

– Milyen szakmai tapasztalatokra tett szert külföldi tanulmányútjai során?

Krakkó a fájdalmasan szívszorító történelmi emlékek között néhány gyöngyszemet is őriz számomra. A vasfüggöny mögötti turizmus itt kezdődött számomra a hatvanas években. Szakmai szempontból Krakkó jelenti számomra az első külföldi tanulmányutat, ahol 1988-ban a lézer nőgyógyászati sebészeti alkalmazását tanulmányozhattam. Rómában még Európai Unión kívüli szakorvosként tanulmányozhattam az uniós szakorvosképzést. A legmaradandóbb külföldi tapasztalatom az Egyesült Királyságban töltött öt évből származik. A beszélgetés keretei természetesen nem teszik lehetővé az ezernyi történet és új ismeret részletezését. Maga a tény, hogy ennyi időt ott töltöttem, jelzi, hogy azonosultam a britek mentalitásával és kultúrájuk maradandó nyomot hagyott bennem.

ÚJAT TEREMTENI, ÓSI KÖVEKEN

– Ön 1984 óta munkatárs a DE OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán. Mennyiben jelent könnyebbéget, hogy olyan intézményt igazgat, ahol majdnem három évtizede dolgozik?

Tisztában vagyok a hagyományokkal és az örökséggel. Ez óriási előny, mert az örökségvédelem ma már törvényi előírás. A brit mentalitás is a múlt szentségét hirdeti és bizonyítja, hogy fák kivágása és ősi kövek eltávolítása nélkül is lehet új épületeket létrehozni.

– Mit tartott a legfontosabb feladatának, amikor átvette a klinika irányítását?

A tradíciók megőrzése és a fejlődés ösztönzése mellett legfontosabbnak tartottam a munkaszervezés átalakítását. Korunk rohanó világában az egyik legveszélyesebb jelenségnek tartom az egyéni érdekek minden áron való közérdek fölé helyezését. A napi munkában ez sokszor az ellátás mennyiségének és minőségének egyenlőtlenségéhez vezet. A szakma integritása szempontjából egyaránt fontos, hogy minden szülész-nőgyógyász egy konstitutív szinten kivegye a részét a szülészeti-nőgyógyászati ellátásból. Bár a szubspecializáció fontos eszköze a minőségi fejlődésnek, nem mehet a teljes körű ellátás rovására. Minden orvosunk számára biztosítani szükséges az egyes részterületekhez való hozzáférést, mert ügyeletben nem a szubspecialistához érkezik a beteg, hanem a szülész-nőgyógyászhoz. Orvostanhallgatóink és szakorvosjelöltjeink számára is fontos, hogy az oktató a szakma teljes spektrumában járatos legyen. A munkamegosztás konstitutív területei mellett természetesen biztosítani kell azt, hogy egyéni ambíciók szerint indukálható speciális érdeklődés, tudás és kiválóság alakuljon ki egyes részterületeken. Ez azonban nem mehet a szolgáltatói kötelezettségek és a betegellátás terhei egyenlő megosztásának rovására. Az új munkaszervezési rendszer négyhónapos tapasztalatai megerősítik bennem a változtatások helyességét.

– Melyek a debreceni Szülészeti-Nőgyógyászati Klinika legfontosabb profiljai?

