

„A mikrobiológia a betegért van!”

Interjú Dr. Barcs Istvánnal

Negyvenéves pályáját összegezte lapunknak adott interjújában az IME Közérthető-N rovatának vezetője, Dr. Barcs István mikrobiológus, aki pályaválasztásáról, hivatásáról, és az annak gyakorlása során felmerülő nehézségekről, illetve felemelő pillanatokról osztotta meg gondolatait lapunk olvasóival.

PAUL EHRlich SZELLEMEBEN

– Mi inspirálta a pályaválasztását?

Az osztályfőnököm érettségi táján azt mondta, ha mikrobiológus akarok lenni, akkor az orvosi egyetemre kellene mennem, de nem akartam orvos lenni. Az orvos számomra az volt, aki gyógyít. Biológia szakra jelentkeztem, egy filmélmény hatására. Tizenhat évesen katartikus élményt jelentett számomra „A 606. kísérlet” című film, amely hitelesen mutatta be Paul Ehrlich Nobel-díjas német kutatóorvos küzdelmes életét. Ehrlich saját magát oltotta be a szifilisz kórokozójával, egy olyan baktériummal, amelyet nem lehetett mesterségesen tenyészteni. Önmagán próbálta ki sorra azokat a vegyületeket, amelyekről azt remélte, hogy esetleg gyógyítani fognak. Eközben egyre inkább haladt előre a betegsége, érződött a hatalmas küzdelem, a versenyfutás a halál és a várt siker között. Végül a 606. vegyület, amivel beoltotta magát, javulást eredményezett. Megragadott, hogy micsoda iszonyatos küzdelem folyik a laboratóriumokban az emberek egészségéért. Ezért úgy döntöttem, én is laboratóriumban akarok dolgozni beteg emberek mintáit vizsgálva, hogy segíthessek rajtuk, és minél hamarabb meggyógyulhassanak. Ám az egyetemen hamar kiderült számomra, hogy amit mi tanulunk, az nem az a mikrobiológia, ami engem igazán érdekelt. Eltelt három-négy év, és még mindig nem tanultam semmi olyasmit, amiért odamentem, ott akartam hagyni az egészséget. Végül – egy a László Kórházban eltöltött félévnyi kihagyás után – kitűnő eredménnyel lediplomáztam, és ott álltam a nagy kérdéssel, hogy hol helyezkedhetnék el az egészségügyben. Megpályáztam két gyógyszergyári állást. Óriási szerencsémre a László Kórházban – amelynek mikrobiológia laborjában írtam a szakdolgozatomat – megüresedett egy státusz, ezért harmadiknak azt is megpályáztam, és felvettek.

– Tulajdonképpen ott kapott pályakezdőként állást, ahol mindig is lenni akart?

Igen, a helyemre kerültem. Először is elsajátítottam a mikrobiológia gyakorlati oldalát a szakasszisztensektől. Rengeget tudtam tőlük tanulni a szakma manuális részét illetően, az idősebb kollégáktól pedig azt, hogy mit miért csinálunk, és mi nem mikrobiológia. Nem egyenlő ugyanis a mikrobiológia azzal, hogy a kórházi laboratóriumban elvégzünk valamilyen

vizsgálatot a betegből nyert mintán. Meg kell néznünk a beteget, ismernünk kell a betegségeit. Még leprás betegnél is jártam a László Kórházban, saját kezemmel tapintottam ki a nyirokcsomóit. Úgy dolgozunk, hogy a beteg van a középpontban, körülötte az őt gyógyító orvosok, mögöttük pedig a diagnosztika, amely csak akkor működhet jól, ha a szakemberek tudják, hogy miért dolgoznak. Csak akkor dönthetjük el, hogy egy mintában megtalált mikroorganizmus kórokozónak számíthat-e az adott beteg szempontjából, ha pontosan tudjuk, hogy milyen fertőzés gyanúja áll fenn. Később, a Bajcsy Kórházban kora reggel az intenzív osztályon kezdtem a napjaimat. Ismertem, kik azok a betegek, akikhez kihívták a kórház infektológus főorvosát – Ludwig Endre professzort –, hogy felkészülten várjam őt, és járjam vele végig az osztályokat.

