

# Félreértések, tévedések és hibák a légzőszervi betegségek gyógyításában

## 9. rész: Orvosi tanácsok

*Dr. Berta Gyula, Allergon Orvosi Tanácsadó Iroda, Kaposvár*

Az embernek nem kell szégyellnie, ha tévedett.  
Másként fogalmazva, nem kell szégyellnie,  
ha ma bölcsebb, mint tegnap volt.

*Jonathan Swift (1667–1745)*

**Félreértések, hibák és tévedések kísérik végig az életünket, minden tevékenységünket. Nem tudjuk ezeket elkerülni beteg-, vagy orvos mivoltunkban sem. A továbbiakban azokról a tévedésekről, hibákról lesz szó, amik az egészséget, betegséget és a gyógyítást érintik, ezért következményeik súlyosabbak lehetnek, mint az élet sok egyéb területén. Sokszor magunk rájövünk, hogy hibázunk-tévedtünk, máskor felhívják a figyelmünket a hibáinkra. Ez az írás ilyen, jó szándékúnak szánt figyelmeztetés: a hosszú orvosi gyakorlatomban összegyűjtött tapasztalatokat szeretném megosztani az olvasókkal. Köztük bőven vannak olyanok, amiket magam is elkövettem. Szándékom nem a kioktatás, hanem az, hogy a betegek és az orvoskollégáim tanuljanak mások hibáiból, és lehetőleg ne kövessék el azokat.**

*„A régi orvosok latinul beszéltek, a modern orvosok angolul beszélnek, a jó orvosok a betegek nyelvén beszélnek.” (Jenkins)*

A jeles mondást még kiegészítem azzal, hogy azok a valóban jó orvosok, akik amellet, hogy a betegek nyelvén beszélnek, egyúttal megpróbálják a beteg helyzetébe képzelni magukat, és véleményüket, tanácsaikat úgy fogalmazzák meg, hogy az adott beteg számára **nemcsak érthető, de megfogadható és használható legyen.** Nem könnyű feladat. Alapos emberismeret, empátia és az élet realitásainak ismerete kell hozzá.

Sajnos az orvosok „tanácsai” (a betegektől hallom), többnyire banális általánosságokban merülnek ki: „nyugodjon meg”, „szokjon hozzá”, „tanuljon meg a betegségével élni”, „mozogjon”, „pihenjen”, „hízzon”, „fogyjon”, „szokjon le”, „csinálja gyakrabban”, „utazzon el valahová”, „maradjon inkább otthon”, és a sor a végtelenségig folytatható lenne. Konkrét útbaigazítás nélkül a betegnek fogalma sincs, hogy mit tegyen. Néhány évtizeddel ezelőtt a rokonság, a

szomszédok és az ismerősök próbálták kisegíteni, vagy a saját elképzelése szerint értékelte az orvosi „tanácsokat”, manapság a web2-n köti ki (egyre többen megtehetik, és meg is teszik). A két alternatíva közül gyakran ez a rosszabb.

Közösségi oldalakon, fórumokon keres választ, blogolni kezd, kérdez, és tömegével kapja a válaszokat. Nem orvosoktól. Van olyan internetes fórum is, aminek a címe: „orvosi tanácsok”, és január végén a 4119. bejegyzésnél tartott, de csak laikusok adnak egymásnak tanácsot. Igaz, meg is jegyzik az egyik bejegyzésben: „(...) A rovatban orvosi témájú felvetések vannak, de soha nem tévedt még ide orvos, aki válaszolna, csak a sorstársak tanácsolgatnak ezt-azt.” (Tördelmesen be kell vallanom, hogy én ugyan „odatévedtem”, de tartózkodtam a bekapcsolódástól, mivel attól kezdve minden időmet arra fordíthattam volna, hogy kérdésekre válaszol-gassak a tanácsadást elmulasztó kollégáim helyett. A másik ok, ami miatt passzív maradtam, hogy tapasztalatom szerint ezeken a fórumokon a tévhitek, az áltudományok és az orvoslással szemben megnyilvánuló rosszindulatú vá-

