

Van-e szükség infektológusokra?



Szalka András

A címben feltett kérdés megválaszolásához s a jelenlegi helyzet felvázolásához a múlt kritikus elemzése szükséges.

Elnézést kérek az olvasótól szubjektív megjegyzéseimért, de az elmúlt negyven év alatti orvosi pályafutásom végig szorosan kapcsolódik a fertőző betegségek megváltozott jellegéhez.

Nyerges Gábor infektológus professzor – a Szent László Kórház alapításának centenáriuma (1994) alkalmából – a következőképpen emlékszik vissza a múlt század hatvanas éveire: „Az 1959-es poliojárvány elmúltával egy viszonylag »békés« időszak köszöntött be. A korszak első felében a leggyakoribb betegségek a scarlatina, a morbilli, az enterális infekciók, az influenza és a hepatitis voltak, és az influenza kivételével, kisebb ingadozásoktól eltekintve, nagyjából évente azonos számban fordultak elő. A korszak második felében, az 1969-ben bevezetett

kanyaró elleni oltás után minimálisra csökkent a morbillis betegek száma, ugyanakkor egyre növekedett a bejelentési kötelezettség alá nem eső infekcióké. ... a fertőző betegségben szenvedők csak mintegy harmegyedét tették ki a kórház betegforgalmának.”

E korszak történéseinek megértéséhez alapvetően hozzátartozik két esemény: a hatvanas évek elején lehetővé vált, hogy szakképesítést szerezzünk fertőző betegségekből. A másik nagyon fontos történet pedig az, hogy 1962-ben megalakult a Fertőző Betegségek Orvosainak Szakcsoportja. A fertőző betegségekkel foglalkozó szakembereket tömörítő tudományos társaság igen sokat tett azért, hogy az országban egységes szemlélet alakuljon ki, a tagok korszerű ismeretekkel rendelkezzenek és az információáramlás minél tökéletesebb, teljesebb legyen közöttük.

A fertőző betegségeket országsszerte jól szervezeten látták el. Minden megyének volt legalább egy, speciálisan e célra szervezett osztálya (egyes megyékben több osztály is működött), szakorvosokban sem volt hiány. Általában a szakorvosok legalább két szakvizsgával rendelkeztek, vagyis döntően belgyógyászatra vagy

gyermekgyógyászatra építették rá a „fertőző betegségek szakorvosa” képesítést.

Ebbe, a valójában abszolút nyugodt légkörű és biztos alapokon nyugvó rendszerbe kerültem be 1966. október 1-jén. Utólag végiggondolva az elmondottakat, adódtak az életemben olyan kórházi események, amelyek nem teljesen illettek bele az elmondottakba. Első munkahelyem a László Kórház két éve megnyitott intenzív terápiás osztálya volt. Itt láttam például először gépi lélegeztetéssel összefüggő kórházi eredetű tüdőgyulladásokat, szepszist, kanül okozta fertőzéseket. Persze akkor ezek fontosságát másképpen értékeltem. A kórház epidemiológus főorvosa ez időben jelentette meg első könyvét a kórházi eredetű infekciókról. Végigolvastam, de úgy ítélt meg, hogy ez nálunk nem gond és valószínűleg nem is lesz az. Idetartozik az is, hogy 1973. május 18-án fertőző betegségekből szakorvosi képesítést nyertem.

Ha le akarjuk zárni a régmúltat, akkor az 1978-ban megjelent *Fertőző betegségek tankönyv* jelentheti az utolsó nyugodt időpontot.

A következő tankönyv 14 évvel később jelent meg, de már *Infektológia* címmel. A nyolcvanas évekre esik az „infektológia” és az „infektológus” fogalmak bevezetése, illetve széles körben történő elfogadása, elfogadtatása. Az említett tudományos társaság neve Magyar Infektológiai Társaság lett, megalakult az Infektológiai Szakmai Kollégium és a vizsgázó „infektológus” szakképesítést kapott, a kilencvenes évek elején megalapított tudományos folyóiratot pedig *Infektológiai és Klinikai Mikrobiológia* elnevezéssel jelentettük meg. A változások nem pusztán a név módosulását jelentették. Megpróbálták visszatükrözni azokat az alapvető különbségeket is, amelyek e tudományágban végbementek.