– Előfordult-e, hogy másként cselekedett, mint ahogy a szabályok előírták?

Igen, megtettem olyasmit, ami nem volt feltétlenül kötelező, és előfordult, hogy tudatosan eltértem az előírt protokolltól. Amikor a László Kórházba kerültem, mindig azt hallottam a kollégáktól, hogy monitorozni kellene, de még nem voltak rá megfelelő módszerek. Megkérdeztem, mi az a monitorozás. Elmondták, hogy monitorozással bizonyos toxikus antibiotikumok koncentrációját lehet meghatározni a beteg vérében. Nekiültem, és elkezdtem olyan baktériumokat gyűjteni, amelyeknek különböző az antibiotikum-érzékenysége. Összeállítottam egy kollekción, amelyből egy 24 órás vizsgálattal gyakorlatilag minden antibiotikum koncentrációját minden más antibiotikum mellett meg tudtam határozni. Ma már ez néhány órán belül automatával kimutatható, de akkor ez óriási előrelépés volt. Megérkezett az antibiotikum beadása előtti és a beadást követő egy órával nyert vérminta, az orvos leírta, hogy milyen antibiotikumokat kap a beteg, és ezek közül melyiket akarja kimutatni. Olyan baktériumtörzset választottam arra az egy vizsgálatra, amelyik érzékeny volt az adott antibiotikumra, és rezisztens a többire. Ezt a módszert alkalmaztam, amikor egy gyermek-intenzív osztályon fekvő gyermek nem reagált az antibiotikum-kezelésre, mert nem alakult ki a vérében olyan koncentráció, ami hatásos lett volna. S mivel én ezt mérni tudtam, a megengedett maximális dózis többszörösét merték alkalmazni a gyermeknél. Közben folyamatosan ellenőriztük a koncentrációt, ami egyszer csak elérte azt a szintet, amely a hatásos tartományban maradt a következő dózis beadásáig. A gyermek meggyógyult és hazaengedték – csodálatos érzés volt hallani, hogy már bukfencezik. Később a módszeremet be is vezették, és évekig használták a KÖJÁL-hálózatban.

Egy másik alkalommal az egyik betegünk egy nagyon toxikus antibiotikumot, tobramycint kapott, aminek hatására toxicitás alakult ki, leállt a veséje. A megemelkedett antibioti-

kumszint egy nagyon ritka mellékhatást, toxikus pszichózist váltott ki nála – ez volt a második ilyen eset a világon. Mértem a beteg antibiotikumszintjét, eközben láthattuk, hogy azal párhuzamosan hogyan alakult a beteg EEG-je. Majd hemoperfúzióval eltávolították a beteg véréből az antibiotikumot, visszaállt a normális veseműködés, viszont az alapbetegsége progrediált. Olyan fertőzése volt, amire csak ez az antibiotikum volt adható, ezért visszatértek a korábbi kezeléshez. Újra tönkrement a veséje, megjelent a kóros EEG, megint emelkedett az antibiotikumszintje, és sajnos ezt a terhelést már nem élte túl. Az esetet leközöltük az Orvosi Hetilapban, de senkinek nem jutott eszébe, hogy egy külföldi szaklapban is publikálni lehetne. Azóta is idézik világszerte, a magyar összefoglaló és az ábrák alapján.

Amikor elkezdtem dolgozni, a staphylococcusok két fajtát ismertek el Magyarországon. A szakdolgozatomban a *S. aureus* egy génjét vizsgáltuk egy csecsemőotthoni járvány során. Utána, ahogy elkezdtem dolgozni a Lászlóban, felfigyeltem arra, hogy gyakran valamilyen *S. aureus*-nak kinéző baktériumnak kezdjük el meghatározni a rezisztenciáját, és másnapra kiderül, hogy nem *S. aureus*. Sokszor láttam, hogy ezekben az akkor kontaminánsnak minősített baktériumokban ugyanaz a rezisztencia volt jelen, mint amit a *S. aureus*-ban vizsgáltunk. Arra gondoltam: lehetséges, hogy ez a gén átjut a bőrfloórán keresztül egy patogénbe, és így terjed a rezisztencia? Azóta már ismert, hogy bizonyos rezervoár baktériumok kommunikálnak a többivel, és képesek átadni a rezisztenciagént egymásnak. Ezeket a törzseket gyűjtöttem, és a főnököm megengedte, hogy ha már meg vannak határozva, adjuk is ki. Amikor ez történt – 1985 környékén – már nem kettő, hanem 13 *Staphylococcus* fajt írtak le a szakirodalomban. Készítettem egy identifikáló táblázatot, amely bekerült a KÖJÁL-hálózatba, jó egy évtizedig ebből dolgoztak a KÖJÁL laboratóriumai.

