

Feltárni a hibákat



Bálint Géza

Nagy örömmel olvastam a LAM Töprengő című rovatában Ajkay Zoltán cikkét (1), mert orvosi gyakorlatunk egyik nagy hibájára mutat rá. Örömmel, mert a hiba feltárása nélkül az ki nem javítható, s örömmel, mert gondolatai sokunk gondolataival egybeesnek. Ez az írás engem is töprengésre készített.

Ajkay Zoltán a hazai orvosi ellátással való elégedetlenség kulcsát a beteg és hozzátartozói kellő felvilágosításának hiányában keresi. Hiányolja az őszinte és közérthető tájékoztatást a vizsgálati eredményekről, a betegség természetéről, várható lefolyásáról és kilátásairól, teljesen jogosan.

Nagyon sok nemzetközi irányvonal a betegfelvilágosítást és betegoktatást az első terápiás tennivalóként javasolja (2–6). A jó betegfelvilágosítás és -oktatás növeli a beteg együttműködését, oldja szorongásait, a beteg aktív részvételét teszi lehetővé saját gyógyításában, amely a mozgásszervi betegségek tekintetében a Csont és Ízület Évtizede 2000–2010 egyik fő célkitűzése. Rendkívül érdekes vizsgálatot végzett e tekintetben *Thomas*, brit házi orvos (7). Enyhe tünetekkel (megfázás, gyomorrontás, fáradékonyság stb.) hozzá forduló betegeit két csoportba osztotta. Egyik részük iránt pozitív viszonyt tanúsított, határozott diagnózist adott,

megerősítette a beteget, hogy néhány nap múlva jobban lesz. A másik csoportnak nem adott diagnózist, csak azt mondta a betegeknek, ha nem lesznek jobban, jöjjenek vissza néhány nap múlva. A két csoportot további két részre osztotta: egyik felének gyógyszert is rendelt, a másik felének csak tanácsot adott. Azoknak a betegeknek a 64%-a, akikhez pozitívan viszonyult, két héten belül meggyógyult, teljesen függetlenül attól, hogy gyógyszert is vagy tanácsot kapott-e, míg a másik csoport tagjainak csak 39%-a gyógyult meg.

Ajkay túllép azonban a betegfelvilágosításon, és leír-

ja a legfontosabbat, ami a modern klinikai orvoslásból sokszor oly fájóan hiányzik: „Amire a legnagyobb szükségünk lenne, az a jó szó gyógyító ereje”, más szóval, a pszichésen megalapozott betegvezetés. Az orvos személyiségének szerepére, az „orvosgyógyszerre” nagy honfitársunk Bálint Mihály már évtizedekkel korábban felhívta a figyelmet (8). A Bálint-csoportok terápiás eredményeiben nagy szerepe van annak, hogy a beteg elmondhatja és megvitathatja problémáit nemcsak orvosával, de betegtársaival is.

Az orvos személyiségének és viselkedésének placebohatása van. *Blau* szerint az az orvos, akinek nincs placebohatása, menjen patológusnak (9). A placebo tetszetőst jelent, a placebokezelés pedig nem álkezelést, hanem olyan kezelést, amely a beteg pszichéjén keresztül hat. A placebohatás gyakorta meghaladhatja egy szer fiziológiás hatását. A prostigminre kialakított feltételes reflex olyan erős lehet, hogy nemcsak fiziológiás sóoldattal, de az ellentétes hatású atropinnal is prostigminre jellemző válasz váltható ki (10).

„Hiába jó a törvénykezés, ha nincs ellenőrzés, hiába van betegelégedettségi vizsgálat, ha manipulálják, hiába működik a kórházakban betegképviselő, ha csak a konkrét ügyekkel foglalkozik”. Nagyon igaz szavak, amelyekkel mélyen egyetértek. Ajkay Zoltán még továbbmegy, és a „per capita” finanszírozás „ösz-tönzőit”, a növekvő betegforgalmat, a rövidülő ápolási időt és a paraszolvenciát teszi felelőssé, teljesen jogosan. Minderre magam is többször felhívtam a figyelmet, legutóbb *Kornai János és Karen Eggleston: Egyéni választás és szolidaritás című könyvének recenziójában*.

Nem szabad elfelejtenünk, hogy ez világjelenség. Az orvoslásnak belső, integráns moralitása van (11), amely napjainkban elveszni látszik. Az orvos mestersége, mint bármely más mesterség, a maga teljességében művelve: hivatás, nem egyszerűen foglalkozás, pénzszerezési lehetőség a megélhetésre, vagy éppen üzlet. Ha az orvos alkalmazott, munkaadója érdekeit, ha pedig vállalkozó, profitját kell elsősorban szem előtt tartania (12). *Cule* egyenesen ezt írja: „Amikor pályámat

Az orvos személyiségének szerepére nagy honfitársunk Bálint Mihály már évtizedekkel korábban felhívta a figyelmet.

elkezdtem, egy hivatást kezdtem el, s most, hogy befejezem, egy üzleti vállalkozásból lépek ki” (13).

Ashley-Miller számol be arról, hogy a brit kórházak pénzügyi konzultánsai a nővérszám csökkentését javasolták, mondván, hogy úgy is elláthatók lennének az ápolási feladatok, ha a nővérek nem beszélgetnének a beteggel (14): De hát a beteggel való beszélgetés terápiás hatású!