Mi jellemezte Magyarországot ebben az időben? Az a békés időszak, amelyre *Nyerges Gábor* utalt, egyszer s mindenkorra véget ért. A fertőző betegségekkel foglalkozó osztályok (infektológiai osztályok) ágylétszámát elkezdték drasztikusan csökkenteni, egyes megyékben teljesen felszámolták ezeket, a szakorvosok száma negatív irányba változott, számos fertőző betegség előfordulása nagymértékben csökkent vagy meg is szűnt. Sem az akkori szakmai kollégium, sem maga a

Az infektológia mélyrepülése 25 éve kezdődött meg hazánkban.

szakma nem tudta meghatározni a jövőt, illetve azt, hogy mivel kell foglalkoznia az infektológusoknak.

Néhányan már a hetvenes évek végén, a nyolcvanas évek elején felismertük, hogy fertőzések a kórház bármelyik osztályán előfordulhatnak, és az infektológia fokozatosan interdiszciplináris szakmává változik. E felismerést tettek is követték. Előbb a nagyobb budapesti, majd a vidéki kórházakban kezdett kibontakozni az infektológus konziliáriusi tevékenység. Ez pedig, a korábbiakkal összehasonlítva, alapvetően más tudást és szemléletet igényelt.

A helyzetünk megismeréséhez és a tárgyilagos következtetések levonásához meg kell vizsgálni a nálunk fejlettebb egészségüggyel rendelkező országokban lévő állapotokat. Az Egyesült Államokban 1966-ban körülbelül 200 orvos foglalkozott fertőző betegségekkel, 1990-ben számuk már jóval meghaladta a 2000-t, azaz 100 000 lakosra legalább egy szakembert lehetett számítani. Kanadában pedig, szintén 1990-ben, 200 000 lakosra jutott egy infektológus. Azt is érdemes megjegyezni, hogy az Amerikai Egyesült Államokban régóta nincsenek speciálisan a fertőző betegekre szakosodott osztályok, és az infektológusok döntő többsége a kórházakban az úgynevezett IDS (Infectious Disease Service) vagy IDU (Infectious Disease Unit) keretében dolgoznak.

Mi következik ezekből a tényekből? Ha egy olyan abszolút profitorientált országban, mint az Amerikai Egyesült Államok, az elmúlt 25 év alatt az infektológusok száma jelentős mértékben emelkedett, akkor ilyen szakemberekre feltétlenül szükség van. Csak halkan jegyzem meg, hogy az infektológia mélyrepülése éppen ekkor kezdődött meg hazánkban, s ez a tendencia a mai napig tart.

Felmerül rögtön a kérdés, mely tényezők vezettek oda, hogy először Észak-Amerikában, majd az Európai Unió országaiban az infektológia igen fontossá vált, illetve a jól képzett infektológusok tevékenységére egyre nagyobb igény mutatkozott. A legfontosabbak a következők: Egyre nőtt az emberiség átlagéletkora, és az idősek esetében halmozottan fordultak elő fertőzések. Kialakult egy olyan populáció, amely a fertőzések szempontjából igen esendővé vált, s ez ma már a lakosság körülbelül 20%-át jelenti (például HIV- és AIDS-betegek, kemoterápiában részesülők, transzplantáltak, cukorbeteg, májbeteg stb.). Megszaporodott az invazív beavatkozások száma, sokkal több beteg részesül intenzív terápiás ellátásban. Nemcsak a kórházi eredetű fertőzések előfordulása emelkedett, hanem számos új fertőző betegséget ismertek fel (például legionellosis, Lyme-kór), és korábban is ismert fertőzések sem tűntek el, illetve a letalitás semmit sem változott (például pneumonia, szepszis). A kórházakban kifejezett igény mutatkozott olyan szakemberek foglalkoztatására, akik értnek az antibiotikumok korszerű használatához, és antibiotikum-protokollokat tudnak összeállítani.

Az elmondottak illusztrálására néhány példát érdemes ismertetni. A bázeli egyetemi klinikán a kilencvenes évek közepén (950 ágy, évente körülbelül 8000

