

Interjú Tomas Jernberg professzorral

Akiktől tanulhatunk: a svéd példa

► Folytatás az 1. oldalról

■ *Tavaly áprilisban jelent meg a Journal of the American Medical Association (JAMA) című szaklapban az Ön és munkatársai beszámolója az ST-elevációs miokardiális infarktust szenvedett svéd betegek kezelésének minőségi mutatóiról. Kiderült, hogy a regiszterek működésének következtében megnövekedett az evidencia alapú kezelések aránya és csökkent a páciensek mortalitása. Mi a különbség a cikkben említett regiszterek, a SWEDEHEART és a RIKS-HIA között?*

– A SWEDEHEART (Swedish Web-system for enhancement and development of evidence-based care in heart disease: Svédország web-rendszere a szívbetegség bizonyíték alapú ellátásának fejlesztése érdekében) négy különböző regiszter – a RIKS-HIA, a SEPHIA, a SCAAR és a svéd szívsebészeti regiszter – összeolvasztása következtében jött létre 2009-ben.

A RIKS-HIA adatbázis (Swedish Heart Intensive Care Admission) működése 1991-ben indult, és mára az összes olyan svéd kórház részét veszi benne, amelyik a szívbeteg akut ellátásának területén dolgozik (konkrétan 72 intézmény). A SEPHIA a szekunder prevenció nemzeti regisztere, a SCAAR a koronária-angiográfia és a perkután koronária-intervenció (PCI) nemzeti regisztere.

■ *Hogyan indultak ezek a regiszterek? Ki volt a felelős a létrehozásukért és működtetésükért?*

– Lelkes orvosok indítottak kis lokális vagy regionális regisztereket az 1990-es évek elején, és ezek nőttek a későbbiekben országos adatbázisokká. A Lars Wallentin és Ulf Stenestrand által kezdett RIKS-HIA 1995-re vált nemzeti regiszterré, és működtetése az állami finanszírozásba tagozódott. Csak igen kevés kórház húzódozott a belépéstől, a legutolsó 2006-ban csatlakozott; a részvétel még ma is önkéntes.

■ *Hogyan motiválják a részvételre a kórházakat és az orvosokat?*

– Mindenki belátta, hogy milyen fontos a minőség mérése. A kórházakat és az orvosokat az motiválja,

hogy visszajelzést kapnak a munkájukról. Az intézmények összevethetik teljesítményüket saját korábbi minőségi mutatóikkal és a többi kórház eredményeivel egyaránt. Az orvosokat arra is bátorítjuk, hogy vegyenek részt a regiszterhez kapcsolódó kutatásokban.

■ *Magyarországon Belicza Éva és Jánosi András tanulmánya szerint (A heveny szívinfarktus előfordulásának és ellátásának vizsgálata a finanszírozási adatbázis elemzésével: 2004-2009; Orvosi Hetilap, 2012) „a férfiak minden korcsoportban nagyobb eséllyel részesültek PCI kezelésben, mint a nők”. A Nagy-Britanniai Kardiológiai Regiszter, a MINAP adatai szerint Angliában és Wales-ben az idősebbek vannak hátrányban a reperfüziós terápiához való hozzáférésben. Svédországban van ilyen típusú egyenlőtlenség?*

– Attól tartok igen, habár a mértéke csökken: a nők és az idősebbek még ma is kisebb eséllyel kerülnek koronária-örzöbe. Ez a példa is mutatja, hogy milyen fontos minőségi regisztereket működtetni, és hozzájutni az – esetenként kényelmetlen – információkhoz. Az ellátási mutatók ismeretében tehetünk a helyzet javítása érdekében.

■ *Magyarországon az Infarktus Regiszter Pilóta Vizsgálat eredményei szerint a STEMI miatt kórházba került budapesti betegek 79,7 százaléka szívkatóteres centrumba került, és ezen betegek 84,6 százalékánál intervenció történt. Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a STEMI miatt kezelt betegek 62,9 százaléka került szívkatóteres centrumba és a betegek 77 százalékánál történt katéterterápiás beavatkozás. Önök hogyan tudták elérni, hogy 2007-re a rászorulóknak 84 százaléka részesült PCI-ben? Mit gondol, mennyi az elérendő cél?*

– A magyar adatok nemzetközi összehasonlításban kiválóak. Úgy vélem, a svéd siker egyik oka, hogy a regiszter révén nyert információ óriási figyelmet kapott a szakma és a lakosság részéről egyaránt, ennek következtében egyre inkább betartják a nemzeti és nemzetközi terápiás irányelvek ajánlásait.

Ha nem mérjük a minőséget, akkor azt gondoljuk, hogy jól teljesítünk – mihelyst elkezdjük a teljesítmémmérést, kiderül, hogy óriási a lehetőségünk a fejlődésre. Nem hiszem, hogy elérhető lenne a 100 százalékos arány. Svédország egyes vidéki részein, különösen északon, sosem lesz mindenki számára könnyen elérhető, közeli katéterintervenció lehetőség.

■ *Mi lehet az oka annak, hogy a kórházak rop-pant eltérő sebességgel alkalmazkodnak az irányelvek elvárásaihoz, és nagy időbeli különbséggel kezdenek el új eljárásokat használni?*

– Közrejátszhat a helyi ajánlások különbözősége, ami a helyi körülményekhez alkalmazkodó országos irányelvek eltéréseiből fakadhat. Elképzelhető, hogy néhány kórháznak nincs saját terápiás eljárásrendje, vagy ha van, csak ritkán frissítik azt. Okozhatja a menedzsment is a lassúságot. Vagyis egyes kórházaknak jobb módszereik vannak az új ismeretek gyakorlatba illesztésére és az ajánlások végrehajtásának ellenőrzésére, mint másoknak.

