

## Beteg-utak

### Az érszűkületes betegek ellátásának vizsgálata<sup>1</sup>

Megjelent: A Medvetánc 1986/4 – 1987/1 –es számában.

Utánközlés: In: Miklós, Tamás (válogatta): Medvetánc, Magyar gazdaság és szociológia a 80-as években, Budapest, Magyarország: Minerva, (1988) pp. 270-291.

Magyarország az egészségügyi ellátás színvonalának jellemzésére használt mutatók alapján az európai országok között előkelő helyet foglal el. (Magas a százezer lakosra jutó kórházi ágyak száma és a tízezer lakosra jutó orvosok száma.) Viszont a lakosság egészségi állapotának bemutatására használt mutatókat vizsgálva, az utolsó helyeket foglaljuk el az európai rangsorban. (Elég a magas csecsemőhalandóságra, a csökkenő várható élettartamra vagy a középkorú férfiak magas halandóságára gondolnunk.)

Az adatokból kitűnő ellentmondást általában a lakosság egészségtelen életmódjával, rossz szokásaival szokták magyarázni.<sup>1</sup> (Ezeket is lehet különböző nemzetközi összehasonlításból vett adatokkal igazolni.) Ebben a tanulmányban — nem vitatva, hogy az egészségtelen életmód hozzájárul a rossz összkép kialakulásához — azt vizsgáltuk meg, hogy az egészségügy hogyan készül fel a betegek ellátására; elegendő-e a jelenlegi helyzet javulását egyedül a lakosság életmód-változtatásától várni, vagy vannak még olyan lehetőségek, amelyek kihasználásával az egészségügy is hozzájárulhat a népesség egészségi állapotának javulásához.

Úgy gondoltuk, hogy az egészségügyi rendszer működéséről pontosabb képet kaphatunk, ha az ismert mutatók elemzése helyett azt vizsgáljuk meg, *mi történik az orvoshoz forduló betegekkel*; a gyógyulni vágyó betegek hogyan találják meg az őket gyógyítani tudó orvosokat; hogyan segít nekik ebben a jelenlegi egészségügyi rendszer (milyen utakat kínál); a hivatalos utakon járva a beteg milyen gyorsan jut el a megfelelő helyre; milyen eltérések vannak a hivatalos utaktól, és a betegek miért veszik igénybe ezeket.

A kérdésekre a beteg-út elemző módszer segítségével kerestük a választ, amelynek lényege, hogy *azonos* betegségben szenvedő betegek útját vizsgáljuk meg az első orvoshoz fordulástól kezdve. Az utak összehasonlíthatóságához feltétlenül szükséges, hogy azonos betegséggel kezelt betegek útját kíséreljük végig, hiszen minden betegségnél más és más lehet a betegút. Így viszont megtudhatjuk, hogy a *betegségen kívül* milyen tényezők befolyásolják a beteg- utakat. A beteg-utakat a betegekkel készített interjúk alapján rajzoltuk fel.

A betegség kiválasztásánál a következő szempontokat vettük figyelembe:

— a betegek nagy része — a progresszív betegellátás elve szerint — megfordul az egészségügyi intézmények három szintjén (körzet, szakrendelő, kórház);

— a gyógyítási lehetőségek különbözőek;

— lehetőleg egyértelműen diagnosztizálható betegség legyen.

Orvosokkal folytatott beszélgetések után az *érszűkületes betegség* mellett döntöttünk.

---

<sup>1</sup> Ez a cikk az MTA Szociológiai Kutató Intézetében folytatott „Hosszú távú Szociálpolitikai Konceptió Kidolgozása” című főirány keretében végzett „Beteg-út elemző” vizsgálat zárótanulmányának rövidített változata.

A felsorolt szempontokon kívül e betegség vizsgálata mellett szól az is, hogy a hazai halálozási statisztika élén a szív- és érrendszeri betegségek állnak, az éves halálozásnak több mint felét okozzák.

Ez az arány Magyarországon évről évre nő, miközben néhány fejlett tőkés országban hosszú ideig tartó növekedés után csökkenni kezdett a szív- és érrendszeri betegségben meghaltak aránya az összhalandóságon belül.

A vizsgálatban krónikus érszűkületes betegek útját elemeztük, akiknek a lába volt érszűkületes. Az érszűkületes betegségek legnagyobb részét, közel 80 százalékát érelmeszesedés okozza.<sup>2</sup> „Nagyon fontos tudni, hogy nem egy végtag, nem egy bal- vagy egy jobb-, akárcsak a két láb ereiről van szó. Az érelmeszesedés *a szervezet egészét érintő kór*. A felső végtagokon kevésbé mutatkozik, inkább ott, ahol terhelve van, a leggyakrabban az alsó végtagokon kezdődik. Az érelmeszesedés az érrendszernek egy-egy pontján okoz bajokat. Ezek részben a szív koszorús erei, részben az agyban menő erek, részben pedig a hasi üregben lévő főütőerek, amelyek az alsó végtagokat látják el vérrel.” (Dr. Dohanics Sándor)

A lábon jelentkező érszűkület nem halálos betegség, de ezeknek a betegeknek a gyógyításával elérhető lenne, hogy közülük kevesebben váljanak rokkanttá, mozgáskorlátozottá és csökkenthető lenne — ha a panaszokat korai stádiumban felismernék — a szívinfarktusból meghaltak száma. Hiszen „közismert és több epidemiológiai vizsgálat által alátámasztott tény, hogy az alsóvégtagi és agyi érbetegségben szenvedők többsége myocardialis infarctusban hal meg”.<sup>3</sup> (Dr. Farkas Péter) A betegségről — a beteg-utak elemzése előtt — még annyit érdemes megjegyezni, hogy „az esetek többségében lassan, évek alatt fejlődik ki. Így mód van arra, hogy a szervezetben egyébként is meglévő mellékerek teljesítőképessége megnövekedjen, s ezáltal képessé váljanak arra, hogy a szűkült ér feladatainak egy részét ellássák. Ezért nagyon fontos, *hogy a betegség milyen fázisában kerül orvoshoz a beteg. Ez mindenképpen érdekes a betegség lefolyásának a fékezésében, a betegség további gyógyításában.*”<sup>4</sup> (Dr. Dohanics Sándor)

### **Érszűkületes betegek kezelésénél alkalmazott terápiák**

A beteg-utak vizsgálatához nemcsak a betegséget, de a gyógyítási lehetőségeket is meg kell ismernünk, s azt is, hogy a különböző terápiás lehetőségekhez milyen könnyen vagy nehezen lehet hozzájutni, hol vannak kiépített gyors utak és hol „útszűkületek”. Az idült verőérelzáródásban szenvedő betegek gyógyítására többfajta terápiát is alkalmaznak az orvosok. Ezek hatékonyságáról, alkalmazási lehetőségeiről szakmai körökben vita folyik.

A terápiás tevékenységek közül a betegek számára a belgyógyászati terápiák (az értorna és a gyógyszeres kezelés) a legkevésbé megterhelőek. Egy idő után az érbetegek egy részénél sor kerül sebészeti beavatkozásra is. Ezek közé tartozik az aránylag egyszerű műtétnek számító szimpatektómia, a komoly szakmai felkészültségeket igénylő érrekonstrukciós műtétek, s végül a legdrasztikusabb megoldás, amikor a beteg lábát az eddig említett gyógymódok egyikével sem lehet megmenteni: az amputáció.

Az utóbbi években — a belgyógyászati és sebészeti terápiák mellett — egy új eljárás, a transluminális angioplastica segítségével is enyhíteni lehet a betegek panaszait. Az eddig csak diagnosztikai tevékenységhez használt katéterek segítségével átjárhatóvá lehet tenni az elzáródást, és tágítani a szűkült ereket.

Magyarországon a *belgyógyászok* nem szakosodtak az érbetegségek ellátására, ezért a nagyon energia- és időigényes, de hatásos értornát szinte sehol sem alkalmazzák. A gyógyszeres kezelést pedig — néhány kivételtől eltekintve — sebészek alkalmazzák, belgyógyászati kontroll nélkül. A gyógyszeres terápiák sikertelenségéhez az is hozzájárul, hogy Magyarországon gyakran értágító gyógyszereket használnak az orvosok, ezek azonban inkább ártanak, mint használnak a betegeknek. (Az érelmeszesedett, szűkült érszakaszokat nem tudják tágítani. Hatásukra a rugalmas erek tágulnak, így arra a testrésze több vér jut, s a szűkült szakaszra pedig még az eddiginél is kevesebb.)<sup>5</sup>

Néhány belgyógyásznak hosszú évekig tartó kezelés után, megfelelő gyógyszerek szakszerű alkalmazásával, sikerül elérnie, hogy műtéti beavatkozás nélkül is javuljon betegek állapota, s elkerüljék a műtéteket.

*A sebészeti terápiákat* szélesebb körben alkalmazzák. A sebészetnek — több éves küzdelem után — alakult egy új ága, az érsebészet, amely az érszűkületes betegek ellátásával foglalkozik.