daskodások elosztatásának kísérlete a „mundér becsületének elvtelen védelme” kategóriájának számít, és minősíthetetlen szidalmakat eredményez, természetesen az összes orvosnak címezve.) A „sorstársak” egyébként a legritkább esetben tanácsolnak helytálló „ezt-azt”, ennél fogva hihetetlen mennyiségben keringenek az interneten vadabbnál vadabb elképzelések, elméletek, hírek és tanácsok.

Az igazsághoz tartozik, hogy vannak honlapok, amelyek működtetnek „Az orvos válaszol” rovatot is. Az orvos válasza (magam is tapasztalom) azonban többnyire visszhang és viszonzás nélkül marad, a legritkább eset, hogy olyanféle dialógus alakuljon ki, mint ami a laikus fórumokon mindennapos. Nagyon valószínű, hogy a kérdező több orvosnak is felteszi ugyanazt a kérdést, és a válaszokat a „sorstársakkal” értékeli és vitatja-kritizálja meg.

Néhány „gyöngyszem” a fórumokról a tüdőgyógyászat köréből:

*„2006-ban CT alapján mondák ki, hogy COPD-s vagyok. A tüdőgondozóban mindig van rtg, légzésfunkció és véroxigén vizsgálat, de az eredményről csak részben tájékoztatnak. A tüdő tiszta... Tiszta? Hogy lehet, amikor állandóan hörgők, sípolok és fulladok? Holnap megyek kontrollra, valószínűleg rendőrségi ügy lesz a dologból, mert addig nem vagyok hajlandó kimenni a rendelőből, amíg a szükséges felvilágosítást meg nem kapom... Sokkal rosszabb az állapotom, a szomszédok sem tudnak aludni már a síkoló (sic!) köhögésemről. Gyakran olyan köhögő görcsöt kapok, hogy minden elsötétedik előttem.”*

*„Itt a vizsgálat eredményét csak másnap adják ki, így sem kérdezni, sem egyéb lehetőségekről érdeklődni nem lehet. A Pulzixometria (sic!) eredményét az Internetről dekódoltam ki.”*

*„A panaszaidat mindenképpen mondd el. – Mindig elmondom, de szerintem nem nagyon érdekli. Legutóbb két adag antibiotikumra adott receptet. Ma kellene újratekdenem a második kört. Mit gondoltok, szükséges ez, vagy ,biztos, ami biztos’ alapon írt fel ennyit?”*

A jelenség nem magyar specialitás. Időnként beleolvasok angol nyelvű, egészségüggyel foglalkozó fórumokba, napilapok online kiadásának beteg-levelezési rovatába. A tárgyi tévedések, félrehallások, az elégedetlenség az ellátással legalább olyan mértékűek, mint nálunk, a vita-

kultúra azonban kétségtelenül színvonalasabb, még a legpopulárisabb fórumokon is.

### Milyen tanácsokat vár tőlünk a beteg?

A továbbiakban megpróbálok néhány olyan témakört ismertetni, amiket a saját eddigi működésem – és az említett internetes forrásokból is szerzett tapasztalataim – alapján tudom, hogy a betegek leginkább igényelnének.

**Az életmóddal kapcsolatos tanácsok** fő hibája, hogy többnyire elrugaszkodott a beteg mindennapi életétől, lehetőségeitől. Uniformizált „tanácsok” nem alkalmazhatók a jól szituált, jó anyagi körülmények között élő, és a szerény jövedelemből vagy kis nyugdíjból tengődők esetében. A mindennapi szükségletek beszerzése, a hivatalos ügyek elintézése sokaknak egész napos, fárasztó, egészségrontó, de szinte elkerülhetetlen program. Ha ennek könnyítésére tudnánk személyre szóló tanácsokat adni, sokat segíthetnénk. A gyakori orvosi ellenőrzések elrendelése a betegek egy részénél az állapot rosszabbodását is eredményezheti a rájuk váró megpróbáltatások miatt: utazás tömegközlekedéssel, órákon át tartó, többnyire éhgyomorral történő várakozás, amíg megvizsgálják, járkálás a leletekért, újabb utazás. Az ilyen betegeknek legalább az előjegyzés átválalásával segíthetünk.

