

A pécsi aneszteziológiai és intenzív terápiás intézet idén a favorit

Dr. Bogár Lajos professzor: „A beteg érdeke a legfőbb törvény”

Kellő számú, munkáját odaadóan végző szakdolgozó, a betegellátás tárgyi feltételeinek javulása és a műtét utáni fájdalomcsillapítással kapcsolatos új rendszer bevezetése – e három tényezőnek tudja be Dr. Bogár Lajos igazgató, hogy a PTE ÁOK OEC Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet nyerte el idén „Az év kórháza” címet a december végén lezárult internetes szavazáson. A professzor – mint aneszteziológiai és intenzív terápiás országos szakfelügyelő – szűkebb pátriája, azaz Baramya megye és környéke betegellátásán túlmenően az egész országban zajló szakmai munka minőségét is figyelemmel követi.

– Igazgató úr, először is engedje meg, hogy szerkesztőségünk nevében gratuláljak Önnek és munkatársainak „Az év kórháza” megtisztelő cím elnyeréséhez. Számítottak a rangos helyezésre?

Nagy meglepetésként ért minket, hogy az öt kategóriából négyet megnyertünk, s így az abszolút győztesek is mi lehettünk. Az ünnepélyes díjátadó óta sokat gondolkodtunk azon, hogy mivel is lehet a győzelmet megmagyarázni. Miért kapott az intézetünk ennyire magas pontértékeket a betegektől és a hozzátartozóktól? Nos, csak feltételezéseink vannak.

Az egyik lehetséges ok a munkatársaim odaadó hozzáállásában, magas szintű szakmai felkészültségében és abban rejlik, hogy az egyetem vezetősége lehetővé tette egy olyan átcsoportosítás elvégzését az intézeten belül, amelynek köszönhetően a nővérlétszámunk igen kedvező lett. Az átszervezéssel elértük azt az ideális állapotot, hogy mindkét intenzív osztályunkon minden betegre jut egy nővér. Ez persze csak nominálisan igaz, hiszen a szabadságok, a szabadnapok és az éjszakai ügyeletek után járó pihenőnapok okán nincs minden nővér mindig műszakban. Tehát gyakorlatilag ez 1,5-2 betegenként egy nővért jelent, ami megközelelti a minimumkövetelményekben előírtakat.

– Igen kevés intézménynek adatik ma ez meg. Ennek inkább az ellenkezője igaz, ha az országos helyzetet vizsgáljuk.

Éppen ezért tartozunk köszönettel a Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központjának, hogy ezt a lehetőséget biztosította számunkra. Nyilvánvaló, hogy ha valahol az országban egy kórház intenzív osztályán alacsony az ápolói létszám, az nem azért van, mert az ottani vezetés rossz szempontokat, vagy hibás szemléletet követ. Sokkal inkább azért, mert a menedzsment úgy érzi racionálisnak, működtethetőnek az

intézmény egészét. Nekünk megadatott, hogy az egyetem vezetése ebbéli igyekezetünket nem terelte vakvágányra.

Emellett meg kell említeni még két olyan közelmúltbeli eseményt is, amely intézetünk szerkezeti átalakulásához vezetett. Az egyik, hogy 2003-ban az egyetem és a pécsi Honvéd Kórház egyesült, s így annak politraumatizált és égett betegeket ellátó intenzív osztálya csatlakozott az intézetünkhöz. A másik, hogy időközben a pécsi Szívgyógyászati Klinika megkezdte működését, s az addig nálunk kezelt infarktusos, kardio-intenzív betegeket a Papp Lajos professzor úr vezette klinika átvette. Sikerült elérnünk, hogy az így felszabadult nővérgárdát más feladatokra vethessük be. Tehát a megfelelő személyi ellátottságunk – az egyetem vezetőségének köszönhetően – egy olyan körülmény, amely hozzájárul az évi 800 fekvőbeteg ellátásának biztonságához.

A második lehetséges ok, ami kedvező megítélésünkhöz vezethetett, a tárgyi feltételeink javulása. 2006 májusában egy hatalmas, 8,5 milliárdos állami beruházás zajlott le az aneszteziológiai és intenzív terápiás szakmában. Ekkora volumenű beruházásra egy szakmán belül még soha nem volt eddig példa Magyarországon. Ebből valamennyi kórház – remélhetőleg többé-kevésbé igazságos módon – részesült, így mi is. Ennek köszönhetően az altató- és lélegeztetőgépeink majdnem felét, valamint a betegőrző monitoraink egyharmadát lecserélhettük.

– Hogyan függhet ez össze a betegelégedettséggel?