„A hazai érsebészet lelkes szakemberek spontán kezdeményezéséből keletkezett, egységes koncepció s központi irányítás nélkül, sok helyen a helyi vezetés nem titkolt ellenzése közepette. A spontaneitás káros következménye volt azonban, hogy ez a fejlődés mind a végzett munka volumenében, mind a *műtétek minőségét tekintve rendkívül heterogén*. (Kiemelés tőlem: *Antal Z. L.*) Vannak az országban érsebészetileg viszonylag jól ellátott területek, de vannak megyéni foltok is, ahol az érsebészet kezdeményei sem fedezhetők fel.”<sup>6</sup> (Dr. Papp Sándor)

Az érsebészeti műtétek — amelyek során átjárhatóvá teszik a szűkült vagy elzáródott érszakaszt, vagy új ér beültetésével javítják meg a vérellátást — sok beteg panaszait enyhítették már.

Az eljárás rendkívül költséges (egy műtét ára 10 és 70 ezer forint között mozog), és ez igen komoly akadályt jelent a széles körű alkalmazás elterjedésében. Ma körülbelül negyven sebész tudja ezeket a bonyolult műtéteket elvégezni. Ez is hozzájárul ahhoz, hogy Magyarországon évente körülbelül kétezer-ötszáz érrekonstrukciós műtétet végeznek, miközben ennek több mint négyszeresére lenne szükség.<sup>7</sup> (Dr. Papp Sándor)

Az ennél sokkal egyszerűbb és olcsóbb szimpatektómia műtétet majdnem minden sebészeti osztályon alkalmazzák. Évente körülbelül kétezer szimpatektómia műtétet végeznek az országban. A betegek nagy része a műtét után újból jelentkezik panaszaival az őt kezelő orvosnál.<sup>8</sup>

A betegek gyógyításához felhasználható új módszert — a transluminális angioplasticát —, amely a betegek számára bármelyik műtéti eljáráshoz képest csekélyebb megterhelést jelent,<sup>9</sup> s melynek költsége a drága érsebészeti műtétekhez képest minimális, Magyarországon alig alkalmazzák.

Pedig ezzel a módszerrel egy hiányszakma, a radiológia képviselői is gyógyítási lehetőséghez jutnának, amely a szakma vonzerejét növelhetné. Mindezek ellenére évente körülbelül száz-százötven ilyen jellegű beavatkozásra kerül sor, miközben több ezer ellátatlan beteg vár gyógykezelésre.

Ha az eddig említett terápiák sikertelenek voltak — vagy meg sem próbálták azokat —, egy idő után amputálják az érszűkületes beteg lábát. Jelenleg ez a leggyakrabban alkalmazott beavatkozás érszűkületes betegeknek! Ma, Magyarországon az amputációk mintegy háromnegyed részére érbetegség miatt kerül sor!

Bár egy miniszteri rendelet szerint az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetnek jelenteni kellene minden amputációt, ez nem történik meg, így az évente elvégzett amputációk számáról csak becsült adatok állnak rendelkezésünkre. Ezek szerint évente körülbelül háromezer amputációt végeznek érbetegség miatt, s ez a szám évről évre nő.<sup>10</sup> (Kullmann—Nóvák)

Az amputációval kapcsolatban sincs egységes állásfoglalás az orvosok között. Itt is rengeteg az egymásnak ellentmondó vélemény, ezt a szakirodalomban is figyelemmel lehet kísérni. S bár a sebészek szerint ez aránylag egyszerű műtétnek számít, mégis rendkívül sok a rosszul elvégzett amputáció, amiről meglepő módon a szakirodalomban is olvashatunk. A nem jól végrehajtott amputációkról főleg a rehabilitációval foglalkozó orvosok számolnak be, akik: a rosszul elvégzett műtétek miatt nem tudják művétaggal ellátni a betegeket, vagy a rosszul megválasztott műtéti magasság miatt a rehabilitációs munkájuk sokkal nehezebb.

Az egyik ilyen vitatott kérdés az amputáció magasságának megválasztása. „Az alsóvégtag-amputáltak rehabilitációjának sikere alapvetően a térdízület megtarthatóságán múlik. Ez elsősorban az orvosi rehabilitációra érvényes. Művétaggal ellátott lábszáramputáltak energiafogyasztása normál járáskor mintegy tíz százalékkal emelkedik, a combamputáltaké viszont több mint hatvan százalékkal. Mint saját anyagunkból is kitűnik, a térd alatt amputáltak még az érbetegek csoportjában is csaknem valamennyien elláthatók művétaggal. Combamputáltak között ez az arány lényegesen rosszabb. Elszomorító ezek alapján, hogy külföldi eredményekkel összehasonlítva milyen kevés nálunk a térd alatt amputált.”<sup>11</sup> (Dr. Kullmann Lajos) A tanulmányban közölt táblázat szerint külföldön az amputált betegek között a lábszáramputáltak (térd alatt amputáltak) aránya körülbelül ötven-hatvan százalék, Magyarországon pedig körülbelül húsz százalék. „További problémát jelent a lábszárcsonkoltakon szükséges reamputációk, csonkkorrekciók nagy száma. Ennek egyik gyakori oka a túl hosszú lábszárcsonk. A hosszú csonkok előbb vagy utóbb biztosan problematikusá teszik a protézisellátást... A lábszárcsonkok még számtalan más ok miatt is kényes művétag-készítési feladatot jelentenek (túl rövid csonk, bőr alatt kiálló csontvég, nem megfelelő csonkizomzat, heges, többször plasztikai műtétekre került borfelület stb.)”<sup>12</sup> (Kullmann—Nóvák)

Az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben dolgozó szerzők tanulmányuk végén az orvosi szakirodalomban szokatlanul éles hangon foglalják össze tapasztalataikat: „Az amputációkat végző osztályoknak meg kellene ismerniök a lábszáramputáció helyes technikáját.”<sup>13</sup> (Kullmann—Nóvák)

\*

Az érszűkületes betegeket többfajta módon is lehet kezelni, megszabadítani fájdalmaiktól és megmenteni az amputációtól. Ennek ellenére a belgyógyászoknak és a radiológusoknak kevés szerep jut a betegek ellátásában. Az Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója szerint is: „A verőérbetegek sorsát érsebészek irányítják.”<sup>14</sup>

Az orvosokkal készített interjúkból az derült ki, hogy a különböző szakterületek képviselőiből álló team tudná leghatékonyabban kezelni ezeket a betegeket. De az együttműködés helyett inkább viták, ellentétek vannak az érszűkületes betegeket kezelő orvosok között. Az orvosok közti ellentétekről a közvélemény is értesült, a transluminális angioplastica elterjesztését nehezítő körülmények bemutatásáról készített tv-műsorokból.<sup>15, 16</sup>

A radiológusoknak az érsebészeknél (akiknek nehéz küzdelmek árán, de sikerült elérniük, hogy önálló szaknak ismerjék el őket) is nagyobb ellenállást kell legyőzniük, hogy gyógyítási lehetőséghez jussanak. Bármilyen hatékonyan tudnak is dolgozni, az új gyógymód elterjedése nagyon lassú. Nekik most azokkal az *érsebészekkel* is meg kell küzdeniük a terápiás lehetőségek alkalmazásáért, akik korábban hasonló helyzetben voltak, de nehezen kiharcolt monopolhelyzetüket szeretnék megőrizni. Bármilyen sikeresen alkalmazzák is ezt az olcsó módszert a radiológusok, az érsebészek ritkán küldenek betegeket hozzájuk, amiben a szakmai rivalizáláson kívül anyagi motívumok is komoly szerepet játszanak. Hiszen a rendkívül alacsony orvosi fizetések mellett nem mindegy, hogy a betegek kinek fejezik ki „hálájukat”.

## **A beteg-utak bemutatása**

Ezek után vizsgáljuk meg, hogy a *betegek milyen utakon járnak*, hogyan jutnak el a rajtuk segíteni tudó szakorvoshoz. Azokon az utakon járnak-e, amelyeket az egészségügy a progresszív betegellátás elve alapján kínál számukra, s ha igen, milyen esélyeik vannak arra, hogy eljussanak az út egyik fontos állomására, az érsebészetre? Ha pedig nem a kijelölt utakat használják, ennek mi az oka, milyen más utak léteznek, s ezeken kik járnak?

A beteg-utak megismeréséhez interjúkat készítettünk az út egy részét már megtett betegekkel. Az ország legjobban felszerelt, legtöbb beteget ellátó „csúcs” intézményében, az Ér- és Szívsebészeti Intézetben és egy megyei szintű ellátást nyújtó kórházban, a Szabolcs-Szatmár megyei „Jósa

András" Kórház-Rendelőintézetben kezelt betegek közül választottunk ki 41, illetve 58 főt, akiket kórházból már hazaengedtek.<sup>17</sup> A betegeket *lakásukon* kerestük fel, s arra kértük őket, hogy meséljék el betegségük történetét az első panaszok jelentkezésétől kezdve, egészen az interjú elkészítésének napjáig.