Az ellátási kötelezettségekből adódó harmadik szintű szülészeti és nőgyógyászati tevékenység mellett nálunk működik az ország egyetlen nőgyógyászati onkológiai tanszéke. A radiális daganatsebészeti eljárások mellett a nőgyógyászati daganatos betegségek kemoterápiás és memoradioterápiás kezeléseit is végezzük. Országos és nemzetközi összehasonlításban is kimagasló szintű diagnosztikai háttérrel rendelkezünk, így a ma már elterjedt CT és MR vizsgálatok mellett PET-CT, a tumormarkerek teljes spektruma és molekuláris biológiai diagnosztika is rendelkezésünkre áll. Az ország keleti felében élő várandósok számára mi végezzük az invazív prenatális diagnosztikai beavatkozásokat és nálunk történnek a súlyos magzati rendellenességek miatt szükségessé vált középidős terhességmegszakítások. Genetikai tanácsadónk munkájához magas szintű ultrahang-, biokémiai és citogenetikai labor nyújt diagnosztikai háttérrel. A keleti országrész veszélyeztetett terhesei számára komplex diagnosztikai eszközökkel felszerelt terhes ambulancia áll rendelkezésre. A közvetlen idegsebészeti és gyermeksebészeti háttérre tekintettel szülészeti tevékenységünk fontos része a korai műtéttel korrigálható fejlődési rendellenességes magzatok megfigyelése, gondozása és világra hozatala. A belső nemi szervek fejlődési rendellenességeinek fiatal felnőttkorban végezhető korrekciós műtéteiben egyedülálló jártassággal rendelkezünk. A meddő-ségi betegellátásban regionális szerepet tölt be a DE OEC asszisztált reprodukciós profilja. A menopauzális egészségmegőrzésben, a csontritkulás megelőzésében és kezelésében nagy jelentőséggel bírnak speciális szakrendeléseink és a kettős röntgenelnyelés elvén működő csontsűrűség-mérő berendezésünk. Gyermeknőgyógyászati, endokrinológiai, aneszteziológiai, neonatológiai és pszichológiai szakrendelésünk is jelentősen hozzájárul ahhoz, hogy betegeink születésüktől agykorukig megfelelő javaslatot, illetve megoldást találjanak egészségügyi problémáikra.

– Hány beteg, mely régió ellátását végzik a legmagasabb szintű progresszív ellátás keretei között?

Debrecen és vonzáskörzete szülészeti és nőgyógyászati fekvőbeteg ellátó intézményeként közel 700 ezer lakost szolgálunk ki, regionális ellátási kötelezettségünk pedig több mint kétfélmillió lakost érint. Az észak-alföldi és az észak-magyarországi ikerrégiók társintézményei és lakosai mellett nem ritkán kérnek segítséget tőlünk közép-magyarországi illetve dunántúli betegek is.

– Történetek-e fejlesztések a közelmúltban a klinikán?

Kinevezésem óta a klinikán teljes körű előjegyzési rendszert vezetünk be. Ma már a járóbeteg-rendeléseinken végzett vizsgálatok 50-90 százaléka előjegyzés alapján kerül sorra. Az oktatásban is egy olyan rendszert alakítottunk ki, ami a hallgatók és az oktatók számára is biztosítja az egyenletes terhelést, a kiszámíthatóságot és az elégedettséget. Az orvosok munkája tervezhetőbbé vált abban a forgó rendszerben, ami biztosítja a részterületekhez való egyenlő hozzáférést és egyenlő közteher-vállalást. A napi tevékenységek és az ügyelet rendszer-szerű tervezése eredményeként manapság már hónapokkal előre tudjuk elkészíteni a beosztásokat és nem kell napi szinten helyette-

sítésekkel bajlódni. Az infrastruktúra fejlesztésében jelentős állomás volt az évek óta alkalmanként kölcsönként modern elektrosebészeti vágó és koaguláló rendszer beszerzése. Egy határon átívelő, uniós finanszírozású együttműködési program keretében – az építészeti felújításokon túl – lehetőségünk volt ennek a fontos eszköznek és egy endoszkópos toronynak a megvásárlására is.

– Milyen gazdasági nehézségekkel kellett szembenéznie, amikor átvette a klinika igazgatását?