Míg sokaknál a mindennapi rutinnal járó fizikai tevékenység is megerőltető, vagy kivihetetlen, addig a betegek többségét éppen **az aktívabb életre, a fizikai aktivitás fokozására** kell serkentenünk. Az asztmások és az enyhe, közepesen súlyos COPD-sek között feltűnően gyakori a súlyfelesleg, de a túlsúly, az elhízás egyúttal rizikófaktora és súlyosbítója (a dohányzás mellett) azoknak a társbetegségeknek is (metabolikus zavarok, kardiovaszkuláris rendellenességek: hipertónia, ischiemiás szívbetegségek, arteriosclerosis, stroke), amik igen gyakran együtt járnak az asztmával és a COPD-vel. Ezeket az összefüggéseket meg kell magyarázni a betegeknek. Tanácsainkkal tudatosítani kell, hogy mind a diabetest, mind a hipertóniát nagyon kedvezően lehet befolyásolni a fizikai aktivitással. De az asztmásokat is jogosan lehet azzal biztatni, hogy állapotuk javulhat, gyógyszer-szükségletük jelentősen csökkenhet, ha leadják a felesleges kilóikat, vagy normalizálják a test-

súlyukat, aminek egyik legfőbb eszköze a fizikai aktivitás. Ez nem feltétlenül aktív (és bizonyos társadalmi helyzetben szinte kötelező) sportolást (tenisz, fallabda, golf), hanem elsősorban egyszerűbb, következetes, de mégis sportnak tekinthető tevékenységet (kerékpározás, futópad, fürge séta, úszás) jelent. Gyakran hallom azt a kifogást a betegektől, hogy „mozgok én eleget a munkám közben”, míg kérdezősködésre kiderül, hogy az illető egész nap áll a munkahelyén, legfeljebb pár métert kell megtennie, igaz, azt elég sokszor, ami kétségkívül fárasztó (testileg-lelkileg egyaránt), de szinte semmi összefüggésben nincs azokkal a kedvező élettani hatásokkal, amiket az „edzéssel”, „testgyakorlással” lehet elérni. Sokat jelent a betegeknek, ha elmondjuk, hogy a rendszeres testedzéssel nem csak az említett betegségek aktuális állapotát javíthatják, hanem jelentősen befolyásolhatják azok lefolyását, szövődésük kifejlődését, emellett javul a szellemi tevékenységük, erősödik az immunitásuk, ami az új kutatási eredmények szerint ma már szintén evidencia. A fokozott aktivitáshoz nem kell feltétlenül drága sporteszköz. Közösen végig kell gondolni, hogy mik pl. azok az utak, amiket autózás, vagy tömegközlekedés helyett gyalog vagy kerékpáron tehet meg (munkába menés és/vagy onnan hazatérés, ügyintézés, bevásárlás, kedvenc állat sétáltatása, séta a családtagokkal, stb.). Van-e a közelben olyan hely, ahol 30–40 percig tempósan sétálhat (többnyire van) vagy kerékpározhat? Netalán uszoda, ahová rendszeresen eljárhat?

