

Agybeteg, idegbeteg, elmebeteg...

2010-ben a Clinical Neuroscience/Ideggyógyászati Szemle FÓRUM rovatában élénk vita indult az ideggyógyászat jövőjéről (Szirmai, 2010a; Szirmai, 2010b; Kopa, 2011; Katona, 2011; Halász és Rajna, 2010; Halász és Rajna, 2011; Ertsey, 2011). Azóta már az elmebetegségek témájában is készült hasonló dolgozat (Ozsváth, in press). Ugyanis a betegek mindennapi ellátásában is küzd egymással a tudományos gondolkodás két szélső szemlélete: a „splitterek” a diagnosztika, a terápia és mindenekelőtt a gyógyszerek fejlesztésének elengedhetetlen feltételeként a kórfolyamatok részleteinek felfedezésében, azaz a specializációban határozzák meg az orvosszakmák jövőjét. Ezzel szemben a „lumperek” azt érzékelik, hogy a részvizsgálatok tengerében, a specialisták gyűrűjében lassacskán (jobb esetben) elvész, (rosszabb esetben) megroppan a páciens, a szenvedő egyén. Sajnos a „rafinált” közti megoldással, azaz a (pluridiszciplináris) specializált szakellátó központokkal (centrumokkal) is baj van. A mai szakmai önkép, a képzés és az intézményi rendszer egységként és összességében is alkalmatlan arra, hogy az ambuláns és fekvőbeteg szakellátásban tényleges szinteket határozzon meg (azaz például legyen *ideg- vagy elmebeteggyógyászati alapellátás és specializált ellátás*). Csak egyetlen (elrettető) példaként gondoljanak a felülről kitalált, és ezért kezdettől fogva virtuálisan működő demencia centrumokra. A megoldás persze nem könnyű. A szakmai nyereség mellett óhatatlanul egyéni vesztesei is lehetnek. Jelenleg a gyakorlatban a kérdés agyonhallgatása folyik, amelynek – mint oly sok más esetben – a beteg a károsultja. De messze nem csak ő.

Specializált szakellátás természetesen létezik: ez a típusú szolgáltatás a csekély kapacitás miatt a kezelőorvosok személyes kapcsolatain, betegtársak, hozzátartozók érzelmi alapú ajánlásain, esetleg csalóka vagy önfényező hirdetések reklámtechnikai hatékonyságán múlik. Ja, és még valami. A beteg, ha képes rá, (alkotmányos, illetve az egészségügyi törvényben rögzített esélyegyenlőségi joga ellenére) óhatatlanul beleszúszik a magánpraxisba, vagy ami még sokkal rosszabb, a hálapénz-borítékok ismételt kibélelésébe.

Ne hallgassuk el az orvosi oldal megkeseredésének folyamatát sem. Ebben a tisztázatlan helyzetben, az internet világában egyre (fél)műveltebb páciensi kör közepén hogyan is érezhetné jól magát az a szakorvos kolléga, aki a területi ellátás már-már fojtogató rohanásában pontosan tudja, hogy egy-egy súlyos

krónikus betegség igazán hatékony kezeléséhez sem intézményi, sem egyéni szakmai feltételekkel nem rendelkezik, viszont a tisztázatlan szervezeti kompetenciák miatt azt mégsem háríthatja el.

Mi következik ebből a helyzetből? Először is az, hogy az orvosok, nővérek, betegek és hozzátartozók egyaránt elégedetlenek. Továbbá, hogy a mai munkaerő-kínálati világban sokan genetikusan megalapozott empátiás képességük tudatában rájöttek arra, hogy az emberi szó, a meghallgatás, az érzelmi rezonancia a betegekkel önálló terápiás értéket képvisel. A természetgyógyászat, az alternatív gyógymódok „virágzása” lélektan szempontból egyenes következmény. Az önismereti pszichoterápiás elemekkel és néhány egyszerű asszertív technikával végzett életmód-tanácsadás, üzleti „coaching” ma egy „mezei” közalkalmazott szakorvos számára hihetetlen honoráriumok fejében zajlik. Vigyázat: ezek a módszerek egyre hatékonyabbak! (V.ö. randomizált placebo kontrollált klinikai gyógyszervizsgálatok placebo karján elért eredmények emelkedésével (Ozsváth, in press).) Ezek az új áramlatok nem kérik, hanem követelik a helyüket az egészségügyben is, mind a kóriszmézés, mind a gyógyítás területén. A szakma válasza: erőtlen védekezés a lélektanban jól ismert és teljesen hatástalan módokon (*átolás*: „sarlatánok”, „a hiszékeny beteg” stb., *kivetítés*: „az egészségügyi szervezés hiányosságai a bűnösök” stb., *tagadás*: „a módszerek hatástalanok, nem bizonyítottak” stb). Megjelennek az ilyenkor szokásos összeesküvés elméletek éppúgy, mint az erkölcsi alapú aggályok. Lássuk be: az említettek kivétel nélkül kontraproduktívak. Viszont jó alapot adnak arra, hogy élesedjen a természettudományos bizonyítékon alapuló orvosi szolgáltatások *elleni* fellépés (a „medikalizáció” szociálpszichológiai kérdése).