A vizsgálat közben derült ki, hogy a betegek kiválasztásánál olyan hipotézisünk volt, amely nem igazolódott be. Arra gondoltunk, hogy ha érsebészetben ápoltak közül választjuk ki a betegeket, akkor az összes lehetséges beteg-útról képet fogunk kapni, hiszen előbb-utóbb minden érszűkületes beteg eljut az érsebészetre. (Kivéve azt a néhány beteget, akiket a belgyógyászok eredményesen kezeltek.) Tévedtünk. Az érszűkületes betegek egy része — számuk ismeretlen —, sose kerül érsebészetre. Érsebészekkel és betegekkel készített interjúkból megtudtuk, érszűkületes betegek érsebészeti vizsgálatok nélkül is (amelyek segítségével ki lehetne deríteni, hogy megmenthető-e a beteg lába vagy sem) végeznek amputációt.

A beteg-út első szakasza

Az út első szakasza — definíciónk szerint — az első orvoshoz fordulástól addig tart, amíg a beteg ér-szakorvoshoz nem kerül. (Ha a Városmajoron, illetve Sóstón kívül máshova jut, akkor is véget ér az út első szakasza.) Az út második szakasza az interjú elkészítéséig tart.

Az első orvoshoz fordulás

Az orvoshoz fordulást vizsgálva, két teljesen eltérő jellegű betegmagatartással találkoztunk. A betegek közel fele az első tünetek jelentkezése után néhány nappal már orvoshoz fordult. Betegtársaik másik része viszont egy-két évet is küszködött betegségével, míg végre rászánta magát arra, hogy megmutassa orvosnak fájó lábát. Mindössze hat olyan beteg került a mintába, akik ezzel néhány hónapot vártak. Részben miattuk, részben pedig azért, mert valahol meg kell húzni a határt, választottuk a hat hónapos elválasztást, ami ténylegesen két szélsőséges időpontválasztást takar.

A gyógyuláshoz vezető út megtalálásához azonban a helyes diagnózisra is szükség van, hiszen enélkül nem lehet a megfelelő terápiát alkalmazni. Az orvoshoz forduló betegeknek azt kellett tapasztalniuk, hogy elég nehéz feladat elé állították az őket vizsgáló orvosokat. Az első orvoshoz fordulás alkalmával a 41 Városmajorban járt beteg közül 22-nél, a Sóstón kezelt 58 beteg közül 35-nél az orvosok nem ismerték fel a betegséget! Minél „magasabb szinten” kezdte a beteg az utat, annál nagyobb esélye volt arra, hogy *felismerik a betegséget*, de a diagnózis megállapítása néha a klinikákon dolgozó orvosoknak is problémát okozott.

„- 1975-ben vettem észre, hogy fáj a lábam, és bizonyos út megtétele után lenehezdek, lezsibbad a lábam, nem tudok tovább menni. Akkor átmentem a Sebészeti Klinikára. Ott azt mondták, hogy nem sebészeti dolog, menjek át az ideggyógyászatra. Ott különböző vizsgálatokat végeztek. A lábamra csatoltak különböző dolgokat, Akkor ugyanazokkal a készülékekkel, csak nem fekvő, hanem menni kellett, csináltak teljes röntgent, végig az egész testemről; semmit nem találtak. Visszatérve a munkahelyemre, összetalálkoztam az egyik tanárséggeddel, aki szülész és nőgyógyász, ő adott nekem egy papírt, hogy menjek el a belgyógyászati klinikára. Ott megcsinálták az oszcillométeres vizsgálatot, és közölték, hogy a bal lábamon egyáltalán nem púgál a vér, a másikon pedig 0,2. Javasolta, hogy menjek el az Érsebészeti Klinikára vizsgálatra. Tekintettel arra, hogy ezt itt a belklinikán mondták, én átmentem az idegklinikára, mert valami lelet kellett, és akkor ott az egyik orvos azt mondta, hogy váljak még egy pillanatra, előkerít egy oszcillométert. Egy fél óráig kereste, amíg megtalálta. Megmérte, ugyanazt mondta, amit a belgyógyászatban. Rettentően örült, hogy megvan a diagnózis. Előtte vagy három hétig jártam oda. Mondták, hogy menjek az Érsebészeti Klinikára.” (60 éves, gépíró a II. sz. Szülészeti-nőgyógyászati Klinikán, Bp.)

Ha a beteg késve fordult orvoshoz, nagyobb arányban ismerték fel a betegséget (valószínűleg az egyértelműbb panaszok és a már üszkösödő láb láttán). Főleg a Szabolcs-Szatmár megyei körzeti orvosoknál figyelhető meg lényeges eltérés a helyes diagnózis felállításában. A gyorsan orvoshoz forduló betegek közül körülbelül minden ötödiknél helyes a diagnózis, a késve orvoshoz fordulónál már több mint a felénél. De a késve orvoshoz forduló betegeknek sem mindig ismerik fel a betegséget. Részlet egy lábát közel két éve fájó, és orvoshoz nem forduló beteggel készített interjúból:

„Nap mint nap ápolni kellett a lábam, de én nem tulajdonítottam ennek különösebb valamit. Elég az hozzá, hogy mondom, amikor Szoboszlóról hazajöttem, három lábam-ujja lefeketedett.

— Mennyit tudott akkor menni?

— Hát nem sokat. Mondjam azt, hogy itt van hozzánk a daráló ötszáz méterre. Nahát, nekem legalább négyszer-öttször meg kellett állni, míg azt a félzsák tengerit eltoltam, meg hazahoztam. Oszk nem tudtam, hogy mi a baj. Itt mind a kettő: hol a görcs húzza, hol fáj. Na, amikor ez nekem lefeketedett, elmentem az orvoshoz. Szóval ezt merem mondani, hogy nem tudta, hogy mi az.

— Mít mondott az orvos?

— Ő azt kérdezte, hogy nem lehetett ez magának megfagyva? Na, hát ő mondta más nyelven is, vagy latinul, hogy lehet ez is, az is. Írt fel gyógyszert is, de nem arról van szó. Mert, mondjuk, az a gyógyszer nem sokat használt. Mert, amikor a harmadik lábujjamon kigyúlt, akkor beutalt a bőrgyógyászatra.” (59 éves férfi, gyümölcskertész, Gávavencsellő, Szabolcs-Szatmár m.)

A beteg-út kezdetének megválasztásában elég nagy különbségek vannak a Budapesten és a Nyíregyházán kezelt betegek között. Az összes, Városmajorban kezelt — az ország egész területéről idekerült — betegek hatvanhárom százaléka (26 fő) betegségével először a körzeti orvost kereste meg (a budapestieknek csak a fele). A Sóstón kezelt betegek-útja nagyobb arányban kezdődik a körzeti orvosnál. Hetvenhét százalékuk (45 fő) oda fordult először.

Az alapellátást megkerülő betegek ezt hivatalos úton is meg tudták tenni, hiszen például a sebészeti szakrendelőket mindenki felkeresheti beutaló nélkül is. Találkoztunk olyan betegekkel, akik szintén nem kerestek különutakat, hanem az egészségügy által felkínált lehetőségekkel élve hagyhatták ki a körzeti orvost. Ezt úgy teheték meg, hogy *más betegséggel* már szakrendelőben vagy kórházban kezelték őket, s itt megemlítették, hogy a kezelt betegségükön kívül fáj a lábuk is. (Ilyen indulás a szabolcs-szatmári betegek között fordult elő gyakrabban.)

A Budapesten és környékén lakó betegek általában *egészségügyben dolgozó rokonaik, ismerőseik* segítségével kerültek — már az első orvoshoz forduláskor — az egészségügyi ellátás magasabb szintjeire.

Az érszűkületes betegek a pontos diagnózis hiányában is előrébb juthatnak a gyógyuláshoz vezető úton, ha az őket vizsgáló orvos továbbküldi őket. A betegeknek még akkor is jobb az esélyei a gyógyulásra, ha nem a belgyógyászatra vagy sebészetre utalják őket, hanem — ez gyakran előfordult — reuma szakrendelésre, orthopediára vagy bőrgyógyászatra. Hiszen így több orvos látja a betegeket, és nagyobb a valószínűsége annak, hogy közülük valaki felismeri az érszűkületet.

Nézzük meg, hogy az első orvoshoz fordulás után mi történik a beteggel. Négy eltérő lehetőséget különböztetünk meg, s a beteg-utak tipizálásánál ezt a szempontot is fel fogjuk használni. Az eddig alkalmazott dichotómiát (felismerték-e a betegséget vagy sem) egy újabb dichotóm változóval bővítjük: továbbküldte-e az orvos a betegét vagy sem. (A megkérdezett betegek közül senki sem fordult érspecialistához az első alkalommal.)