Kezdetben mindenki az idő hiányára hivatkozik, és emiatt tér ki a fenti ötletek elől, de sok beteggel megértethető, hogy ez az idő nem számít „elvesztegetettnek”, ahhoz képest, amit ennek révén nyerhet azzal, hogy betegsége nem, vagy sokkal később teszi teljesen inaktívvá, kiszolgáltatottá, tehetetlenné, az így meghosszabbított kielégítően produktív állapot életminőségéről nem is beszélve. Az aktív életmódtól várható előnyök feltétele a rendszeresség, következetesség. Az időnkénti nekibuzdulások, majd a még hosszabb ideig tartó (és lelkiismeret furdalással súlyosbított) kihagyások nem érhetik el a kívánt hatást. A rendszerességet segíthetjük, ha minden találkozáskor rákérdezzük a fizikai tevékenységre, és pozitív válasz esetén nagyon megdicsérezzük és biztatjuk a beteget. Ha

találunk olyan paramétert, ami javult, emeljük ki, és hozzuk összefüggésbe az aktivitással.

A fizikai aktivitás fontossága elválaszthatatlan **az étkezéssel szülő tanácsainktól**.

Az egészségnevelés tárgykörében talán nincs még egy olyan gazdag és könnyen elérhető irodalom, mint ami az egészséges táplálkozásról szól. Ezekben a beteg nagyon sok segítséget kap, a részletekre vonatkozóan ezeket kell ajánlanunk. Természetesen a gyakorló orvosnak is tisztában kell lenni pl. a teljes kiőrlésű gabonák, a telítetlen zsírsavak, a vitaminok szerepével, de nekünk nem ételrecepteket kell lediktálnunk, vagy nem áruismeretet kell tartanunk, hanem elsődleges célunk az kell legyen, hogy megértessük a beteggel a kalóriafelvétel és kalória felhasználás arányának fontosságát.

Amikor a beteg arról panaszkodik, hogy – szerinte – minimális táplálék mellett sem tud fogyni, vagy hízik, csak egy válaszunk lehet: akkor az a „minimális” is sok, tessék a felét enni, és lehetőleg még több kalóriát leadni. A dolog természetesen nem ilyen egyszerű, rengeteg genetikai, pszichoszociális és egyéb tényező szerepel az okok és a fogyásra irányuló törekvések sikere-sikertelensége között. Sokaknál a fogyást gátló tényező, hogy többnyire az egészségtelen, hizlaló táplálékok olcsóbbak, könnyebben hozzáférhetőek és megfizethetőek, míg az „egészséges” táplálkozás betegeink tekintélyes részénél megfizethetetlennek tűnik. (Az más kérdés, hogy ugyanakkor mennyit költenek élvezeti cikkekre, az életfenntartás és táplálkozás szempontjából haszontalan dolgokra. Tanácsainkban erre is kitérhetünk. A sikerről nem vagyok meggyőződve...)

Az egész terápia eredménye és a beteg további sorsa múlhat azon, hogy **a gyógyszereléssel kapcsolatos tudnivalókat** miként mondjuk el a betegnek. Az alábbiakban lesznek olyan részek, amiket sorozatom „A gyógyszerrendelés kulisszatitkai” című fejezetében (AmegA 2009; 16(3): 28-31) már leírtam, de éppen a téma fontosságát jelzi, hogy ezek egy részét (némi megváltoztatott formában) meg kell ismételnem.

A rendelt gyógyszereket – lehetőleg fontossági sorrendben – *le kell írni egy külön papírra a betegnek*. A listán szerepeljen, hogy az adott gyógyszerből naponta hányszor, melyik napszakban, hány darabot kell bevenni. Ennek

hiányában előbb-utóbb MINDEN BETEG garantáltan elfelejti, összekeveri, másképp szedi. Idősebb, nehezen olvasó, feledékeny, konfúzus beteg még írott segítség birtokában is! Az ő esetükben a hozzátartozót kell (ha van) felkérni a segítségre. Nagyon hasznosak azok a dobozok, amikbe egy hétre előre ki lehet adagolni, napi akár négy alkalomra is elosztva a beveendő szereket. Ezt elvileg az otthoni ápoló, gondozó is feltöltheti hetente. Kevesebb vesződés, mint a gyógyszer elmulasztásából vagy keverésből adódó következmények ellátása.