hemokultúra és 600 pozitív vértenyésztés) 2400 infektológiai konzilium történt, és ezt három főállású infektológiai szakképzettséggel rendelkező orvos látta el. Egy belgiumi, szintén egyetemi intézetben (850 ágy, 27 000 betegfelvétel/év) 1994-ben az IDS három, teljes munkaidőt ott töltő szakorvosból és két rezidensből állt. Ebben az évben azt vizsgálták, hogy a 428 szepszis kezdeti, empirikus antibiotikum-kezelése hány százalékban volt adekvát. Kiderült, hogy az esetek 63%-ában sikerült eltalálni a helyes terápiát. Ha infektológust is bevontak az első terápiás választásba, 78%-ban volt adekvát az empirikus kezelés. Ellenkező esetben az eredmény csak 54%-nak bizonyult. A Sharek Zedek izraeli kórház (550 ágy) a kilencvenes évek második felében három főállású infektológust foglalkoztatott. E kórház infektológusai hat év alatt (1994–1999) 14 005 konzultációt végeztek (ok: 58% terápia, 13% diagnózis megállapítása, 24% az előbbi kettő, 5% profilaxis). Ezek közül 51% ágy mellett történt, 30% volt telefonhívás, 19% személyes megbeszélés. A konziliumok egyik eredménye az volt, hogy hat év alatt, betegként, az antibiotikumra fordított költségek 35%-kal csökkentek.

Magyarország? A hazánknál sok szempontból előbbre tartó országokban egyértelműen bizonyított, hogy az infektológusok tevékenységére egyre nagyobb szükség van. A lényeg az, hogy ezt a korszerű betegellátás követelte meg. Felmerül a kérdés, hogy ez nálunk miért nem érvényesül? A teljeség igénye nélkül néhány gondolat: Magyarországon a betegek gyógyítása – az intenzív terápiás osztályok kivételével – döntően nem csapatmunka. Az infektológus azokat a betegeket látja csupán, akiket neki megmutatnak. Hibás az a nézet, hogy „infektológust akkor hívunk konziliumba, amikor már végképp zsákutcába jutottunk”; továbbá, a kórházakban nem becsülik meg azt a főorvost, akihez nem tartoznak ágyak. Hiányzik tehát az erkölcsi megbecsülés (az anyagiakról nem is szólva).

A szakmai kollégium többször tett javaslatot arra, hogy milyen ágyszám mellett legyen kötelező infektológust foglalkoztatni. Válasz soha nem érkezett, pedig infektológus képesítéssel rendelkező korábban miniszter és politikai államtitkár, s azzal rendelkezik jelenleg a szakállamtitkár.

Nekünk, infektológusoknak is tudomásul kell vennünk, hogy a miénk interdiszciplináris szakma (konziliáriusi tevékenység, ambuláns betegek vizsgálata). Ma még javasolt a kevés ágyval rendelkező infektológiai osztályok működése is.

Mit hozhat a jövő, van-e kiút ebből a helyzetből? Azt gondolom, hogy az úgynevezett súlyponti kórházak létrehozásával a súlyos betegek létszáma itt fog megnőni. Ez pedig óhatatlanul azzal jár majd, hogy ezekben a kórházakban a fertőzések száma is emelkedik. E jelenség pedig feltehetően kényszerítő erővel hat

Magyarországon a betegek gyógyítása – az intenzív terápiás osztályok kivételével – döntően nem csapatmunka.

majd: szükség lesz korszerű tudással rendelkező fő- vagy mellékállású infektológusokra. Ám ma még megjósolhatatlan, hogy mindez mikor következik be. Ehhez még azt is szükséges hozzá tenni, hogy mind a létszámukban jelentősen növekedő krónikus betegeket ápoló egységekben, mind a rehabilitációs osztályokon valószínűleg szaporodni fog az infekciók előfordulása.

Ez a szakma az elmúlt évtizedekben érdemtelenül háttérbe szorult.

Ez pedig nagymértékben attól függ, hogy az ápolószemélyzet létszáma hogyan fog alakulni. Számos, jól kontrollált vizsgálat azt mutatta, hogy főleg az ilyen betegeket ellátó osztályokon a fertőzések előfordulása és súlyossága fordítottan arányos a munkaerő hiányával. Tehát biztosan megjósolható, hogy az említett betegeket ellátó kórházakban és részlegekben fel fog merülni az infektológus foglalkoztatása.

Az olvasóban rögtön felmerülhet, hogy vajon a szakma mennyire van felkészülve a jelenleg zajló gyors változtatásokra és a vázolt jövőbeli kihívásokra?

Az Infektológiai Szakmai Kollégium, 2006. december végén, szükségesnek tartotta az infektológiai osztályok további működését. A minisztérium korábbi ajánlatát szigorúan és kizárólag szakmai szempontok alapján nézte át és tette meg javaslatát. A régiókban működő ágyak számának (kismértékű) emelését javasolta ott, ahol a régió lakosságához képest alacsony a működtethető infektológiai ágyak száma. Az ajánlott 948 ágy helyett országosan összesen 58 ágygal többet tartott szükségesnek (1006).