Tapasztalataim szerint, bár a trendek világszerte azonosak, más országokban közel sem olyan ijesztő a helyzet, mint nálunk. Csehországban évek óta megszabott, hogy egy szakorvosi első vizsgálat, illetve kontrollvizsgálat ideje mennyi: a reumatológiai kontrollvizsgálat például 15 perc, s ez nem rövidíthető le semmiképpen. Megszabott a naponta ellátható betegek száma is. Ehhez persze programozott betegellátás kellene, amelyet 20 éve – szinte egyedülállóan Európában – nem tudunk megoldani.

Ajkay Zoltán megállapítja, hogy a betegtájékoztatás javításának alapfeltétele a megfelelő képzés. Ennek helyül és időpontjául a posztgraduális képzést jelöli meg, de véleményem szerint ennek a graduális képzésben van a helye. Ezt támasztja alá az Egyesült Államok egyetemei, orvoskari dékánjai ad hoc bizottságának állásfoglalása (15). Eszerint az orvoslás műveléséhez tudás, készségek, megfelelő hozzáállás és értékek ismerete egyaránt szükséges. A tudás és készségek az orvoslás természettudományos, a hozzáállás megfelelő volta, az értékek ismerete és magunkévá tétele szakmánk erkölcsi oldala. A dékánok ad hoc bizottsága rámutat, hogy az attitűd, valamint az értékek ismerete nem

megfelelő a fiatal orvosok körében, s ezek oktatására és kifejlesztésére a graduális oktatás során sokkal nagyobb teret kell szentelni. Azt gondolom, ez a mi dékánjaink számára is megszívlelendő.

Nagy az igény az egészségügyi rendszerről, annak költségeiről, az egyes eljárások hozzáférhetőségéről való megfelelő tájékoztatásra. E nélkül valódi egészségügyi reform el sem képzelhető: ehhez 20 éve ömölnie kellene a valós és hiteles információnak a médiából. Húsz éve a közép- és kelet-európai volt szocialista országok közül mi próbáltuk meg először az egészségügyünket megreformálni. Azóta Szlovénia, Csehország már megelőzött, Szlovákia és Lengyelország most előz meg bennünket.

A megfelelő betegfelvilágosítás, betegoktatás az egyes orvoson múlik, ehhez időt és kellő finanszírozást kell biztosítani, mert nemcsak gyógyszer, pénz, de az életminőség és az elvesző egészség is megtakarítható. Az írásos információ is igen jó eszköz, bár a szóbeli kétségtelenül hatékonyabb. Rendelőintézetekben – akárcsak a brit, kanadai, amerikai rendelőkben – a betegek rendelkezésére kellene állnia felvilágosító füzetek tömegének.

A beteg java a legfőbb törvény. Hippokratész mondasát és gyakorlatát komolyan kell vennünk. Mindnyájunknak tennünk kell ez ügyben: gyorsan, hatékonyan, azonnal!

dr. Bálint Géza

„Amikor pályámat elkezdtem, egy hivatást kezdtem el, s most, hogy befejezem, egy üzleti vállalkozásból lépek ki.”

IRODALOM

1. Ajkay Z. Az elégedettség kulcsa. *LAM* 2006;16(3):200-201.
2. Mofett KJ, Mannion AF. What is the value of physical therapies for back pain. *Best Pract Res Clin Rheum* 2005;19:623-38.
3. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and the knee 2000 update. *Arth Rheum* 2000;43:1905-15.
4. Jorden KM, Arden NK, Doherty M, et al. EULAR recommendations 2003 an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis report of Task Force of the standing committee for international clinical studies including therapeutical trials (ESCISIT). *Ann Rheum Dis* 2003;62:1145-55.
5. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting the health education for self-management in patients with duonic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arth Rheum* 1993;36:439-46.
6. Rimesma RP. Patient education for adults with rheumatoid arthritis (Cochrane Review) in Kirwan Terj jr. (ed.). *The Cochrane Library* tissue 2. *Chichester: Wiley; 2004.*
7. Thomas UB. General practice consultations: is there any point being positive? *Br Med J* 1987;294:1200-202.
8. Bálint M. *The Doctor, the Patient and the Illness. London: Pitman Medical Publishing Medical Publishing Co.; 1957.*
9. Blau JN. *Clinician and placebo. Lancet* 1985;i:344.
10. Wolf S. Effects of suggestions and conditioning on the action of chemical agents in human subjects – the pharmacology and placebo. *J Clin Invest* 1950;29:100.
11. Sólyom AE. The internal morality of medicine in the context of implicit religion and spirituality. *Implicit Religion* 2005;8:7-21.
12. Sólyom AE. Viewpoint: Improving the health of the public requires changes in medical education. *Acad Med* 2005;80:1089-93.
13. Cule J. The amateur medical historian. *J Roy Soc Med* 1994; 87:599-603.
14. Ashley-Miller M. *United Kingdom Issues. The Health Workforce. Power, Politics and Policy Washington DC. Association of Academic Health Centres, 1996.*
15. Ad Hoc Committee of Deans. Educating doctors to provide high quality medical care: A vision for medical education in the United States. *Washington DC.: Association of American Medical Colleges; 2001.*