekkel, aminek ha eleget tud az osztály tenni, akkor még naponta 450 Ft-ot is kaphat. De az is igaz, hogy ennek ellenére nem elég a finanszírozása. Dr. Szűcs Miklós szerint mindenképpen érdemes lenne Muszbek főorvos asszonnyal ezt a dolgot átbeszélni, mert a helyzet olyan, hogy mindenképpen támogatásra lehet számítani. Az is igaz viszont, hogy rendkívül szigorúak a pályázati feltételek.

EGYEBEK

Dr. Faluhelyi Zsolt elmondta, hogy a Herceptin adatlapokkal kapcsolatosan még mindig sok probléma van, az OEP sok hibalistát küld vissza. Ezért a Veszprémi Kórházban az informatikusok szerkesztettek egy programot, ami megfelel az adatlapnak és őrzi a törzsadatokat. A programleírás szétküldenénk, és szakmai egyetértés esetén lenne szponzor is, aki ezt az osztályoknak tudná biztosítani. Az országos szakfelügyelet szintén nagyon megköszönné, mert a munkát megkönnyítené. Ezért kérte, hogy a programot a Kollégium támogassa. Dr. Szűcs Miklós javasolta, hogy kerüljön a leírás szétküldésre, és miután mindenki megismerte, azt követően döntsön a Kollégium.

Dr. Szűcs Miklós tájékoztatásként elmondta, hogy 2008. október 1-jén lesz a Minisztériumban egy megbeszélés. A WHO kezdeményezésére egy monitoring rendszer és eszköz kidolgozása indul és első lépésben 7 kollégium véleményét kívánják megismerni.

Végezetül bejelentette, hogy a következő ülés időpontja november 21-e, helye az OOI. Dr. Hideghéty Katalin jelezte, hogy a Sugárterápiás Társaság tudományos ülése 2008. november 22-én lesz Szegeden. Dr. Szűcs Miklós válaszában elmondta, hogy ezt az időpontot korábban a testület megszavazta. Amennyiben a társaság 50%-a +1 fő azt kérné, hogy az ülés időpontját változtassuk meg, akkor úgy lesz, ha nem kéri, akkor ez marad az időpont. További hozzászólás nem volt, mindenkinek megköszönte a részvételt.

k.m.f.

Prof. Dr. Kásler Miklós
titkár

Dr. Moskovits Katalin
az emlékeztető hitelesítője

Dr. Szűcs Miklós
elnök