Egy beteg számára nyilván nem szembetűnő, ha egy műszer modernebb, értékesebb. De a szakdolgozók közérzetét lényegesen javíthatja a tudat, hogy korszerű gépekkel végezhetik a munkájukat. Egyfajta biztonságérzetet nyújthat ez számukra, kihathat a hangulatukra, amit a beteg is érezkelhet.

A harmadik tényező, ami szerintem hozzájárulhatott a sikerünkhöz, egy új rendszer, amit a műtét utáni fájdalomcsillapítással kapcsolatban vezettünk be. Ezt már tényleg a saját „bőrén” érezhette minden beteg, aki operáción esett át nálunk. Az intézkedést 2006 nyarán hoztuk, a szavazás október elejétől december végéig tartott. Ez a szerencsés időbeni egybeesés talán kedvezően közrejátszhatott a szavazáskor.

– Mi az új rendszer lényege?

Mielőtt ezt kifejténém, inkább arra világitanék rá, hogy mi tette szükségessé a rendszer bevezetését. Szigorú szakmai előírások szabályozzák a betegek műtét utáni fájdalomcsillapításával kapcsolatos teendőket. Ezek szűkebb értelemben a műtétet követő néhány órára vonatkoznak. Mi

azonban azt tapasztaltuk, hogy a betegek a műtétet követő második napon sokkal nagyobb fájdalomra panaszkodnak, mint közvetlenül az operáció után, és valamelyest enyhébbre a harmadik napon. Magyarul: pont akkor hagytuk magára a beteget, amikor szüksége lett volna a segítségre. Hogy lássuk, mi a helyzet országszerte, a szakfelüyeleti rendszer keretében egy felmérést végeztünk. Vizsgálódásunk egyik tárgya a szeptikus betegek diagnosztikai és terápiás ellátása volt, másik része pedig a műtét utáni fájdalomcsillapításnak a minőségére irányult. Arra kértük a betegeket, hogy 1-től 10-ig terjedő skálán jelöljék, milyen intenzitású a fájdalom, amit nyugalomban fekvé, köhögéskor, illetve az operált testrész megmozdításakor éreznek. Mi azt tartjuk elfogadhatónak, ha a beteg 4-nél alacsonyabb fájdalmat jelez. Ha a fájdalomérzet ennél erősebb, akkor elégtelennek kell minősítenünk az orvosi tevékenységet, aminek a fájdalomcsillapítást kellene szolgálnia. A felmérés eredménye szerint a műtétet követő pár órában a betegek egyharmadánál, a műtét utáni napon egyötödüknel nem volt elégséges a fájdalommentesítés.

A mi intézetünkben az országos átlagnál magasabb arányban: a betegek 33%-ánál bizonyult elégtelennek a fájdalomcsillapítás a műtét utáni napon. Mivel az eredményeink hiányosságokat mutattak, ez arra készítetett minket, hogy bevezessünk egy új rendszert, amitől a műtét utáni fájdalomcsillapítás javulását vártuk. Az ún. posztoperatív akut fájdalom csoport működésének lényege, hogy egy erre a feladatra kijelölt orvos és/vagy nővér felkeresi a betegeket a műtétet követő délután legalább egyszer, valamint másnap, és megkérdezi, mekkora a fájdalomérzetük. Ennek megfelelően gondoskodik a gyógyszeres fájdalomcsillapításról, ami morfinszármazékok, illetve nem szteroid gyulladásgátlók speciális, intravénás vagy infúziós adását jelenti.

– Miért kellett kijelölni erre valakit? Nem lett volna egyszerűbb megbízni a feladattal az osztályos nővért, aki amúgy is a betegek mellett van?

Azért kell erre a feladatra külön ember, mert az osztályos nővértől – túlterheltsége miatt – nem lehet elvárni, hogy erre külön odafigyeljen. Neki egyszerre 40-60 betegről kell gondoskodnia. Az ő vállán nyugszik a betegek szinte teljes körű ellátása: kezdve az egyéb gyógyszereléstől az ágytárhordáson, az adminisztráción és a betegtájékoztatáson át a hozzátartozókkal való kapcsolattartásig minden. Ezért világszerte és hazánkban is ajánlott egy ún. akut fájdalom terápiás csapatnak az alkalmazása. Ahogy mondtam, ez a csapat egy orvosból és egy asszisztensből áll, akiknek körbe kell járni a műtétes szakmák kórtermeit egyszer délelőtt és egyszer délután. E plusz szolgáltatás a betegek részére végtelenül fontos. Hiszen úgy gondolom, hogy mind az intenzív terápiában, mind az aneszteziológiában a beteg érdeke a legfőbb törvény: *salus aegroti suprema lex*.