Tanulással járt egy másik eset is, amikor egy diabéteszes, túlsúlyos, alkoholista beteg hemokultúrájában találtam egy *Staphylococcus* baktériumot, olyat, amelyik akkor nem volt elismert szepszis-kórokozó. Meghatároztam a baktériumot – egyébként, mint utóbb kiderült, rosszul –, a főnököm pedig úgy döntött, adjuk ki, és majd az osztályon a klinikusok eldöntik, hogy kórokozó-e, vagy sem. Összesen 13 alkalommal következetesen ugyanaz a nem *S. aureus* jött ki a beteg hemokultúrájából, és mivel kiadtuk az eredményt, komolyan vették az osztályon. Korábban az történt volna, hogy mivel akkori tudásunk szerint ez a baktérium nem okoz szepszist, nem foglalkoztak volna vele. Cikk is született belőle, előadtam a kórház tudományos ülésén, ahol Szalka András orvos kijelentette, hogy a páciens meghalt volna, ha nem adtuk volna ki a leletet. Ez a beteg azért maradt életben, mert olyan dolgot tettem, ami a szabálytól eltérő volt. Akkoriban ugyanis a bevett gyakorlat szerint nem terheljük a klinikusokat olyan tenyésztési eredménnyel – "bőr-kontaminánssal" –, amelynek – akkor, szerintünk – nincs gyakorlati jelentősége. Ezek a dolgok fontosak voltak nekem, és ezért éreztem azt, hogy mindent a betegek javáért teszek. Dolgoztam, erre fordítottam a szabadidőm jó részét is, csinálhattam, nem korlátoztak

benne. Képeztem magam, rengeteg cikkem jelent meg, sok előadást tartottam, figyeltek a szavamra. Akkor kerültem át a Honvédkórházba, ahova hosszú ideje hívtak már. Nehéz váltás volt.

MIKROBIOLÓGIA ÉS INFEKCIÓKONTROLL

– A Honvédkórházban – ha jól tudom – ön szervezte meg és vezette a mikrobiológiai laboratóriumot.

Amikor odakerültem, a mikrobiológia a központi laboratórium részlegeként működött, mint akkoriban a legtöbb magyarországi kórházban. Nem sok olyan mikrobiológiai labor működött az országban, mint a László Kórházé, amelyet Bognár Szilárd már az 1960-as években kialakított. A Honvédkórházban azt tervezte a főigazgató, László Imre, hogy leválasztja a mikrobiológiát a központi laborról, engem kért fel osztályvezetőnek. Nagy meglepetés volt ez számomra, mert úgy gondoltam, hogy mivel biológus vagyok, soha nem tölthetek be vezető tisztséget az egészségügyben. Végül négy hivatalos dokumentum, az országos tisztifőorvos – az infektológus Mikola István – és az Egészségügyi Minisztérium főosztályvezetőjének szakvéleménye alapján kineveztek osztályvezetővé, talán a 18 éves szakmai munkám elismeréseként is. Később lassanként elkezdett fogyni a levegő körülöttem. Még az is megfordult a fejemben, hogy elhagyom a pályát, ám Ludwig Endre professzor lebeszélte róla. Átigazoltam a Bajcsy-Zsilinszky Kórházba, ahol akkor került fel az önálló mikrobiológiai laboratórium kialakításának gondolata. Nagyon jó csapatot sikerült felállítani, s végül magánéleti problémák miatt jöttem el onnan, és elhelyezkedtem egy multinacionális cégnél, ami négy évig tartó felejtető intermezzo volt az életemben.

– Milyenek ítéli meg a mintabeküldő orvosok és a mikrobiológiai laborok közötti együttműködést?