A klinika gazdálkodásában három meghatározó tényező játszik szerepet. Az egyik az országos egészségbiztosítási finanszírozás, a másik a keretgazdálkodás, a harmadik pedig az ellátási kötelezettség. Sajnos egyik sem kedvez a szülészeti és nőgyógyászati klinika gazdaságos működésének. Az ország valamennyi szülészeti-nőgyógyászati fekvőbeteg ellátó egysége alulfinanszírozott. Kinevezésem óta – részletes ráfordítás elemzésekkel – számos beavatkozás típusal kapcsolatban dokumentálni tudtuk, hogy az OEP-finanszírozás nem fedezi a kiadásokat, s ezekben messze nem a bér jellegű kiadások jelentik a nagyobb hányadot. A keretgazdálkodás egy olyan virtuális valóságba kényszeríti a gazdálkodni próbáló orvosokat, ami teljesen figyelmen kívül hagyja az ellátási igények napi vagy akár óráról órára változó alakulását. Abszurd helyzetet teremt, amikor a tárgyhónap utáni hónap második felében kap értesítést a vezető, hogy az előző hónapban mennyiből gazdálkodhat(ott). Az akut ellátás kiadásainak alakulását döntően az akut ellátás előfordulása határozza meg. Az ellátáshoz szükséges dologi és személyi feltételeknek akkor is rendelkezésre kell állni, ha csendes a szülőszoba, vagy készenléti állapotban van a műtő, és akkor is, ha egyszerre két császármetszést kell elvégezni, és sorban áll egy-két nőgyógyászati sürgősségi műtét. Bár a szülészeti fekvőbeteg-ellátás mentes a TVK-tól, a nőgyógyászati ellátásunk TVK-ja több százal csökkent az elmúlt tíz évben. A sok tekintetben prioritást élvező nőgyógyászati onkológiai ellátás fölött maradó nőgyógyászati súlyszám messze nem elég a szolgáltatásaink iránt megnyilvánuló igény kielégítésére. Ugyanakkor a beteg jön és el kell látnunk. El is látjuk, de nem kapjuk meg azt, amibe ez nekünk kerül. A korábban már említett ráfordítás elemzésekből tudom, hogy van olyan beavatkozás, amely nettó 200 ezer forint veszteséget állít elő, és több olyan is van, ami 10-60 ezer forintos veszteséget.

Az elmúlt tíz évben több mint harminc dolgozónkat kellett elbocsátani a gazdasági konszolidáció jegyében. Mélységesen együtt érzek ezekkel a dolgozókkal, mert meggyőződésem, hogy a hiba nem bennük volt. A centrum mindig kísérelte a klinikát, és remélem a jövőben is számíthatunk a gazdasági vezetés támogatására. Akkor érhetjük el a fordulópontot, ha megszabadulunk a pazarlás stigmájától. Amíg a rendszer negatív szaldóra van kódolva és garantált veszteséget termelő egységekkel történik az elszámolás, addig a közfinanszírozott szülészeti-nőgyógyászati tevékenység nem lesz nyereséges. Ez önmagában nem tragédia, de a minőséget nem lehet adományokból fenntartani vagy fejleszteni.

ONKOLÓGIA A NŐGYÓGYÁSZATBAN

– Ön a szülészeti-nőgyógyászat mellett klinikai onkológia szakvizgát is szerzett. Honnan az elköteleződés a nőgyógyászati onkológia iránt?

Mint azt említettem, negyedéves medikusként kezdtem foglalkozni a méhnyak rákmegelőző állapotaiból származó sejtek DNS-tartalmának kutatásával. Kezdő orvosként a humán papillomavírusok kutatása állt a tudományos érdeklődésem középpontjában. A klinikai gyakorlat és tapasztalat megszerzésével egyre több lehetőségem adódott komolyabb beavatkozások elemzésére. Az igazi áttörést az angliai munka hozta, ahol világszerte elismert operatőrökkel és szakemberekkel – Chris Hudson, John Shepherd, Marcus Setchell – dolgozhattam együtt. Messziről jött ember azt mond, amit akar, tartja a hazai mondás. Valóban, jó néhány évet kellett még itthon ledolgoznom ahhoz, hogy elnyerjem a környezetem bizalmát, és megkapjam a szükséges felhatalmazást a tevékenységemhez.

– Egyik nyilatkozatában az olvasható, hogy a nem önálló Nőgyógyászati Onkológiai Tanszék társalapítójaként elsődleges céljának tartja a Dr. Hernádi Zoltán professzor által lerakott alapok továbbépítését. Kifejtené ezt részletesebben?