■ *Milyen kórházak teljesítenek rosszul? Van bármilyen következménye, ha egy intézmény, illetve az orvosai nem elég jók?*

– Nem mondhatjuk, hogy bizonyos fajta kórházak rosszabbak, mint a többiek. Egy kis kórház is teljesíthet jobban, mint egy egyetemi klinika. A gyengén szereplő intézmények általában alaposan felülvizsgálják a működésüket, és igyekeznek javítani teljesítményükön. A kórházaknak úgy érdemes a regiszterekre tekinteniük, hogy azok lehetőséget adnak a fejlődésre, aminek révén a páciensek jobb ellátásban részesülhetnek. Semmilyen büntetés nem része a rendszernek.

■ *A már említett JAMA-cikk szerint Svédországban 1996 és 2007 között az infarktus akut ellátása után az aszpirin, a clopidogrel,*

a β -blokkolók, a sztatinok és az angiotenzinkonvertáló enzim (ACE)-gátlók használata egyaránt növekedett, a clopidogrel-felhasználás 0-ról 82 százalékra, a sztatinoké 23-ról 83-ra, az ACE-gátlóké 39-ről 69 százalékra. Mi lenne a kielégítő arány ezeknél a szereknél?

■ *A JAMA-tanulmányban megállapították, hogy az ACE-gátlók használatában tapasztalható nagy különbségek az idő előrehaladtával továbbra is fennállnak, azaz folyamatos a bizonytalanság ezen szerek STEMI utáni indikációja terén. Mi ennek a zavarnak az oka?*

Az American Journal of Cardiology-ban megjelent cikke (Az ACE-gátlás hatása a mortalitásra és a miokardiális infarktus megismétlődésére) ennek a bizonytalanságnak szándékozik véget vetni?

– Az ACE-gátlókkal foglalkozó nagy klinikai vizsgálatok nem adtak egybehangzó végeredményt. Saját – obszervációs – vizsgálatunk szerint csak a szívelégtelenségben, bal kamrai diszfunkcióban vagy veseelégtelenségben szenvedők profitálnak az ACE-gátlásból. A regiszterek révén nyert adatoknak vannak előnyeik – persze korlátaik is – a klinikai vizsgálatokhoz képest, így jól kiegészítik azokat.



Tomas Jernberg

– A cél sose lehet 100 százalék. Mindig lesznek betegek ellenjavallatokkal, súlyos komorbiditásokkal, akiket nem lehet az irányelveknek megfelelően kezelni, illetve olyanok, akik az orvos minden erőfeszítése ellenére sem hajlandók együttműködni a terápiával. Több kórház és nagyszámú páciens kezelési adatainak áttekintésével megpróbáltuk a különböző kezelési módszerek optimális arányait megállapítani, azonban az derült ki, hogy ezek időről időre változnak.

■ *Svédországban évente nyilvánosságra hozzák a regiszterek alapján készült jelentéseket. Milyen visszajelzéseket kapnak?*

– A kórházak minden adathoz hozzáférnek. A lakosság és a politikusok – akiknek az érdeklődése az akut kardiális ellátás minősége iránt a jelentések publikálása óta igencsak megnőtt – felé igyekszünk nagyon elővigyázatosan kommunikálni. Elmagarázzuk például, hogy a különböző intézmények ellátási területe eltérő, más és más a betegek korösszetétele, szociális és gazdasági helyzete, eltérőek a társbetegségeik, ezért a kórházak teljesítményének összehasonlítása nagyon nehéz. Sokkal fontosabb, hogy az egyes intézmények az idő előrehaladása tükrében vessék össze a saját adataikat.

Ennek ellenére vannak problémáink a bulvársajtóval, amely nem eléggé érzékenyen kezeli a tőlünk kapott információt.

■ *Ön biomarker-kutatással is foglalkozik – troponinnal, NT-proBNP-vel, illetve cystatin C-vel foglalkozó tanulmányai olvashatók a neten. Mit gondol, mely biomarkerek fogják segíteni a közeljövőben a szívbetegségek diagnózisát és terápiáját?*

– Nagy a bizonytalanság ezen a területen. Az új, nagy érzékenységű troponin vizsgálatok hasznosnak bizonyulhatnak, azonban új problémákat is generáltak.

Olyan biomarkerre lenne szükségünk, amelynek révén különbséget tehetünk az akut koronária szindróma miatt, illetve az egyéb okból bekövetkező szívizomkárosodás között.

■ *Milyen gyógyszerfejlesztési irányt tart ígéretesnek?*

– Arra van szükség, hogy jobbak legyünk a már meglévő ismeretek gyakorlatba ültetésében. A SWEDEHEART révén tudjuk, hogy javul az akut ellátás, azonban még óriási feladatok vannak a másodlagos prevenció területén. Javulnunk kell a betegek vérnyomásának és lipidszintjének kontrolljában. Új módszereket kell találnunk, amelyekkel rá tudjuk venni a pácienseket a dohányzás abbahagyására és a fizikai aktivitás növelésére. Ezek sokkal fontosabbak, mint egy új gyógyszer.