Ha továbbküldte betegét (mindegy, hogy milyen szakrendelésre), akkor véleményünk szerint a beteg „közelebb került” a betegségét kezelni tudó orvosokhoz. Ha az orvos nem küldi tovább betegét — ez leggyakrabban akkor fordul elő, ha valamilyen téves diagnózist állapít meg, s ezzel kezeli betegét, vagy úgy véli, hogy szimulál a beteg, és kezelés nélkül elküldi —, akkor a beteg elakad a gyógyuláshoz vezető úton, s a késéssel csökkennek gyógyulási esélyei. A Városmajorban kezelték között 7, a Sóstón kezelték között 22 ilyen beteg volt. Öt esetben fordult elő, hogy a helyes diagnózis felállítása után a beteget először látó orvos nem küldte tovább betegét, hanem gyógyszerekkel próbálkozott. Egy idő után — amikor állapotuk rosszabbodott — a kezelő orvos ezeket a betegeket is továbbküldte.

Az interjúkból az derült ki, hogy az alapszintet kihagyó betegnek jobb az esélyei az út gyors folytatására, de azért — mint látni fogjuk — ezeken az utakon is elakadhatnak a betegek.

Az érsebészethez vezető utak

Az útnak ezt a szakaszát a betegek nagyon eltérő módon és különböző idő alatt tették meg. A betegek egy része rövid időn belül eljutott a Városmajorba, illetve Sóstóra. A legszerencsésebb betegeknek ehhez csak nagyon rövid időre volt szükségük, mert a *körzeti orvosuk* azonnal a kórház érsebészeti osztályára utalta őket. Az Ér- és Szívsebészeti Klinikán az egész országból fogadnak betegeket, s minden körzeti orvos azonnal ide küldhetné betegét. (De ezt nem tudja minden körzeti orvos.) Sőt, a klinikán minden beteget (azokat is, akik beutaló nélkül érkeztek) meg kell vizsgálni, senkit sem küldhetnek el. (Ezt viszont a betegek nem tudják.)

„1981 nyarán vettem észre, hogy a jobb lábamban az alsó lábszáramban nagyon fáj az izom. Akkor elmentem a körzeti doktornőhöz, aki abszolút mindenre képes tényleg. Mindjárt megvizsgált és rögtön mindjárt mondta, hogy: Karola, érszűkületről van szó, és menjen az Érsebészeti Klinikára.

— Nem is ide a tatabányai kórházba?

— Nem, nem, menjen az Érsebészeti Klinikára.

— És adott egy beutalót is?

— Nem, nem adott, oda nem beutalóval kell menni, oda csak beutaló nélkül lehet menni." (60 éves nő, könyvelő, Tatabánya, Komárom m.)

Több beteg, kizárólag hivatalos úton járva, segítség nélkül, rövid kitérőkkel szintén eljutott az érsebészetre. Ők azért jutottak el aránylag gyorsan a beteg-út első szakaszának végére, mert a szakrendelőben vagy felismerték betegségüket, vagy pontos diagnózis hiányában nem kezelték, hanem továbbküldték őket. Addig jártak a különböző szakrendelésekre, amíg valahol felismerték a betegségüket, s azután az érsebészetre irányították őket.

„Január 14-én mentem be vizsgálatra. Akkor már fáj a lábam. Először ide, a körzeti orvoshoz. A körzeti orvos beküldött a szakrendelőbe, a Dózsa György útra. Először a reumán voltam. Onnan az ideggyógyászatra küldtek, majd innen az érsebészetre." (54 éves férfi, targoncavezető, Bp.)

Néhány beteg a hivatalos úton elakadt, nem haladt előre az érsebészetre vezető úton, de némi késéssel, a hivatalos úton maradva, ők is elindulhattak. A körzeti orvosoknál elakadt betegeknek néha az segített, hogy új körzeti orvos került a lakóhelyükre, s az új orvos szakrendelésre küldte őket. De olykor az egészségügyben működő „ellenőrök”, a *felülvizsgáló orvosok* is egyengették a betegek gyógyulásához vezető utat.

„Ötven-hatvan métert ha mentem, már nagyon fájt, elzsibbadt, meg kellett állnom. Úgy rángatta a görcs, hogy csuda. Azután elmentem orvoshoz. Pár hétig itthon voltam, gyógyszert szedtem, Prodectint, Halidort, meg mit tudom én, mit. Majd azután a felülvizsgáló orvosnő beutalt a kórházba." (64 éves mg. fiz., Tiszavasvári, Szabolcs-Szatmár m.)

A legtöbb beteg útját a szakrendelőkben lassították. Téves diagnózisokkal hosszú ideig kezelték betegeiket. Ebben valószínűleg szerepet játszott a körzeti orvos feltételezett diagnózisa, amelyet nem ellenőriztek elég alaposan a terápiák elkezdése előtt. Csak a terápiák sikertelensége és a beteg állapotának romlása után küldték tovább betegeiket, ha továbbküldték egyáltalán.

A beteg-úton elakadt betegek nem mindegyike vár — olykor éveket — arra, hogy az orvosok felismerjék a betegségét. Megpróbálnak segíteni magukon. Ezt többféleképpen is megtehetik. Néhányan a körzeti orvos sikertelen próbálkozásai után kierőszakolták a beutalást.

„81 őszén olyan tünetekkel jelentkezett ez nálam, hogy fáradékony lettem. És fizikailag nem bírtam a járást se, és a fizikai képességem rohamosan csökkent. Ősszel elmentem orvoshoz. Akkor, sajnos, kezeltek engem izülettel. A körzeti orvos nem adott beutalót, megpróbált izülettel kezelni. Injekcióztak. Úgy, hogy én annyira lerobbantam, hogy el sem tudtam járni a körzetihez, ő jött ki ide. Felszedtem egy pár injekciókúrát és éreztem, hogy ez nem használ. És még egy kúrát kellett volna fölszednem őszerte, s akkor aztán már azt mondtam, hogy nem egy kúrát, hanem egy injekciót sem veszek be. Valamilyen szakrendelésre küldjön be engemet, mert érzem, hogy nem javulás, hanem rosszabbodás állt be nálam." (58 éves férfi, kubikos, Tiszatelek.)

Előfordul, hogy a betegek maguk ismerik fel a betegségüket (ehhez gyakran rokonoktól, barátoktól vagy ismerősöktől kapnak segítséget), s olyan betegekkel is találkoztunk, akik a tévében látott vagy a rádióban hallott felvilágosító műsorok után gondoltak arra, hogy nekik is érszükületük lehet. A betegség felismerése (vagy feltételezése) után néhányan a kezelő orvosnak mondták el gyanújukat, és továbbra is a hivatalos úton maradtak.

„A tévében az érszükületi betegségről tartott egy orvos előadást. Ezt csak a feleségem hallotta. És mondta a feleségem, hogy úgy mondta el, ahogy én panaszkodtam, hogy nem bírok menni. Hogy nagyon fáj a lábam. És akkor mondta a feleségem, hogy nemhogy mennék orvoshoz, mert ez több mint valószínű, hogy érszükület.

Hát mondom, hányszor voltam már kivizsgáláson, sőt, már a reumaosztályon is kezeltek. 70-től minden második évben befektettek a reumaosztályra. És akkor egy hónapig a gerincemet, csigolyámat kezelik. Meg súlyfürdő, meg a lábamat sugarazzák. És akkor a műsor után visszamentem a reumatológiai főorvoshoz. Akkor ő mondta a javaslatot, hogy jelentkezsek kivizsgálásra. Sőt, még a beutalómra rá is írt, hogy lássa az érsebészet." (58 éves férfi, növénytermesztő, Kótaj, Szabolcs-Szatmár m.)

Mások az érszükület felismerése után letértek a hivatalos útról, s olyan orvosokat *kerestek*, akik ezt a betegséget gyógyítani tudják.

„1978-ban jelentkeztem a körzeti orvosomnál, hogy nagyon tájnak a lábaim. De akkor sem vett betegállományba, hanem adott valami fájdalomcsillapítót, és tovább jártam munkába. És csak fájt a lábam, csak fájt, úgy, hogy már alig bírtam menni. Akkor még jártam a klubba, és ott a nyugdíjasok mondták, hogy »próbáld meg Pesten, hátha érszükületed van, vagy valami«. — És akkor jelentkeztem Pesten a Városmajor Klinikán." (52 éves férfi, bányász, Tatabánya.)

A megkérdezett betegek tíz százalékánál nem az orvos ismerte fel az érszükületet. Ezeknek a betegeknek az útja ezután gyorsan, most már kitérő nélkül vezetett az érsebészetre.

Azok a betegek is megpróbálták segíteni magukon, akik nem ismerték fel a betegségüket. Miután a hivatalos úton nem jutottak tovább, magánúton próbáltak olyan orvost keresni, aki segíteni tud rajtuk.