– Ha jól értettem, az akut fájdalom terápiás csapat nem csak az intenzív osztályon fekvő betegekkel foglalkozik, hanem mindenkivel, akit megoperáltak bármelyik

klinikán. Ez azt jelenti, hogy végig kell járni a sebészeti osztályokat, a nőgyógyászatot, az urológiát is?

Pontosan így van. Mi nem csak helyben végzünk szolgáltatást, hanem az összes műtéti szakmával együttműködünk. A feladatunk tehát földrajzi értelemben eléggé szétforgácsolt. Talán a mi szakmánk az, amelyik a legtöbb beteggel találkozunk. Bármelyik klinikán, ahová műtét miatt felvételre kerül egy beteg, az első szakember, akivel találkozunk, az aneszteziológus. Ő fogja felmérni a műtéti és aneszteziológiai kockázatot, azzal kapcsolatban ajánlást tenni, vizsgálatokat kezdeményezni és szükség esetén a terápia módosítását javasolni. Aztán jó esetben a műtétet megelőző este meglátogatja a beteget az, aki másnap az anesztéziát végezni fogja. Azért mondom, hogy jó esetben, mert előfordulhat, hogy az illető kolléga késő estig egy másik klinikán, a város túlsó pontján dolgozik, és nem jut ideje erre a látogatásra. Mi mindenesetre azt kérjük az orvosainktól, hogy ha csak egy módjuk van rá, iktassák be ezt a programot a napirendjükbe. Ennek a találkozásnak azért van jelentősége, mert túl azon, hogy a beteg megismerkedhet azzal az emberrel, akire másnap az életét fogja bízni, megtudhatja a beavatkozás részleteit, hogy pontosan mi is fog vele történni a műtétben. Ez a néhány perces beszélgetés megnyugtatja a beteget, jobban fog aludni és kipihenten érkezik majd a műtétbe, ahol újra találkozunk az altatóorvosával a bealtatás előtt. A következő találkozás a műtét után, délután történik, és ha jól működik a rendszer, másnap délelőtt, még egy alkalommal sor kerül rá, amikor az orvos a beteg fájdalomérzetéről, hogylétéről érdeklődik és gondoskodik a fájdalom megfelelő csillapításáról.

– Az önök intézete egyetemi intézmény, ami egyben azt is jelenti, hogy a gyógyító munkán kívül oktatással kapcsolatos feladatokat is végeznek.

Valóban, fontos feladatunk a medikusok, a rezidensek és a szakvizsga előtt álló orvosok képzése. Az első éves orvostanhallgatókkal személy szerint én különösen szívesen foglalkozom, mivel ők a legbefogadóbbak és a legérdeklődőbbek. Ez nyilván abból fakad, hogy az első évfolyamon a sok elméleti tantárgy mellett nálunk vesznek részt először gyakorlati foglalkozáson. Jómagam is vezetek gyakorlatot, mert ezt a fajta képzést nagyon lényegbevágónak tartom az elméleti előadások mellett. Töreksem arra, hogy legalább egy medikuscsoport minden tagját személyesen ismerjem. A legelemibb ismereteket sajátíthatják el ilyenkor: az újraélesztést és az életmentés azon eseteit, amikor az eszméletlen beteg légútját kell biztosítani. Később, az ötödév második szemeszterében is találkozunk a medikusokkal, amikor az aneszteziológia és intenzív terápia elméleti oktatását tartjuk. Szerepet vállalunk a rezidensképzésben is. A frissen végzetek hajlandósága és szándéka, hogy az egyetemen belül maradjanak, mindig nagy volt. Így hozzánk is sok pályakezdő igyekszik – jelenleg összesen 15 rezidensünk van. A gyakorlati ismeretek megszerzése mellett szükségesnek tartjuk az elméleti tudásanyag bővítését is, ezért a szakvizsga előtti három éves időszakra elméleti oktatást vezettünk be.

– **Professzor úrnak mi a véleménye arról, hogy egyre több aneszteziológus szakorvost „csábítanak el” tőlünk a nyugat-európai egészségügyi intézmények?**

Egyfelől öröndetesnek tartom, hogy az itteni tudás minőségét ilyen magasan értéklik Nyugat-Európában. Másfelől azonban sajnálatos, hogy ahány kollégánk külföldön vállal munkát, annyival kevesebben maradunk itthon annak a feladatnak az ellátására, amelyet a társadalom tőlünk elvár. Akkor lenne ez a helyzet optimális, ha a külföldi távollét nem nyúlna egy-két évnél hosszabbra, mert akkor orvosaink a kinti tapasztalatokkal gazdagodva, hazatérve itthon hasznosíthatnák a megszerzett tudástöbbletet. Amíg azonban sokszoros a fizetésbeli különbség Európa két része között, nem nagyon remélhetjük ezt.