Magyarországon a mikrobiológiai vizsgálatok túlnyomó többségét két mintatípus teszi ki: a felső légúti orr-torokváladék, esetleg köpet, és a vizelet. Ezekből viszont kevés dolog derül ki, főleg akkor, ha nem írnak a kéréslapra megfelelő diagnózist. A vizsgálatkérések túlnyomórészt BNO kód alapján történnek. Azzal azonban, hogy a kezelőorvos a húgyúti fertőzés kódját tünteti fel, semmilyen támpontot nem ad a mikrobiológia számára. Még nagyobb gondot jelent, ha az a mikrobiológus, aki nem betegben gondolkodik, nem jelez vissza a klinikusnak azt illetően, hogy kevés az információ. Hiszen – a példánál maradva – nem mindegy, hogy a húgyúti rendszeren belül hol van a fertőzés. Húgyúti fertőzés a húgycsőgyulladás, a húgyhólyag-, vagy a vesemedence-gyulladás, mindegyiket más kórokozó okozza, más tünetei vannak, más feldolgozási módszert, más inkubálási időt igényel. Nem beszélve a csíraszámeltérésekről: nem mindegy, hogy százazres, vagy tízes nagyságrendben van-e csíra a mintában. A húgyhólyagban jelentéktelennek minősül a tízes nagyságrendben előforduló csíraszám, vagyis abból negatív eredmény lesz. Ha viszont a betegnek vesemedence-gyulladása van, akkor dúsítani kell a mintát, két napig tenyésztetni, hogy találjunk egyetlen baktériumot, amitől neki szepszise is lehet

és esetleg meg is halhat. Információt kell kérni és adni, a diagnosztikát végzőnek és a kezelőorvosnak el kell fogadnia egymást partnernek, mindkettőnek nyitni kell a másik felé. A klinikai mikrobiológia ágy melletti mikrobiológiát jelent. Külföldön a mikrobiológus gyakorlatilag infektológusként működik: vizitel, képbem van a fertőzéseket illetően, az infektókontrollt is jól tudja végezni és akár tanítani is. Itthon egyes kollégák nem mernek konzultálni az orvossal. Pedig szépszis esetén azonnal fel kell venni a telefont, elmondani, hogy mit találtunk, és együtt gondolkodni az orvossal. Azonnali információközlést kell végeznünk, így tudjuk teljesíteni a hivatásunkat. És kimozdulni az elszigeteltségből.

Végső soron a mikrobiológia a betegért van! A mikrobiológiát az infektológia részének tekintem, és az orvoskaron sem önálló tantárgyként oktatnám, mert a gyógyító orvosnak a mikrobiológia a fertőzések diagnosztikájához szükséges. Neki annyit kell tudnia, hogy bizonyos tünetek mellett milyen mintákat küldjön be tenyésztésre, milyen információkat adjon hozzá, és hogyan értékelje a mikrobiológiai eredményt. Azt pedig, hogy mit hogyan kell kimutatni a laboratóriumban, a mikrobiológusnak kell tudnia. Ha egy orvos esetleg a diagnosztikát választja szakmájának, akkor majd megtanulja a szakasszisztensektől, amit kell, ahogy én is megtanultam. Az én olvasatomban az orvosnak azért kell tanulnia, hogy gyógyítani tudjon, vagy pedig közvetett módon az orvoslást szolgálja. Most a rezidensképzés az olyan képzőhelyekről, mint a László Kórház volt, áttolódott az egyetemekre, és ott azonnal a tudósképzésbe kapcsolják be a pályakezdőt, a diagnosztika rovására.

– Az IME lapban korábban megjelent cikkében ön hosszasan elemezte az infektókontroll gyakorlatát, melynek középpontjában a beteg iránt érzett felelősségnek kell állnia [1]. Ugyanezt mondta el az imént a mikrobiológiáról is...

Igen, és saját ötletből már a Lászlóban, a diplomamunka folytatásában végeztem olyasmit, ami tulajdonképpen infektókontroll volt. Három Pest megyei csecsemőotthonban ápolt gyermekek között terjedt a fertőzés valamilyen módon, annak ellenére, hogy olyan antibiotikummal kezelték őket, amelynek az érzékenység szerint hatnia kellett volna. Ementem az egyik otthonba, végignéztem a kórlapokat, és kiderült, hogy a baktériumok nem éltek túl a kezelést, viszont a meggyógyult és a kórházból hazaengedett gyerekek újrafertőződtek, történetesen nagyon hasonló antibiotikum-érzékenységű baktériummal a környezetből. Ez tulajdonképpen infektókontroll tevékenység volt, anélkül, hogy tudtam volna. Magamtól találtam ki és kiviteleztem, és mint utólag kiderült, jól csináltam.