Az országban példa nélküli volt a debreceni nőgyógyászati-onkológiai tanszék tíz évvel ezelőtti megalapítása. A tanszék munkatársainak több évtizedes kemoterápiás tapasztalatára támaszkodva lehetőségem nyílt a radikális műtéti megoldások, a fertilitás megtartó kiterjesztett műtétek és a bevezető kemoterápia meghonosítására. Ezzel párhuzamosan, kihasználva a szűkebb szakterület támogatását és a hazai szakorvosképzés európai harmonizációs törekvéseit, sikerült elérni, hogy 2012 szeptembere óta hazánkban is elismert orvosi szubspecialitássá vált a nőgyógyászati onkológia.

– Nemrég, szeptemberben zajlott le a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága IX. kongresszusa Lillafüreden. A társaság és egyben a kongresszus elnökeként mennyire tartja sikeresnek a rendezvényt? Mely szakmai programok iránt mutatkozott a legnagyobb érdeklődés?

2011 óta vagyok a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának elnöke. A Debrecenben szervezett kongresszus óta ez volt a második kongresszusunk, melynek szervezésében vezető szerepet kaptam. A megválasztásom idején kitűzött céloknak megfelelően most is az volt a legfontosabb elv, hogy a nőgyógyászati daganatos betegek ellátásában résztvevő valamennyi szakma képviselve legyen, tehát az operáló nőgyógyászok mellett a kemoterápiás, sugárterápiás, képalkotó diagnosztikus, patológus, pszichológus és ápoló személyzet is lehetőséget kapjon a közös szemlélet alakítására. Lényegében ennek a közös szemléletnek a kialakítására, a szakmai irányelvek kidolgozására fókuszált az összes előadás. A meghatározó tudományos eredmények között legfontosabbak a méhtest-rák műtéti kezelésének egységesített technikájáról, a petefészekrák több vonalbeli kemoterápiájának leghatékonyabb stratégiájáról valamint a terápiaerezisztens petefészekrák intraperi-

toneális hipertermiás citosztatikus kezeléssel kombinált peritonectomiájáról bemutatott eredmények voltak.

TUDOMÁNY ÉS MINDENNAPOK

– A napokban napvilágot látott hír szerint a Debreceni Egyetemen a terhesség 32. hetéig tartottak életben egy agyhalott állapotos édesanyát, és így sikerült megmenteniük a magzatot, mi több, az anya több szervét transzplantációra alkalmas állapotban tudták tartani. Minek tudható be, hogy sikerült végrehajtaniuk ezt a világon egyedülálló orvosi teljesítményt?

Ez valóban nagy szenzáció volt, de az igazi bravúr az idegsebészeti intenzív osztály dolgozóinak áldozatos munkája és a család hozzáállása volt. Bár két hónapon keresztül én magam is napi rendszerességgel részt vettem a terhesség fejlődésének ellenőrzésében, a mi szerepünk közel sem volt olyan horderejű, mint az intenzív terápiás orvosoké, nővéreké vagy a neonatológusoké. Minden tiszteletem a várandós napi gondozását és kezelését végző szakembereké. Ők pótolják ennek a gyermeknek azt, amit édesanyja pusztán szív-működésén kívül már nem adhatott: simogatást, mozdítást, beszélgetést, éneket, életet adó folyadékot, energiát és oxigént. A család lelki és erkölcsi teljesítménye szintén egyedülálló. Tudva a jövőt és hónapokon át együtt élve legdrágább hozzátartozójuk biztos halálának tudatával, önzetlenül hozzájárultak ahhoz, hogy a gyermek születését követően az anya alkalmas szerveit donor programban tegyék hozzáférhetővé. Ezáltal további négy ember született újjá, mindannyian abból a testből, amelyet ez a nagyszerű orvoscsoporthoz tartott életben és óvott a szinte törvényszerű tüdőgyulladásától, felfekvéstől és a számtalan nehézséget okozó körülménytől.

– Hogyan jellemezhető a klinika tudományos tevékenysége? Honlapjukon számos TDK pályamunka van feltüntetve, többek között az Ön témavezetésével is. Melyeket emelné ki ezek közül?