– **Ön 2004-ig a szakmai kollégium elnöke volt, jelenleg vezetőségi tagja. Mit tart a kollégium legfontosabb feladatának?**

Előre meghatározott munkaterv alapján, folyamatosan dolgozunk. Foglalkoztunk a szakma hosszú távú terveinek megalkotásával – 10 évre próbáltunk szakmapolitikai irányokat prognosztizálni és megoldási javaslatokat tenni. Szakmai kollégiumi elnökségem ideje alatt és azóta is számos diagnosztikai és terápiás protokollt dolgoztunk ki, s ezeket másfél-két évente aktualizáljuk. Janecskó Mária tanárnő, a kollégium jelenlegi elnöke az elmúlt években és jelenleg is több irányelv kidolgozását indítványozta. Többek között most fejeztük be az akut hasnyálmirigy gyulladás ajánlásának megtárgyalását.

– **Ön a Pécsi Orvostudományi Egyetemen végzett, ott kezdte orvosi pályafutását, és 2000 óta vezeti a Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézetet. El tudná képzelni, hogy valaha máshol dolgozzon?**

Őszintén szólva, nem nagyon.

– **Visszatérve a nemrég átvett díjra, a teljesség kedvéért mondjuk el, hogy a 2005-ös „Az év kórháza” szavazáson is szépen szerepeltek a pécsi klinikák. A Szívgyógyászati Klinika a „Környezet és tisztaság” kategóriában első helyet ért el, a Balesetsebészeti és Kézsebészeti Klinika az „Ellátás” és az „Infrastruktúra” kategóriákban második, az Idegsebészeti Klinika pedig az „Infrastruktúra” kategóriában harmadik helyezett lett. Az Általános Orvostudományi Kar pedig 2006-ban elnyerte a „Kiválósági Központ” címet. Valamit nagyon tudhatnak ott Pécsen...**

Ahogy már a korábbiakban említettem, a Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központja nagyon sokat tesz azért, hogy – Németh Péter dékán úr szavaival – a magasan kvalifikált szakemberek képzésével hidat képezzen az elméleti tudományok és a gyakorlat között. Szerencsénk van abban is, hogy – szintén az egyetem menedzsmentjének köszönhetően – elkerülhettük az ország kórházaiból nem egyet sújtó gazdasági megszorításokat, és így megvalósíthattuk a szakmai elközeléseinket. És nem utolsó sorban olyan kitűnő kollégákkal dolgozhatunk együtt, akik a legfőbb törvényt, a betegek érdekeit szem előtt tartva végzik munkájukat.

Boromisza Piroska

NÉVJEGY



Dr. Bogár Lajos

- Munkahely: Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi és Egészségtudományi Koordinációs Központ, ÁOK, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet
- Végzettség: általános orvos, Pécsi Orvostudományi Egyetem (1981), aneszteziológia és intenzív terápia szakorvos, Orvostovábbképző Egyetem (1986)
- Tudományos fokozat: az orvostudomány kandidátusa, MTA (1989), a disszertáció címe: „Az emberi vérsejtek filtrációs sajátosságai”, PhD fokozat, POTE (1997), Széchenyi Professzori Ösztöndíj (2000)
- Munkakörök: klinikai orvos, POTE, AITI (1986), egyetemi tanársegéd, POTE AITI (1986-91), egyetemi adjunktus,

tus, POTE, AITI (1991-97), egyetemi docens, POTE, AITI (1997-2000), intézetvezető egyetemi tanár, PTE, OEC, ÁOK, AITI (2000-)

- Tisztségek: Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság (alelnök), Magyar Haemorheológiai Társaság (alapító tag, elnök), Magyar Laboratóriumi Diagnosztikai Társaság (tag), Nemzetközi Haemorheológiai Társaság (volt alelnök), Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium (volt elnök, jelenleg tag), Alapítvány az Orvoscépzés Fejlesztésének Támogatására (kuratóriumi tag), Az Anesztézia Biztonságáért Alapítvány (kuratóriumi tag), A Modern Pécsi Anesztéziáért Alapítvány (kuratóriumi tag)
- Folyóiratszerkesztés: Aneszteziológia és Intenzív Terápia (szerkesztőbizottsági tag), European Journal of Anaesthesiology (szerkesztő)