Fejetegetéseim fő iránya azonban NEM a szakmai specializáció előnyeinek és hátrányainak elemzése. Arra térek rá, hogy van a szakmánkban egy nagyon is elfogadott, minden tekintetben elismert, sőt kőbe vésett specializációs rendszer. *Ideggyógyászati* szakvizsga szükséges az agy, a gerincvelő és a perifériás idegpályák károsodásának következtében kialakult tünetek kezeléséhez. *Elmebeteggyógyászati* képesítés kell annak a betegnek a kezeléséhez, akinek szintén az agyával van baj, de a következmények elsősorban (vagy – legalábbis látszatra – kizárólag) a gondolkodásában, magatartásában, érzelmi-lelki életében jelennek meg. (További – *gyermekpszichiátriai* - szakvizsga létezik

arra az esetre, ha gyermekről van szó.) Ha netán olyan betegséget kell gyógyítani, amelyben az igazolt idegrendszeri szerkezeti károsodást sebészetileg is lehet kezelni, akkor *idegsebész* szakorvos is feltétlenül véleményezi a beteget, esetleg ő gondolja hosszú távon is. A *klinikai szakpszichológus* is gyógyít, kezel. A köztudatban az ő szakmai helyét a páciensek nagyon praktikusán határozzák meg: ők olyan elmeorvosok, akik nem írhatnak gyógyszert. Még nem vagyunk készen. Az elmeorvos (aki írhat gyógyszert, de természetesen nem operálhat), ha netán nem akarna gyógyszert írni a betegnek, akkor mit alkalmazhat? Pszichoterápiát. Azaz hogy nem teheti, illetve annak csak bizonyos „mezei” módozatait alkalmazhatja („lázcsillapítót” igen, „antibiotikumot” nem). Miért is? Mert az elmeorvos szakképesítéssel nem jár együtt a praxishoz szükséges szintű *pszichoterápiás képzettség!* Azt külön meg kell szerezni. Viszont amennyiben van képzése, pszichoterápiát folytathat súlyos betegeknel olyan személy is, aki a fenti „alap” szakképzések egyikével sem rendelkezik. És bizony nem írhat fel a legnagyobb kedvezménnyel korszerű duális antidepressívumot az az ideggyógyász, aki betegét alaposan megvizsgálva depressziót állapít meg! Vagy Parkinson-kórban szenvedő páciensének korszerű kombinált készítményt az elmeorvos. A sor folytatható – pl. narcolepsiát, sclerosis multiplexet stb. a leghatékonyabb szerekkel csak specialisták kezelhetnek. Tényleg többet veszítenénk e korlátok nélkül, mint a jelenlegi helyzettel? Amikor elégtelen érdekérvényesítő aktivitásunk eredményeképpen rogadozik a szerkezet és lassan eltűnnek belőle a szakemberek? Bizony a szokásos szakmai érvek, mint a szakmai minőség, a takarékosági elv, stb. eléggé ingatagok. A humán szolgáltatások színvonalának egyenletességét semmilyen rendelet vagy irányelv nem képes teljes mértékben biztosítani. Ki nem tapasztalt már elkésztető különbségeket, olykor súlyos ellentmondásokat szakorvosi vélemények, leletek között?

Fura (szakmai) világban élünk. Mielőtt az olvasó összevonja a szemöldökét, hadd siessek a magyarázattal: ez a sajátos állapot hosszú történeti folyamat eredménye. Még azt sem kétlem, a rész-szakmák kezdeményezéseit a jószándék vezette. Továbbá nem gondolom, hogy ezen könnyen, illetve a közeli jövőben változtatni lehetne. Akkor meg minek is ez a tépelődés?

Azért, hogy lássuk be végre, a klinikai idegtudományokon alapuló betegellátó szakterületek művelői kivétel nélkül egy hajóban eveznek. Azaz nem tudok kártékonyabb szakmai vitát megnevezni, mint amikor például az ideg- és elmeorvosokat vitáztatják