„Először elmentem a körzeti orvoshoz, elküldött az ortopédiára, adtak egy lúdtalpbetétet. Mondanom se kell, hogy lúdtalpam nincsen, de attól függetlenül én ezt hordtam. De a fájdalom nem szűnt és azt mondta az ottani orvos, hogy akkor menjek vissza. Visszamentem hozzá, és ő azt mondta, hogy nem fáj nekem a lábam, csak nem akarok dolgozni. Mondom neki, hogy nem a munkával van bajom, mert pénztáros voltam, ülőmunkát végeztem lényegében, de hát 12-től 2-ig mozognom kellett. Aztán még a reumára is elküldtek, onnan küldtek sugárra. Azzal olyan kínom volt, hogy azt hittem, ki sem bírom. Úgyhogy aztán abbahagytam, nem mentem, egész 81 áprilisig. Két évig taxival jártam hazafelé és a munkába is, mert végképp nem bírtam gyalog járni. Végül egy nem szakember, egy nőgyógyászhoz — az édesanyám ismeri — mentünk el. Ő átküldött egy belgyógyászhoz, ő vette észre. Műszerrel megnéztet. De akkor már a jobb lábamon a nagyujj kék volt." (45 éves pénztáros, Nyíregyháza.)

## Beteg-út típusok

Az eddig ismertetett út-lehetőségek figyelembevételével csoportosítottuk a beteg-utakat. A csoportosításhoz az általunk legfontosabbnak tartott két szempontot használtuk fel.

Az egyik, a már néhányszor említett szempont: *a mielőbbi szakorvoshoz jutás*. A betegeket eszerint két csoportba osztottuk:

1) A beteg „gyorsan eljutott” az érsebészetre. Ide soroltuk azokat a betegeket is, akiknél a diagnózist nem ismerték fel az orvoshoz fordulás idején, de a beteg más orvosok közreműködésével gyorsan eljutott az érsebészetre.

2) A beteg „lassan halad” a gyógyításhoz vezető úton. Azokat a betegeket soroltuk ide, akik a beteg-úton valahol egy ideig (legalább fél évig) elakadtak. Erre vagy azért került sor, mert a betegséget nem ismerték fel idejében, vagy azért, mert a helyes diagnózis ismeretében a betegeket nem küldték érspecialistához.

A másik csoportosítási szempontunk *a betegek útválasztásával* függ össze. E szerint is két csoportra osztottuk a betegeket.

1) Az egyik csoportba az egészségügyi rendszer által kínált hivatalos úton járó betegek kerültek, akik az út során sohasem tértek le arról.<sup>18</sup>

2) A másik csoportba azok kerültek, akik vagy már az indulásnál, vagy az út bármely szakaszán letértek a hivatalos útról, s magánúton kerestek orvost. Ide soroltuk azokat a betegeket is, akik olyan kezelési kiváltságokat élveznek, amelyekhez nem férhet mindenki hozzá. Ide kerültek honvédségi, párt- vagy sportkórházban kezelt betegek („hivatalos magánutak”).

Ezek alapján a következő út-típusokat különböztettük meg:

I. A beteg hivatalos úton, gyorsan érsebészeti osztályra kerül (Városmajorban 11, Sóstón 25 beteg).

II. A beteg hivatalos úton indul, különböző szinteken elakad, nem keres külön utakat, lassan jut el az érsebészetre (11, ill. 17 fő).

III. A beteg már az első orvoshoz forduláskor magánúton indul el. Gyorsan eljut az érsebészetre. (6, ill. 5 fő).

IV. A beteg magánúton indul, de lassan halad előre; végül azonban eljut az érsebészetre (4, ill. 3 fő).

V. A beteg hivatalos úton indult el. Ezen nem jut előre, ezért magánúton próbálkozik. Közülük néhányan visszatérnek a hivatalos útra, és úgy jutnak el — lassan — az érsebészetre (9, ill. 8 fő).

VI. A beteg se hivatalos se magánúton nem jut előrébb (kimaradtak a mintából).

Az egyes utak részletes bemutatására nincs minden esetben szükség, hiszen az előző fejezetben olvashattunk részleteket olyan interjúkból, amelyeket a különböző típusú utakon járó betegekkel készítettünk.<sup>19</sup>

A III. típusú utat választó (magánúton induló) betegek többségének *családjában* van egészségügyi dolgozó.

„Előrebocsátom, hogy nekem a feleségem körzeti nővér, tehát egészségügyi vonalon dolgozik a IX. kerületi rendelőben. Említettem a feleségemnek, hogy táj a lábam. Ő mondta, hogy biztos valamilyen érrendszeri probléma lehet. És akkor ő szerzett nekem egy beutalót a Városmajor utcai rendelőbe. Én a IX. kerületben nem is voltam, csak egy papírt kaptam onnan, hogy vizsgáljanak ők meg.” (49 éves férfi, osztályvezető, Bp.)

A magánúton járó betegek sem jutnak el mindig gyorsan a megfelelő helyre. Még egy kórházigazgató családtag sem mindig elég a beteg-út gyors végigjárásához:

„1982 tavaszán kezdődtek a panaszaim csípőfájással, a bal oldali forgóban. Mivel az ORFI áll hozzánk a legközelebb, mint kórház, és ott volt ismerősöm is — a sógorom volt a főigazgató —, odamentem. Megröntgeneztek és megállapították, hogy ilyen csigolyameszesedéstől van nekem ez. Reumatikus meg ízületi panasznak vélték, és bár a járási nehézségekre panaszkodtam, azért kaptam én egy kétrekeszes galván kezelést, összesen tíz alkalommal. Ez, mint később kiderült, ezt már az érsebészeten mondták, ez végül rontott is a helyzeten. Na most, egyre nagyobb fáradékonyság vett erőt rajtam, és a lépésmennyiség körülbelül száz, ill. kétszázig terjedt csak. Száz lépést tudtam csak megtenni úgy, hogy ne kelljen megállnom. Ez aztán lassan egyre csökkent, egyre csökkent. Később aztán már hatvan, hetven lépés után kellett megállnom. Ugyanez év októberében az ORFI egy ilyen oszcillográfiás vizsgálatot végzett, és akkor állapították meg, hogy a bal lábamnál nulla egész három tized az oszcillográfiás érték. Ugyanakkor a doktornő előírta — voltaképpen neki köszönhetem, hogy végleg felfedezte ezt —, hogy nekem érsebészeti konzíliumra lenne szükségem.

— Hogyan találkozott vele?

— Éppen csak beugrott helyettesíteni, és akkor javasolta írásban, hogy kérne egy érsebészeti konzíliumot, mert anélkül itt nem lehet megállapítani semmit. Ilyen fáradékonyság és ilyen lépéstávolság-beszűkülés után, hát nem is lehetett mást tenni. Hát ezt később megállapítva már egyszerű dolog, de mégis csak neki jutott először eszébe, és ezért én azóta is nagyon hálás vagyok neki.” (64 éves férfi, nyugdíjas jogász, Bp.)

A megkérdezett betegek mindegyike végül eljutott az érsebészetre, hiszen így vettük a mintát. Láthattuk, hogy az idevezető utakon mennyi akadályt kellett legyőzniük, s lassan érhetővé válik, hogy miért nem részesül minden érszűkületes beteg szakszerű ellátásban. Az Ér- és Szívsebészeti Intézet igazgatóhelyettese az egyik legtöbb akadálnak kollégái felkészületlenségét tartja: „A betegek egy része aránylag *későn kerül kezelésre*. Még nem eléggé ismeretes az, hogy ezt a betegséget mi módon lehet felismerni. Vannak olyan betegek, itt minálunk, akiket éveken keresztül *reumatológián kezelnek*, mert a járási panaszukat gyöki eredetű, reumás betegségeknek tartják, fürdőkbe küldik őket, nagyon sok beteget kapunk ilyen helyekről. *Nem jut eszükbe a kollégáknak*, hogy egy fájós végtagon megtapogassák az artériák lüktetését, hogy az tapintható-e vagy sem. Vannak tipikus ilyen tapintási és hallgatósági helyek, ahol az ér fölött nemcsak a pulzációt lehet tapintani, hanem abban az esetben, ha az az ér beszűkül, akkor azon általában egy ilyen ún. szűkületes zörejt lehet hallani. És csak az alapvető diagnosztikus eszközök, amihez semmiféle műszerezettség nem kell, *csak gondolni kell rá*, hogy ez a betegség létezik, és ezekkel az egyszerű fizikális tapintási és hallgatósági vizsgálati módszerekkel a betegek nagy részét ki lehet szűrni. (Kiemelések tőlem: *Antal Z. L.*)”<sup>20</sup> (Dr. Papp Sándor)

A helyes diagnózis megállapításában gyakori bizonytalanságok olykor segítik a betegek továbbkerülését. Az orvosok egy része ilyenkor a „defenzív medicinát” alkalmazva továbbküldi betegét. („Abból baj nem lehet”) Sok beteg így kerül az érsebészetre. Ennek a módszernek csak az a hátránya, hogy megsokszorozza az érsebészek munkáját. „Az egyik gyulai statisztikánk szerint az angiológiai szakrendelésünkön először

megjelenő betegek *harminckét százaléka nem érbeteg*. Ez egy kicsit elgondolkoztató. Azt hiszem, hogy a sebészet más területén, ha ilyen nagy melléfogásokkal találkozánk, nem hagynánk ennyiben. De az érsebészeknek ezzel meg kell békülniük. Ugyanis, amikor én tanultam a medicinát, az egyetemen nagyon keveset tanultunk az erekről. Ez egy sötét folt volt számunkra."<sup>21</sup> (Dr. Zámori Csaba)

#### A beteg-út második szakasza

A vizsgálat kezdetén azt terveztük, hogy a beteg-utak egészéről készítünk tipológiát. A beteg-út e szakaszának megítélésében azonban rengeteg a bizonytalanság. (Ellentétben az első szakasszal, ahol a diagnózis ismeretében *utólag*, az orvosoktól és a szakirodalomból szerzett információk, a beteget kezelő érsebészek véleménye alapján aránylag egyértelmű volt a beteg-út megítélése.)