Az infektológiai osztályok komoly szakorvos-hiánnyal küszködnek.

A szakmai kollégium minden regionális egészségügyi tanács elnökéhez, ezzel egy időben, levelet intézett. Ebből idézek néhány részletet: „Az új, drasztikus ágyszámcsökkentés, illetve az ehhez kapcsolódó pályázati rendszer még a korábbiaknál is nagyobb mértékben érinti az infektológiát mint szakmát és ennek jelenlegi reprezentánsait, a kórházak infektológiai osztályait.

Szakmai szempontból feltétlenül szükségesnek tartjuk, hogy az infektológiai osztály önálló, megfelelő ágylétszámmal és infrastruktúrával rendelkező osztályként működjön a regionális infektológiai központban, ami egyben a régiós progresszív ellátás csúcscsúszintje. Megyéenként legalább egy kórházban működjön nevesített infektológiai osztály vagy egység, hozzátartozó infrastruktúrával. A modern infektológia rendkívül komplex és óriási léptekkel fejlődő tudományág lett külföldön, amely az összes, mikrobák által okozott megbetegedés kutatásával és kezelésével foglalkozik, függetlenül attól, hogy az infekció milyen szervben jelenik meg. Nem véletlen tehát, hogy az infekciós megbetegedések kezelésében, például a sebé-

zeti vagy traumatológiai fertőzések kezelésében, a diagnózis megállapításában és az antimikrobás terápia irányításában az infektológus aktív konziliáriusi szerepet játszik, s ez számos kontrollált vizsgálat szerint jobb és gyorsabb gyógyulást, valamint kevesebb költséget jelent. Tehát a modern infektológia területe kibővült, és már nemcsak a klasszikus fertőző betegségek kezelésével foglalkozik.

Nem véletlen tehát, hogy az Európai Unióban a modern infektológia rohamléptekkel halad előre, és nem csupán szakmaszeretettből, hanem jól megfontolt gazdasági érdekből; ennek kielégítésére a csökkenő szakembergárdával és csökkenő lehetőségekkel aligha vállalkozhatunk.

Az infektológia az elmúlt évtizedekben érdemtelenül háttérbe szorult szakmává vált, ami a hazai morbiditási és mortalitási mutatókat tekintve elfogadhatatlan. Ez a trend egy EU-tagállam egészségügyi rendszerében nem vállalható fel, és mindent meg kell tennünk azért, hogy az infektológia a szakmát megillető helyre kerüljön. Kétségtelen, hogy a jelenleg alkalmazott mutatók (ágykihasználtság, veszteségesség stb.) sok esetben az infektológiai osztályok bezárása és leépítése irányában hathatnak, de ez egyben a modern infektológia kialakulásának jelentős késleltetését jelenti, ami kétségtelenül a betegek kárára válik.”

Mi a helyzet 2007. január végén? A minisztérium nem fogadta el a minimális emelési javaslatot, és egyes osztályok terhére ágyátcsoportosítást végzett. A regionális egészségügyi tanácsok pedig visszaküldték, illetve nem fogadták el a minisztérium ajánlatát. Joggal merül fel a kérdés, hol fog érvényesülni a szakma és volt-e értelme heteken keresztül vitatkozni egy szakma megmentéséről?

Mindezekhez hozzá kell még tenni azt is, hogy az Infektológiai Osztályok komoly szakorvos hiánnyal küszködnek, az elmúlt években alig sikerült rezidenseket beiskoláznia, és az infektológia oktatása az egyetemeken semmit sem fejlődött (a négy egyetem közül például a Semmelweis Egyetemen még a mai napig sincs legalább fél éves, szisztematikus képzés).

A klinikai mikrobiológiához és az epidemiológiához szorosan kapcsolódik az infektológia kellő színvonalú működése. E szakmák gondjait ismertetni nem feladatom, annyi azonban tudható, hogy mindkettő padlón van. Előrelépni pedig csak közösen lehet.

A sötét jelenből van-e kiút? Hiszem, hogy van. De alapvető stratégiai változásra lenne szükség. Ha az a jelző, hogy „minden a betegek érdekében történik”, akkor nemcsak a pénzügyi szempontokat kellene érvényesíteni a betegellátásban. Ettől pedig biztosan függ a betegek gyógyulása, s ebben az infektológia nagyon sokat tud segíteni.

dr. Szalka András
infektológus főorvos