– Ön szerint alapvetően kiknek a feladata az infektókontroll?

Kicsit visszamennék az időben oda, amikor kétszáz taggal megkezdte a működését az Infektókontroll Egyesület, ahova meghívásos alapon kerültek be a tagok, köztük voltam én is. Az első tudományos infektókontroll konferenciát 1996-ban tartották Magyarországon. Meghívták a világ legjobb infektókontrollal foglalkozó szakembereit, akik két napon

keresztül, meghívott hallgatóság előtt igen magas színvonalú előadásokat tartottak. Évekig éltem az ott közreadott cikkgyűjteményből. Az előadók és a résztvevők mikrobiológusok, epidemiológusok, infektológusok és intenzív terápiás orvosok voltak. Alapvetően az infektókontroll a fertőzésekről szól, amihez az infektológus ért a legjobban, neki pedig a mikrobiológus nyújt segítséget, ők ketten végzik az infektókontrollt a világ összes civilizált országában. Vannak olyan hazai intézmények, ahol nagyon jó infektókontroll gyakorlat alakult ki, és az infektológus, a gyermekgyógyász és az intenzív alapképzettségű orvosok professzionális módon végzik ezt a feladatot.

– Mi a helyzet azzal, hogy nem ismerjük pontosan az egészségügyi ellátással összefüggő fertőzések számát?

Nem kötelező az összes nozokomiális fertőzést jelenteni, emiatt nem ismerjük az előfordulások pontos számát. Csak azokat kell jelenteni, amelyeket előírnak, és Magyarország továbbítja az Európai Betegségmegelőző Központ felé. Az ECDC vezetői azt feltételezik ugyanis, hogy minden országban jól végzik ezt a munkát. Ők csak azt az adatot kérik be indikátorként, amely alapján ellenőrizhető, hogy melyik országban hogyan változik a helyzet. Magyarországon kötelező bejelenteni a véráramfertőzéseket, a multirezisztens kórokozók és a Clostridium difficile okozta fertőzéseket, valamint a műtéti fertőzések vagy az intenzív ellátással kapcsolatos infekciók jelentése választható. Továbbá jelenteni kell minden járványt. Nozokomiális fertőzés lehet azonban akár a középfülgyulladás és sok egyéb is, a CDC több mint negyvenféle fertőzéstípust sorol ide. Ezeket viszont nem gyűjtik, ezért nincs központi statisztikai adat sem róluk. Az Epiinfo kiadványban volt olvasható régebben, hogy a fertőzések körülbelül 60 százalékában történt mikrobiológiai tenyésztés. A többi esetben, ha nem történt diagnosztika, honnan is tudták, hogy valóban fertőzés volt? Szerencsére ma már szinte teljes mértékben mikrobiológiai tenyésztéssel lefedett adatokkal rendelkezünk.

– Mi tudható meg az európai pont-prevalencia vizsgálat eredményeiből?

A pont-prevalencia vizsgálat során ötévente egy kéthetes perióduson belüli egyetlen napon nézik meg, hogy mekkora számot tesznek ki a nozokomiális fertőzések. Ennek eredménye Magyarországon 4 százalék, ami megegyezik a németországi eredménnyel, de rosszabb, mint Bulgáriáé. Jobbnak bizonyultunk, mint Franciaország, Anglia, Svájc és Finnország. Tudni kell, hogy ebbe a vizsgálatba azok a felderített nozokomiális fertőzések kerültek bele, amelyeket mikrobiológiai úton igazoltak. Magyarországon viszont nincs minden kórházban elérhető mikrobiológia. Ha minden nozokomiális fertőzést tenyésztéssel igazolnának, akkor valószínűleg jócskán e fölötti lenne a hazai eredmény. A kórházakban előforduló fertőzéseknek két kiugró időszaka van: nyáron az enterális járványok, ősz végén pedig a légúti fertőzések. Ezért – a torzítás elkerülése érdekében – a pont-prevalencia vizsgálatot október második felében szokták végezni. Ez tulajdonképpen egy pillanatfelvétel – innen az elnevezés –, ami azt szolgálja, hogy kiderüljön, az adott országban jól működik-e