Az út első részén mindenkinek ugyanazt az utat kellett bejárnia, s ez független volt attól, hogy a betegnek hány éve van érszükülete. Ebben az esetben az utak összehasonlítása nehezebb.

Az út második szakasza viszont — az első szakorvossal való találkozástól az interjú elkészítéséig — szinte minden betegnél eltérő hosszúságú. Hiszen beszélgettünk egy Budapesten élő beteggel, akin az első műtétet 1959-ben Franciaországban végezték el. Itthon amputálni akarták a lábát, de megtudta, hogy külföldön ez a betegség már gyógyítható, s társadalmi összefogással sikeres érműtéten esett át. Az ő útja sokkal bonyolultabb és hosszabb, mint azé a betegé, aki 1983-ban került először kórházba.

Az elemzést az is nehezítette, hogy a betegek egy része nem tudta elmondani, hogy pontosan mi történt vele. (Pl. milyen műtéten esett át, ha nem műtötték, akkor miért nem, milyen gyógyszereket szedett...) Vizsgálatunk nem alkalmas arra, hogy az itt működő rendkívül erős szelekciós mechanizmusokat (kit vesznek föl, kit nem; kit műtenek meg, kit nem) megismerjük. Ezeknek a mechanizmusoknak a megismerését az is nehezíti, hogy az orvosok mindig igyekeznek választásukat szakmai szempontokkal igazolni. Az Ér- és Szívsebészeti Intézetbe például csak azt a beteget veszik fel, akinek kétszáz méternél rövidebb a járástávolsága; s a szakirodalomban is ezt olvashatjuk, a „többé- kevésbé nagy műtéti megterhelésre globális adatok szerint az obliteratív verőérbetegek húsz-negyven százaléka alkalmas."<sup>22</sup> (Soltész—Urai)

A betegekkel készített interjúk alapján csak feltételezéseink lehetnek, hogy az orvosok a felsorolt szakmai szempontokon túl (vagy azoktól függetlenül) milyen más szempontok alapján válogatnak betegeik közül.

#### Az érsebészetre felvett betegek

Az érszükületes betegekkel foglalkozó szakemberek véleménye szerint az amputációk csökkentése érdekében több érrekonstrukciós műtetre lenne szükség. Mivel nem minden beteg kaphatja meg azt a kezelést, amellyel állapotán javítani lehetne, az érsebészek válogathatnak a betegek között, hiszen rajtuk múlik, hogy kit „mentenek meg" az amputációtól. Vizsgálatunkból csak néhány olyan példát mutatunk be, amelyek az orvosok választási szempontjait befolyásolhatják. (Ehhez — a hiányos információkon kívül — az is hozzájárult, hogy a betegek egy része nem válaszolt az ilyen jellegű kérdésekre.)

A beteg a panaszok észlelése után — egy rádióműsort követően — érszükületes panaszaival körzeti orvoshoz fordult. Az orvos sebészeti szakrendelésre utalta, ahonnan rövidesen Sóstóra került (ötven-száz métert tudott csak menni.) Sóstón a szimpatektómia műtétet végezték el. Ezután leszázalékolták, mert nem tudott menni. Három évig csak gyógyszert szedett.

„Már nem tudtam felmenni a körzeti orvoshoz, feleségem ment fel érte, és lehívta, és itthon nézte meg a lábamat. Amikor megnézte, azt mondta, hogy ő ezen nem tud segíteni, kórházba kell menni, mert ez veszélyes is lehet. Ő adott nekem egy beutalót, reggelre hívott mentőt. Ott vizsgált meg a főorvos úr, Sóstón. Megnézte, és akkor hazaküldött. És hazajöttem, csak fáj a lábam.

— És mit mondott, mit kell csinálnia?

— Azt mondta, hogy a gyógyszert szedjem.

Mondom a feleségemnek, nem megyen ez így, nekem a lábam csak fáj, a főorvos úr nem mondott semmit, hát ez a lábam nekem csak fáj. *Ő bement a sóstói kórházba* és megmondta. Akkor ő hazajött és megint kértünk egy beutalót.

— A körzeti orvostól?

— Igen, mert nem bírtam már a fájást.

— Es hova kérte a beutalót, ugyanoda?

— Ugyanoda, a kórházba. Ott a vizsgálaton megmondták nekem, hogy műteni kell a lábam. Én tudtam, hogy a vége csak az lesz, hogy műteni kell. Így ott maradtam a kórházban — befeküdtem." (62 éves férfi, rakodómunkás, Böhöny, Szabolcs-Szatmár m.)

Sikeres érrekonstrukciós műtét után a beteg fájdalmai csökkentek, és újra tudott járni.

Nem minden betegnek sikerült elérnie, hogy megcsinálják — ha néhány évi várakozás és szenvedés után is. — az érrekonstrukciós műtétet, miután eljutott az érsebészetre. A beteget a körzeti orvos belgyógyászati rendelésre küldte, onnan Sóstóra utalták.

„Bementem Nyíregyházára a szakrendelésre, főorvoshoz küldtek be. Akkor ő is táppénzre vett, megmérte a lábam, s azt mondta, hogy érszükületesem van, és majd meglátjuk, hogy mi lesz.



— Nem mondta, hogy műteni kell?

— Arról nem volt szó egyelőre. Majd olyan három-négy hónap múlva visszamentem és azt mondta, hogy be kell feküdnöm érfestésre. Amikor befeküdtem, akkor feltöltöttek, megfestették az eret. Utána azt mondta a főorvos úr, hogy menjek haza, töltés után két hónapig pihenjek, és majd meglátjuk, hogy rosszabbodik-e. Akkor már belementem a hatodik hónapba. Azt mondta, hogy ő most nem műt meg, mert akkor belépek az egy évbe. Letelik a táppénzem, és akkor le kell százalékolni. Akkor visszamentem dolgozni.

— Fájt a lába, és úgy dolgozott?

— Úgy dolgoztam, másfél évig. Sántikálva. A gyár területén is lassan elmentem, darukezelő voltam, ültem. De viszont, amikor jöttem hazafelé, akkor már égett a lábam. Reggel fázott, mikor már harmincfokos meleg volt, akkor meg már égett a lábam. Szandált nem tudtam hordani, csak azt a mamusz-cipőt. Visszamentem hozzá másfél év múlva, mondtam, hogy nem tudok már dolgozni. Elmentem a körzeti orvoshoz előbb, aki beküldött a főorvos úrhoz. Az azt mondta, hogy műtétről egyelőre szó sem lehet.

— Miért?

— Azt nem tudom megmondani.

Közben a szomszéd lány idejött — aki közben felment Pestre —, és ő mondta nekem, hogy ismer Pesten egy jó érsebészt. 1981-ben felmentem szeptemberben vagy októberben.

— Milyen műtétet csináltak Pesten?

— Combomból kivették az eret — mert ott volt elzáródva — és pótolták. Utána jobb lett a lábam." (52 éves férfi, darus, Nyírbátor.)

A sóstói kórházban nem tudják ellátni a megyében lévő érszüksületes betegeket, és az érrekonstrukciós műtétek sem mindig sikeresek. Ennek ellenére a kórházból a vizsgált hat hónap alatt egyetlen beteget sem küldtek kezelésre máshova.<sup>23</sup>

A beteg-utak első szakaszának elemzésekor láttuk, hogy az egészségügyben dolgozók hozzátartozói, ismerősei haladtak a legjobb utakon. Az érsebészen is előny a jó patrónus, de több beteget tudnak ellátni, mint ahánynak komoly támogatója van, így más szelekciós szempontok is működnek a betegek kórházba való felvételénél és a terápiák megválasztásánál.