Mondhatnám, én ebből sportot űzök. Eddig több mint kilencven hallgató TDK vagy diplomamunkájának elkészítését irányítottam. A legemlékezetesebbek azok, amelyekből folyó-

irat publikációk is születtek. Talán éppen ezért kedves számomra egy ausztrál hallgató, Steve Baré dolgozata, melynek anyagából angol nyelvű közlemény is született.

– A klinika hármaskörének harmadik eleme az oktatás. Beköszöntőjében Ön kiemelte, hogy a medikusok oktatását az egyenlő közteherviselés és az egyenlő hozzáférés elve szerint kialakított rendszerben kívánja folytatni. Kifejtené ezt bővebben?

Egyik korábbi kérdésében már utaltam rá, hogy rendkívül nagy oktatási teher hárul klinikánkra. Az Általános Orvosi Kar 170 külföldi és 150 magyar negyedéves, valamint ugyanennyi hatodéves hallgatója mellett heti rendszerességgel oktatunk népegészségügyi ellenőröket, gyógytornászokat, ápolókat, szülésnőket, molekuláris biológusokat. A szakorvosképzésben szintén nem csak szülés-nőgyógyász jelölteket oktatunk, hanem leendő családorvosok, oxológusok és onkológusok gyakorlati és elméleti képzésében is rendszeresen részt veszünk.

A legnagyobb volument természetesen a graduális képzés jelenti. Ebben a tevékenységben is a minőségfejlesztés elkötelezett híve vagyok és meggyőződésem, hogy a korábbi hektikus oktatási rend egyenletessé tétele önmagában is a minőség javulásához vezet. Munkatársaim élete is kiegyensúlyozottabbá válik, ha nem egyszerre zúdul rájuk három-négy medikus csoport, másnapra pedig esetleg csak egy csoport jut. Kicsit előre dolgozva sikerült elérnem, hogy már a 2013-2014-es tanévben lehetőségem legyen a hét minden munkanapjára egyenletesen elosztva megvalósítani a medikusgyakorlatokat. Ezzel párhuzamosan, az orvoskar is közel azonos összetételű munkacsoportokba rendezve, forgó rendszerben dolgozik. E két tényező integrálásával minden orvosnak minden nap van medikusgyakorlata, azaz minden munkacsoport négy-öt orvosa minden nap tart gyakorlatot négy-öt medikus részére másfél plusz másfél órában. A forgó rendszerből adódóan az adott medikuscsoport minden héten más-más részterületen kap lehetőséget a betegekkel való találkozásra. Szüleim egyik legnagyobb öröme volt, hogy gyermekeiknek átadhatták szakmájuk csínját-bínját. Nekem még nem adatott meg ez az öröm – annak ellenére, hogy két felnőtt és három kiskorú gyermekem van –, de kárpótolnak a hallgatók.

Boromisza Piroksa

NÉVJEGY



Dr. Póka Róbert egyetemi tanár, klinikaigazgató

1984 óta dolgozik a DE OEC Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján. Tanulmányúton járt Krakkóban, Rómában és öt évet töltött (1990-1995) az Egyesült Királyság néhány klinikáján (Leeds, Cardiff, London). Kandidátusi értekezését a méhnyakrák epidemiológiája, diagnosztikája és terápiája témaköréből 1995-ben, habilitációs téziseit a veseszületett és szerzett aktivált protein-C rezisztencia vizsgálatának szerepe a női reprodukív

egészség megőrzése témaköréből 2004-ben védte meg. A klinika műtőinek és nőgyógyászati ambulanciáinak részlegvezetője.

Szakképesítések: Szülészet-nőgyógyászat, Klinikai onkológia

Egyetemi aktivitás: DE OEC, Medikusoktatás (1980-), Szülészeti-nőgyógyászati szakorvosképzés (1988-), Kreditkurzus (1999-), PhD kurzus Szülészeti és nőgyógyászati perioperatív morbiditás csökkentése (1999-).

Hazai szakmai tisztségek: az ETT Klinikofarmakológiai Etikai Bizottságának tagja (2005-), a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága elnöke (2011-).