az infekciókontroll tevékenység. Azonban ha nincs mikrobiológia, akkor nincsenek eredmények! Bulgáriában vélhetően még kevesebb mikrobiológiai laboratórium van, mint nálunk, illetve a fejlett országokban. Ahol nagyszámú és minden szempontból elérhető számú laboratórium van, ott nyilvánvalóan több az igazolt nozokomiális fertőzés is.

– Ön leendő népegészségügyi ellenőrököt oktató tizenegy éven át a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán. Mire képzik ki ezeket a szakembereket?

A népegészségügyi ellenőrök képzése teljesen megváltozott az elmúlt évek alatt. A rendelet megengedi, hogy a kórházban belül a népegészségügyi ellenőr akár még irányíthassa is az infekciókontrollt. Nekem ez volt a fontos, ezért elindultam ebben az irányban. Bevezettem, hogy infektológus oktasson infektológiát a hallgatóknak. A diákjaink így megtanulták, hogy a fertőzés hogyan jön létre, melyek a tünetei, diagnosztikája, kezelése stb., vagyis orvosi tudást is kaptak, és erre épülhettek rá a járványügyi ismeretek. Ez nagy előrelépés volt, igen magas színvonalra sikerült emelni ezzel az oktatást. Olyannyira, hogy számos pozitív visszajelzés érkezett kórházakból a nálunk végzett hallgatók felkészültségét illetően. Az egyikük például, akit magam is oktattam, az Országos Korányi Intézetbe került, és ott egy évvel később már infekciókontroll vezetőnek nevezték ki.

– Ez pozitív visszacsatolás az ön személyes munkájára nézve is...

Így van. Hasonlóan nagy elismerés volt számomra, amikor az egészségügyért felelős államtitkár a Népegészségügyi Képző és Kutatóhelyek Egyesületét (amelynek tagja a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kara) kérte fel a magyarországi népegészségügyi program kidolgozására. Az egyesület elvállalta a feladatot, és én lettem a fertőző betegségekkel, járványokkal foglalkozó fejezet szerzője, koordinátora. Négy kollégával dolgoztuk ki a fejezetet, amelyben leírtuk azt is: legyen Magyarországon minden kórházban saját elérhetőségű mikrobiológiai laboratórium és antibiotikumot csak mikrobiológiai tenyésztés alapján lehessen felírni; felvilágosító kampányokat kell szervezni; minden kórházi fertőzést fel kell deríteni, és kötelező legyen jelenteni, és vonják ellenőrzés, vagy akár szankcionálás alá a gyanúsán kevés esetet jelentő, illetve nem jelentő intézményeket. A járványügyi biztonságot csak ilyen módon lehet biztosítani.

OKTATÁS ÉS ISMERETTERJESZTÉS

– Ha már szóba került a felvilágosítás, ön az IME lapban megjelent egyik cikkében hangsúlyozta a lakossági kommunikáció fontosságát [2]. Az IME Közérthető-N rovatában, és számos egyéb kiadványban publikált ismeretterjesztő írásokat. Az MTA-n megtartott „Tanulható, tanítható egészség” című konferencián már 2013-ban sorra vette azokat a kérdéseket, amelyek közvetítése fontos lenne a diákok felé a fertőző betegségek kapcsán. Történt az eltelt néhány év alatt fejlemény ezen a téren?