egymással. Amikor betegellátási feladatokat, netán terheket szándékozunk tologatni, vagy gyógyszerfelírási jogosítványokat korlátozni, amikor egy betegség ideg- vagy elmeorvosi profilját rajzoljuk. Véleményem szerint ezen az említett hat (az addiktológiával – amely társszakma beilleszkedésének és befogadásának csapdái külön Fórumot érdemelnének – és a *neuropszichológiával* együtt nyolc, ha lenne hazai *geriátriai pszichiátria*, akkor kilenc) „hivatalos” szakterületen belül nem lehet jelentős érdekkülönbség! Pályafutásom alatt több olyan megbeszélésen voltam jelen, ahol a tárgyaló büszkén jelentette be, hogy sikeresen tudtuk valamit elérni *a másik – idegtudományi – szakterülettel szemben*. Micsoda balgaság, gondolat mindig, néhányszor meg is hangosítva – sejthetik, nem nagy sikerrel. Eszembe jut még egy konkrét jelenet. A Pszichiátriai Klinikán évekig feladatom volt a külföldi szakmai látogatók fogadása. A kétezres évek elején jórészt idősebb professzorokból álló amerikai orvosi küldöttség tett látogatást. Az európai egyetemi struktúrákat tanulmányozták. A szakmai séta végén a tanácsteremben beszélgettünk. A kórházi ágyszámokról és területi beosztásokról volt szó, amikor egy vendég megkérdezte, hogy az ideggyógyászoknak és az idegsebészeknek mi az álláspontjuk (mármint a pszichiátriai ágyakkal kapcsolatban). Meglepve válaszoltam, hogy mi ezt nem egyeztetjük velük, „nekik is megvan a maguk baja”. A kolléga megrökönyödve fordult felém: „De hiszen így soha semmit nem fognak elérni! A nagy ellátórendszerek mióta világ a világ, az oszd meg... elvét alkalmazzák.”

Anélkül, hogy a valóságtól elrugaskodott idealistának tartanám magam, állítom, hogy az ideg- elmeorvoslás szereplői egymásra vannak utalva. Szakmai kollégiumok, egyetemi szakmai grémiumok, orvostársaságok, az intézményrendszer egy- egyései csak a folyamatos, kölcsönös érdekegyeztetés és együttműködés útján haladhatnak. Világosan ki kell fejezniük ezt a szándékukat, taktikai és stratégiai megállapodásokat kell kötniük egymással, és következetesen vállalniuk is kell a megvalósításukat az esetleges kísértésekkel dacolva. A tudományos és továbbképző rendezvényekre rendszeresen meg kell hívni a társszakmákat, a hivatalos dokumentumokat (szakmai irányelvek stb.) egyeztetni kell, az egyetértést pedig dokumentálni. Közös folyóiratok, kiadványok erősíthetik az egységes, multidiszciplináris (a modern értelemben vett neuro-pszichiátriai) szemléletet. Ehhez a közös munkához bizonyára hozzátartozik a részben tájékozatlanságból, részben nem tisztességes indíttatásokból történő alaptalan bírálatok hatékonyabb cáfolata, a szakmánkat érintő alternatív

gyógymódok együttes értékelése, minősítő elhelyezése is. Ha a formális együttműködés kiállja a biztosan áldozatos próbákat, akkor lehet a jéghegy aljára is eljutni. A képzés, továbbképzés, a betegellátó piramis, a szakmai jogosítványok korszerű újrafogalmazásának reformjához.

Ezek az erőfeszítések érlelhetik meg azt a zamatos gyümölcsöt, amelybe ideg- és elmeorvosok, idegsebészek, neuror rehabilitációs orvosok, pszichológusok és pszichoterapeuták, valamint betegek és hozzátartozók egyaránt haszonnal haraphatnak.

A klinikai idegtudományokat globálisan képviselő egyetlen hazai lap főszerkesztőjeként, valamint több neurológiai és a Magyar Pszichiátriai Társaság vezetőségi tagjaként is kötelességemnek éreztem a téma szélesebb körű felvetését, a szakma jövőjéért őszintén aggódó aktív neuropszichiáterként pedig nagy érdeklődéssel várom a kollégák esetleges véleményét, kezdeményezéseit. (A párbeszédre való törekvés

ösztönzése érdekében, a szerkesztőségek támogató hozzáállására számítva, vitaindító írásomat mindhárom hazai szaklap számára elküldtem.)

IRODALOM

1. Ertsey, C. (2011) Isten hozzád, neurológia? Gondolato a klasszikus neurológia haláláról és a jövő neurológiájáról. *Ideggyógyászati Szemle*, 64:61-66.
2. Halász, P., Rajna, P. (2010) Klasszikus neurológia: Adieu! Avagy az ideggyógyászat jövője a termékeny átalakulás vagy programozott halál? *Ideggyógyászati Szemle*, 63:419-427.
3. Halász, P., Rajna, P. (2011) A neurológia jövőjéről – válasz Ertsey Csabának. *Ideggyógyászati Szemle*, 64:138-139.
4. Katona, F. (2011) Miért búcsúzzunk? Hová megyünk? Adaptálódjunk! *Ideggyógyászati Szemle*, 64:136-137.
5. Kopa, J. (2011) Észrevételek a neurológia jövőjéről írt elméletekhez. *Ideggyógyászati Szemle*, 64:140-142.
6. Ozsváth, P. (in press) *Ideggyógyászati Szemle*.
7. Szirmai, I. (2010a) Neurológia! Adieu? 1. rész. *Ideggyógyászati Szemle*, 63:148-155.
8. Szirmai, I. (2010b) Neurológia! Adieu? 2. rész. *Ideggyógyászati Szemle*, 63:156-163.

RAJNA PÉTER
rajna@multiart.hu