Egy érszüksületes beteget kezelő orvos erről azt mondta:

„Itt mindent a pénz mozgat. Az orvosok először megvizsgálják a beteget, aztán visszarendelik. A betegnek a két találkozás alatt már van lehetősége arra, hogy kifejezze szándékát, hogy hálás lesz-e a kezelésért. Ha nem, akkor a hatásos terápia elmarad." (Részlet egy orvos-interjúból.)

Az interjú módszere nem alkalmas ennek az állításnak az ellenőrzésére, hiszen egy találkozás alapján nem lehet a betegek bizalmát megnyerni. Szemükben egészségügyi dolgozók is lehetünk. Csak néhány beteg válaszolt ilyen jellegű kérdésekre. Válaszaik szerint egy érrekonstrukciós műtét ára három és ötezer forint között mozog — ha a beteg fizet, de sok megműtött beteg állította, hogy nem adott semmit.

Az orvosok az egyre szaporodó és élesebb hangú vádakra „csak pénzért gyógyítanak” azt válaszolják, ők mindenkit egyformán ellátnak, s vannak olyan betegek, akik ezért utólag — hálájuk jeléül — fizetnek. Sőt, szerintük az a beteg jár jól, aki egyáltalán nem fizet, mert a fizető beteget lassabban küldi tovább kezelőorvosa (hiszen ő szeretne vele minél többször találkozni). Valóban létezik egy ilyen szempont is, s ez is hozzájárul ahhoz, hogy rendkívül nehéz a magyar egészségügyben tájékozódni, és kiválasztani a legjobb betegstratégiát. Igen alapos ismeretekre van szükség ahhoz, hogy a beteg el tudja dönteni, hogy gyógyulása érdekében hol hátrányos, hol fölösleges és hol kell fizetnie.

A betegekkel készített interjúkban arra kérdeztünk rá, hogy a több éve tartó betegségük során körülbelül mennyi különkiadásuk merült fel a gyógykezelésükkel kapcsolatban. A válaszok értékelése így is nehéz, hiszen az összeg függ a műtétek számától, mikor kezdődött a betegség s attól is, hogy milyen messze laknak a kórháztól... Az azonban egyértelműen kiderült a válaszokból (azokéból, akik erre a kérdésre hajlandóak voltak és tudtak is válaszolni), hogy a betegség számukra rendkívüli anyagi terheket jelentett. Néhányan felélték tartalékaikat, s olyan beteggel is találkoztunk, aki a kocsiját adta el, hogy fedezni tudja a felmerülő költségeit.

## Az amputált betegek

Az érszüksületes betegek egy részének egy idő után amputálják a lábát. Ez a hír és a „gyógyíthatatlan betegség” tudata sok beteget az öngyilkosságba kerget. Az amputációról és az orvosok felkészültségéről már írtunk az előző fejezetben, most néhány példával azt mutatjuk be, hogy a betegekkel mi történik.<sup>24</sup>

„Egyszer benn vagyok a kötözőbe, és az egyik főorvos azt mondja, rossz hírt kell hogy közöljek magával. Hát, már akkor el voltam keseredve. Mondom, tudom, főorvos úr. Könnyeim potyogtak. Majd kijövök. Hát persze be is zsongtam egy cseppet. Van a kórházban ilyen tolómanó. Én azt elővettem. És a hosszú folyosón így végig... Na mondom, gyakorolom a mankójárást. Az volt a legfájóbb pont, hogy nem közölték, hogy mikor lesz a műtét. Egyik reggel mondja aztán a nővér, hogy ne vacsorázzak, éjfél után még vizet sem ihatok. Szóval akkor már tudtam, hogy eljön a műtét, és hogy le is fogják vágni a lábamat. Ezt már korábban is megmondták. Én meg hát benne voltam, hát mindegy. Bele is egyeztem rögtön. Nem azt mondom: voltak olyan gondolataim, hogy hogyan kellene megmenekülni az élettől. Ilyenek foglalkoztattak. Aztán lesz ami lesz. Mindegy.

Eljött a műtét napja. Egy műtős ember bejött, hozta a könyvet, hogy írjam alá. Ez tán nehezebb volt, mint a műtét." (65 éves férfi, kereskedő, Nagyhalász.)

Több olyan beteggel találkoztunk, akiknek a közérzete az amputáció után, az állandó, kízó fájdalmak megszűntével gyorsan javult. De mindössze egy helyen, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben találkoztunk pszichológussal, aki a betegeket az amputációra felkészítette, előtte hosszan elbeszélgetett velük, és a műtét utáni lelki sérüléseikkel is törődött. Ebben az intézetben szociális nővért is alkalmaznak, aki a betegek mindennapi gondjain igyekszik segíteni. A rehabilitáció is itt a legsikeresebb. Az itt műtött betegeket gyógytornászok tanítják meg a müláb használatára. De itt évente csak körülbelül hatszáz beteggel tudnak foglalkozni. A többi amputált beteggel viszont szinte senki sem törődik.

„Tulajdonképpen ezt a mülábát nem is kórháztól kaptam, hanem ide a lakásra küldték *postán* (!), tessék elképzelni, hogy a lakásra küldték! Nem láttam én még mülábát, azt sem tudtuk, hogy kell feltenni, azt sem tudtuk miként kell használni. Ráadásul hosszabb, mint a másik lábam. Tessék elképzelni, hogy nem tudok lépni. Amikor lépek, akkor elesek.

— Nem lehetne visszamenni?

— A doktor úr látta — nem törődnek velem." (72 éves férfi, géplakatos, Encsencs, Szabolcs-Szatmár m.)

A rehabilitációs tevékenység teljes elhanyagolását tapasztaltuk Budapesten is. Egyedül a Szántó Kovács János Kórházban foglalkoznak gyógytornászok az amputált betegekkel járóbetegként. Megtanítják őket újrarázni, közlekedni, a mozgólépcsőn lemenni, hogy a mülábukkal minél előbb tudjanak mozogni. Meglepetéssel tapasztaltuk, hogy a sok amputáció ellenére itt *kevés* a beteg. A gyógytornászok több beteggel tudnának foglalkozni, mint ahányat az orvosok küldenek. Az itt kezelt amputált *betegek* küldik ide a mülábukat használni nem tudó betegtársaikat.

A tapasztalatok összegzése

Az érszűkületes betegek ellátásának vizsgálata a következő tanulságokkal szolgált.

A hazai egészségügy — annak ellenére, hogy a szív- és érrendszeri betegségek a hazai halálozási statisztika élén állnak, az évi halálozás több mint felét okozzák —, nem készült fel eléggé ezeknek a betegeknek a gyógyítására. Az érszűkületes betegek száma gyorsan nő — huszonöt év alatt körülbelül a tízszeresére —, s növekedési ütemük gyorsabb, mint amilyen ütemben a gyógyítási lehetőségek bővülnek. Az egészségügy lassú reagálásának egyre több áldozata van.

Az egészségügy vezetői és az orvosok azt hangsúlyozzák, hogy a magas halálozási arányszám a „rizikófaktorok” következménye. Ennek a véleményüknek gyakran hangot adnak a különböző tömegkommunikációs eszközök felhasználásával és tudományos fórumokon.<sup>25</sup>

A rizikófaktorok hangsúlyozása azt sugallja, hogy a magas halálozási arányokért a *betegek a felelősek*. Tehát a megoldást nem az egészségügyön belül kell keresni, hanem a betegek viselkedését kellene megváltoztatni.

Az érbetegek gyógyítási lehetőségeit megismerve azonban úgy véljük, hogy az egészségügy vezetőinek és az orvosoknak *rengeteg lehetőségük van* még a halálozási arányszámok csökkentésére.

Az egészségügyi költségek szintentartása (miközben a fejlett országokban egészségügyi költségrobbanás van) csak a bemutatott színvonalú ellátást teszi lehetővé.

A szűkös anyagi lehetőségek ellenére azonban néhány helyen magas színvonalú ellátást építettek ki. Ide — a különböző beteg-utakon — eljutnak azok a betegek, akik nyomást tudnának gyakorolni az egészségügyre, a helyzet változtatása érdekében, de így erre nem kerül sor.

Az ellátásban tapasztalható zavaroknak azonban nem csak anyagi okai vannak. Az ellátás színvonalát az orvosok továbbképzésével is emelni lehetne. A szakmai munka színvonalát bizonyára növelné az is, ha az orvosok tevékenységét alaposabban ellenőriznék, a szakmai hibákat, tévedéseket nem lehetne eltussolni, s a betegeknek lehetőségük volna jogos panaszuk, sérelmeik orvoslására, kártérítés követelésére.

A jelenlegi ellátási feltételek között a beteg reménykedhet a gyógyulásban, ha a hivatalos úton indul el, hiszen nem kizárt, hogy ezen is eljut a megfelelő helyre, de ezzel elég nagy kockázatot vállal.