Visszajelzést nem kaptam erre vonatkozóan, de a kérdésében említett rendezvényen a hallgatóság sorai között

középiskolai tanárok és egyetemi oktatók is voltak, remélem, hogy hasznosították az ott hallottakat. Ennek az előadásomnak a folyományaként hívtak meg a Magyar Egészségügyi Társaságba, amely rendszeresen szervez szabadegyetemi előadásokat. Így kerültem be az Eduvital Nonprofit Egészségnevelési Társaságba is, ahova Falus András professzor hívott el. Hasznosnak tartanám – már többször tettem rá javaslatot és kísérletet –, hogy valahol magasabb szinten kezdjenek el foglalkozni az ismeretterjesztéssel. Korlátozni kellene az internetes megjelenéseket, mert ma bármilyen, légből kapott állítást szabadon lehet közölni, nincsen cenzúra. Központilag szervezett felvilágosító kampányokat kellene tartani, és közérdekű információs blokkokat elhelyezni a különböző televíziós csatornák felületein, ugyanis ezek sugárzása ingyenes. Nagyon sikeres volt például régebben a Gólyavári esték sorozat – ahhoz hasonló programokat kellene szervezni, óriásplakátokat kihelyezni, minél több felületen közzétenni a szakmailag megalapozott egészségügyi ismereteket, így harcolva az áltudományos bulvármédia ellen.

– Egy 2017-ben elhangzott rádióriportban úgy nyilatkozott, hogy vannak céljai, amelyekért megalkuvás nélkül mindent meg akar tenni. Melyek voltak ezek a célok, és sikerült-e azokat megvalósítani?

Úgy jutottam el idáig, és lettem főiskolai tanár, hogy nem álltam be soha senki mögé. Dolgoztam, elvégeztem, amit akartam, és nem hagytam magam befolyásolni, korlátozni, a véleményemet megváltoztatni. Nem éreztem volna tragédiának, ha emiatt elveszítek egy befolyásos támogatót, mert nem a karriervágy mozgatott. Többet nem értem volna el, mert ennyire voltam képes, de nem is akartam mást. Nem volt könnyű folyamatosan a csúcson lenni, mert ez nagyon elfárasztja az embert, és lehet, hogy ebből ki kell szállni, mielőtt felemész. Voltak az életemben olyan időszakok, amikor azért hagytam abba valamit, mert azt éreztem, hogy túlságosan magával ragadott, nagy feszültséget okozott bennem, és „ügygyé” vált. Nemrégiben hallottam a rádióban egy műsort, amelyben valaki arról beszélt, hogy ha nem akar az ember kiégni, akkor egy ponton le kell lassítani, életformát kell váltani. Ezt tettem én is, amikor nyugdíjba vonultam. Ki tudom végre pihenni magam, amellett, hogy minden nap dolgozom. Volt időm megírni életem legjobb cikkét, amely a Magyar Pedagógiai Társaság „Csillagfényben” című kiadványában jelent meg [3]. Az élet sokkal összetettebb, mint amit nekem az elmúlt negyven év adott. Azért merültem bele a munkába, mert szerettem a hivatásomat. Nyaralások alatt nem egyszer előfordult, hogy miközben úsztam a Balatonban, azon töprengtem, hogy a szabadságom leteltével melyik munkatársam milyen témával kezdjen el foglalkozni, merre fejlesszük a laboratóriumunkat.

– Nemrég megjelent egy könyve is az infekciókontrollról, ha jól tudom.

Igen, de ennek voltak előképei. Az első könyv abból született, hogy az asszisztensnőimnek készítettem egy összefoglalót azokról a módszerekről, amiket be akartam vezetni az újonnan létrehozott laboratóriumunkban, majd kicsit kibő-

vítve, folyamatábrákkal kiegészítve Kórházi mikrobiológia címen megjelent 1999-ben, és minden mikrobiológushoz eljutott. Még ma is látom, hogy használják. Több tájékoztató kiadvány után 2013-ban az Egészségtudományi Kar kiadta Szalka András közreműködésével írt Mikrobiológia – Fertőző gondolatok című könyvemet. Ez hatszáz-egynéhány oldalon, CD melléklettel, sok (szép)irodalmi és rockzenei idézettel tartalmazza az általam ismert mikrobiológiát. Olyan formában, ahogy én szerettem volna egy szakkönyvet a kezembe venni fiatal koromban. És ezután következett az Egészségesen gyógyulni – A centripetális infekciókontroll kézikönyve a Semmelweis Kiadónál. Ennek szerkesztője és részben szerzője vagyok. A címben a lényeg: a beteg van a középpontban, és minden tevékenység őt veszi körbe, felé irányul, mint a fizikában a centripetális erők. Előkészületben van egy másik könyv, az Integráló kórházhigiéné, aminek Szabó Rita volt kolléganőmmel vagyunk a szerkesztői, valamint egy összeállítás korábbi írásaimból, riportokból, amik a konkrét szakmai mondanivaló mellett valami többet is adnak a világlátásomból, erkölcsi felfogásomból, belőlem. Címe talán „Vagyok, tehát gondolkodom” lesz.