A vizsgálat során azt tapasztaltuk, hogy az a beteg jár jól, aki:

— nem hisz abban, hogy a hivatalos úton színvonalas ellátáshoz jut, s külön utakat keres. Leghatásosabb, ha ehhez egészségügyi dolgozó családtagja segítségét kéri;

— fenntartással fogadja az orvosoktól kapott információkat; megpróbál tájékozódni a betegségéről (amit nem árt, ha a beteg felismer) és a gyógyítási lehetőségekről, így csökkentheti nyomasztó kiszolgáltatottságát;

— nem hisz abban, hogy az egészségügyi ellátás ingyenes, s ha meg akar gyógyulni, akkor fizet.

A betegek egy része hamar felismeri ezeket a „szabályokat”, s igyekszik minél előbb ezek alapján eljutni olyan orvoshoz, aki nagy valószínűséggel segíteni tud rajta. A betegek többsége saját keserű tapasztalatai alapján tanulja meg a „közlekedési szabályokat”, s próbál ezek alapján előbbre jutni; azok a betegek azonban, akik a deklarált szabályoktól eltérő ténylegesen működő mechanizmusokat nem ismerik fel, vagy ezeket nem tudják kihasználni a saját javukra (se ismerősük, se pénzük), reménytelen helyzetbe kerülnek. Úgy látjuk, hogy jelenleg a hazai egészségügyben az „ingyenes és egyenlő” ellátás leple alatt rendkívül erős szelekciós mechanizmusok működnek. Ez azt teszi lehetővé, hogy az egészségügyi erőforrások *elosztása és felhasználása* sokkal inkább az egyes orvoscsoportok, mint a betegek érdekei szerint történik. Pedig az

„ingyenes ellátást” az ő pénzükből fedezik, de annak elosztásába semmiféle módon beleszólni nem tudnak. Fokozza a betegek kiszolgáltatottságát, hogy az egyes betegségeknel alkalmazható terápiákról, azok hatékonyságáról és kockázatáról (vagy a különböző kórházakban a műtétek sikerességéről) nem tudnak információkat szerezni.

Az egészségügyben a deklarált szabályok nagy részben nem működnek s a kontroll hiánya tág teret enged az egyéni szabályok kialakításának és érvényesítésének. Minél nagyobb a különbség az ellátható és a rászoruló betegek száma között, annál élesebb verseny folyik a helyekért, s annál nehezebb a hivatalos úton előbbre jutni. Az ilyen helyeken alakulnak ki az egyéni szabályok, s nő meg a külön utak jelentősége.

Véleményünk szerint a jelenlegi szép, de betarthatatlan elveken alapuló szabályozás helyett az egészségügyi intézmények, az orvosok és a betegek érdekeit figyelembe vevő és képviselőre lehetőséget adó irányítási rendszerrel az egészségügyi intézmények működését hatékonyabbá lehetne tenni, és színvonalasabb ellátást lehetne nyújtani a lakosságnak.

<sup>1</sup> Dr. Gyárfás Iván — Makara Péter: Szívbetegség — társadalom — megelőzés. *Társadalomkutatás*, 1984/1. sz.

<sup>2</sup> Dr. Nemes Attila — Dr. Soltész Lajos: *Érsebészeti vezérfonal*. Bp., Medicina, 1980.

<sup>3</sup> Dr. Farkas Péter: Multikoláris érbetegségek felismerése és a kezelés szempontjai. In: *Szív- és érrendszeri betegségek*. Országos Kardiológiai Intézet, MAOTE 1983. 294. o.

<sup>4</sup> Interjú Dr. Dohanics Sándor érsebésszel. (Szabolcs-Szatmár megyei Tanács „Jósa András” Kórház-Rendelőintézete, Nyíregyháza)

<sup>5</sup> Az értágító gyógyszerek használatáról nem egységes az orvosok álláspontja. A szakirodalom és a betegek kezelő szakorvosok többsége ellenzi használatukat, mások viszont kiállnak a hasznosságuk mellett, és a gyógyítás folyamán alkalmazzák ezeket a gyógyszereket.

<sup>6</sup> Dr. Papp Sándor: *Az érbetegség helyzete jelenleg Magyarországon*. Kézirat, 1980. 2—3. o.

<sup>7</sup> Dr. Papp Sándor: *Az érbetegellátás helyzete jelenleg Magyarországon*. Kézirat, 1982. 5. o.

<sup>8</sup> A műtét során elmetszik az alsó végtag ereit szabályozó, gerincoszlop mellett futó idegpályákat. Sok orvos vitatja a műtét kedvező hatását, és az irodalom arra is felhívja a figyelmet, hogy bizonyos esetekben impotenciát is okozhat.

<sup>9</sup> ua. mint 3. 303-304. o.

<sup>10</sup> Kullmann Lajos dr. és Nóvák Mária dr.: Az amputáció kötelező bejelentésének tízéves tapasztalatai. *Orvosi Hetilap*, 1981/7. sz.

<sup>11</sup> Kullmann Lajos és mtsar Lábszáramputáltakról szerzett tapasztalataink. *Orvosi Hetilap*, 1982/33. sz., 149 o.

<sup>12</sup> ua. mint 10. 390. o.

<sup>13</sup> ua. mint 10. 390. o.

<sup>14</sup> *Tájékoztató a halálozást döntően befolyásoló betegségcsoportok (szív- és érrendszeri betegségek, daganatok, balesetek), valamint az alkoholizmus elleni küzdelem helyzetéről és további feladatairól*. Egészségügyi Minisztérium, 1984.

<sup>15</sup> Az MTV 1983. szeptember 27-én sugárzott műsorának — Módszerek az érsebészetben — elhangzott szövege.

<sup>16</sup> Az MTV Pécsi Körzeti Stúdió 1983. április 19-én sugárzott műsorának — A módszer embere — elhangzott szövege. (A műsört készítették: Téglásy Ferenc és Gombár János.)

<sup>17</sup> A kórházi nyilvántartásból kiírtuk olyan, már *elbocsátott* érszűkületes betegek fontosabb adatait, akiknek a *lábában* volt szűkület. Az Ér- és Szívsebészeti Intézetben (a továbbiakban, a betegek szóhasználatával élve: Városmajorban) 171 — 1983 márciusában és áprilisában elbocsátott — beteg adatait, a nyíregyházi kórház II. sz. Sebészetén (amelyet a betegek — és a továbbiakban mi is — Sóstónak neveznek) pedig az 1983. január 1. és június 30-a között elbocsátott 91 beteg adatait írtuk ki. Ezek közül a betegek közül választottuk ki a megkérdezendő személyeket úgy, hogy a lakóhely szerinti összetétel az „alapsokaságban” és a „mintában” hasonló legyen. A Városmajorban kezeli betegek közül 41-en, a Sóstón kezelték közül 58-an kerültek a „mintába”.

<sup>18</sup> Ebbe a csoportba kerültek a hivatalos úton való előrejutáshoz „nem hivatalos eszközöket” (pénzt, összeköttetést) felhasználó betegek is, hiszen ilyen jellegű megkülönböztetésre az interjúk alapján nem volt lehetőségük. Így ezek a betegek hivatalos úton jártak, de nem biztos, hogy hivatalos módon.

<sup>19</sup> A megkérdezett betegek kétharmada hivatalos úton jutott el az érsebészetre. Az összes érszűkületes beteg esetén azonban ez az arány jóval alacsonyabb, hiszen éppen azok maradtak ki a mintából, akik nem jutottak el az érsebészetre.

<sup>20</sup> Interjú Dr. Papp Sándor érsebésszel. (Ér- és Szívsebészeti Intézet, Budapest)

<sup>21</sup> Interjú Dr. Zámori Csaba érsebésszel. (Békés megyei Tanács Kórház-Rendelőintézete, Gyula)

<sup>22</sup> Soltész Lajos — Urai László: Érbetegségek In: *A gyakorló orvos enciklopédiája*. Bp., Medicina, 1977. 289. o.

<sup>23</sup> Ez is hozzájárul ahhoz, hogy a betegek magánutakra kényszerülnek. A vizsgálat tapasztalatai szerint az orvosok torz érdekeltségi viszonyai miatt ezen a szinten így könnyebb továbbkerülni, mint hivatalos úton.

<sup>24</sup> A Városmajorban nem amputálnak — az amputációra szoruló betegeket más kórházba utalják — ezért a példánkat a Sóstón kezelt betegekkel készült interjúkból vesszük.

<sup>25</sup> Ezt jól példázzák az utóbbi időben gyakran idézeti misztikus számok, melyek számítási módszerei homályosak és Magyarországra való alkalmazhatóságuk is kétséges, de azt sugallják, hogy a lakosság felelőssége ötször nagyobb, mint az egészségügyi ellátásé: „Külföldi vizsgálatok szerint a halálesetek mintegy ötven százalékában felelős az életmód, húszban a környezeti tényezők, húszban a biológiai adottságok, tizedrészen pedig az egészségügyi ellátás.” (Nemzed program az egészség megőrzésére. *Magyar Hírlap*, 1986. október 10.)