– Soha nem vonzotta a tudományos előmenetel, az impakt faktor, a citációs index és egyéb „úri huncutságok”?

A kutatásokhoz pályázatokat kell beadni. A pályázat elnyerésének alapfeltétele az, hogy az ember elismert folyó-

iratokban megjelent, magas idézettségű publikációkat tudjon felmutatni. Nyertem el 1996-ban pályázatot az Országos Műszaki Fejlesztési Bizottságnál infekciókontroll témában, a megítélt összeget a labor fejlesztésére lehetett fordítani. Később egy másik pályázatomban pozitív elbírálást kaptam, de finanszírozást a szűkös keretek miatt nem adtak rá. Jó ideje nem foglalkozom olyasmivel, amit kutatásnak lehetne nevezni. Engem mindig az inspirált, hogy olyan módszereket, eljárásokat találjak meg, amelyek a gyakorlatban jól hasznosíthatóak, este úgy fekszem le, hogy ma érdemes volt felkelnem, hasznos voltam. Sokszor elmondtam és leírtam, hogy az igazi kutatót valami érdekli, és a tudományos munkájával adni akar másoknak. Nem pedig kapni. Kandidátus lettem, és nem vagyok hajlandó kérvényezni a PhD-vé való átminősítést, mert én a Magyar Tudományos Akadémiától kaptam a tudományos minősítésemet. Ma tömegeken alakulnak a doktori iskolák, és a témavezetők egymással versenyeznek, hogy ki tud több doktort mentorálni. Részesen voltam különböző doktori eljárásoknak, és azt láttam, hogy nincs mögöttük igazi tartalom. 70 éves koromig lehettem volna közalkalmazott professzorként, de már néhány évvel ezelőtt elhatároztam, majdnem bizonyosan, hogy igénybe fogom venni a 64 éves kori öregségi nyugdíjat. Azt nem döntöttem még el, hogy abszolút befejezem-e a szakmai munkát, de az biztos, hogy sokkal visszafogottabban szeretnék élni.

Boromisza Piroska

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] Barcs István: Csakis a szintiszta igazat – Nozokomiális fertőzések (IME XVII. évfolyam 1. szám 2018. január-február)
- [2] Barcs István: Honnan hová? Kikkel és kikért? (IME XVII. évfolyam 4. szám 2018. május)
- [3] Barcs István: Fertőzések és járványok. Értjük vajon, mi és miért történik? (Magyar Pedagógiai Társaság „Csillagfényben” c. neveléstudományi kiadványa, IV. kötet, 2019.)

NÉVJEGY



Dr. Barcs István az ELTE Természet-tudományi Karán kapott biológus diplomát 1980-ban. A Semmelweis Orvostudományi Egyetemen 1984-ben orvosi biológiai doktor címet, a Magyar Tudományos Akadémián 1995-ben az orvostudomány kandidátusa fokozatot nyert. Klinikai mikrobiológus szakképesítést szerzett 2006-ban. Az orvosi mikrobiológiához kapcsolódó területeken dolgozott: a Fővárosi László Kórházban 1987-ig, az Országos Bőr- és Nemikórtani Intézetben 1987-88 között, az Országos Közegészségügyi

Intézet Fágkutató Osztályán 1988-tól 1995-ig. A Központi Honvédkórház Mikrobiológiai Laboratóriumának (1996), majd a Fővárosi Bajcsy-Zsilinszky Kórház Klinikai Mikrobiológiai Laboratóriumának (1999) megszervezője és első osztályvezetője. A Semmelweis Egyetem (SE) Központi Klinikai Mikrobiológiai Diagnosztikai Laboratóriumának vezetője 2009-ig. A SE Egészségtudományi Kar Epidemiológiai Tanszékét 2010-től visszavonulásáig, 2019-ig irányította. A Jászberényi Szent Erzsébet Kórházban infekciókontroll menedzser 2016 óta. Az IME szaklap „Közérthető-N” rovatának vezetője.