Gyógyszerváltáskor fel kell hívni a figyelmet arra, hogy *melyik gyógyszert mi helyett adtuk*, és külön csoportba leírni azokat, amiket most nem kell szednie a korábbiakból. Meg kell magyarázni, hogy a szájon át szedett „gyógyszereken” (tablettákon, kapszulákon, stb.) kívül *az egyéb gyógyszerformák használata is fontos* (cseppek,

kanalas orvosságok, belégzők, kúpok, stb.). Tisztázandó, hogy mi legyen akkor, ha a beteg egy (vagy netalán két) alkalommal *elfelejti bevenni a gyógyszerét*. Valamilyen módszerrel el kellene érni azt is, hogy a beteg *pótolja a gyógyszerét, mielőtt kifogyna*. Manapság a receptek 90 napos érvényessége többnyire azt

jelent, hogy általában három receptet lehet felírni. Én az egyikre öntapadó cédulára ráírom, hogy **UTOLSÓ RECEPT!!** (remélve, hogy nem azt fogja kiváltani elsőként). Anyagi okok, beszerzési nehézségek nem ritkán okai a gyógyszerelés hosszabb kimaradásának.

Komplikálja a gyógyszerelést, ha szinte azonos kinézetű és csomagolású gyógyszert írtunk fel akaratlanul a betegnek. Egyik ismerősömtől kaptam a fenti képet (1. ábra). *Az egyik szer altató, a másik kortikoszteroid*. Nem mindegy, hogy melyik levélből nyom ki a beteg kétszer hármát, vagy csak este egy szemet, mert ráadásul nem a feliratos oldalából kezdi kiszedni a tablettát, de még ha igen, akkor is gyenge látással, rossz világításnál nem biztos, hogy felismeri a különbséget. Mindkettőt ugyanaz a gyár állította elő... Sajnos, ez az az eset, amire nem tudunk felkészülni, nem ismerhetünk minden gyógy-

szert, csak reménykedhetünk, hogy a hasonló egybeesés ritkán fordul elő, de ez is egyik ok, hogy a tanácsunk terjedjen ki arra is, hogy beszedés előtt nézze meg, valóban az a tablettá van-e a kezében, amiből be akar venni. (Minket már medikus korunkban ráneveltek, hogy injekció beadása előtt még a felszívást megelőzően is győződjünk meg róla, hogy azt a szert tartjuk-e a kezünkben, amit be akarunk adni, majd beadás előtt ismét. Remélem, hogy ez a szabály és gyakorlat még érvényben van.)

Új gyógyszer esetében a betegek szinte kivétel nélkül a kísérő irat „Mellékhatások” című fejezetét olvassák el először. Ha a sok szörnyűség áttanulmányozása után egyáltalán van bátorságuk elkezdni a szer szedését, napokig feszülten figyelik bármelyik mellékhatás fellépését. Ezért *új gyógyszer felírásakor térjünk ki a mellékhatásokra*. Magyarazzuk el, hogy ezek valószínűsége, amik rendszerint a betegek nagyon kis hányadánál léphetnek fel, akkor sem feltétlenül súlyos formájukban. Mi magunk mondjuk el, hogy az adott gyógyszernél eddig milyen mellékhatást tapasztaltunk leginkább a betegeinknél, de térjünk ki arra is, hogy az enyhe mellékhatások egy része idővel megszűnik. Erre persze rációfolhatnak az olyanféle kísérőiratok, amiknek egyik díszpéldánya ezt tartalmazta a mellékhatások felsorolása után: *„A terápia abbahagyását követően a tünetek hetek alatt teljes mértékben visszafejlődnek, noha igen súlyosak is lehetnek és igen ritkán, extrém körülmények között halálhoz vezethetnek.”* (Mihalovits György gyűjtése)

A betegek többsége azt hiszi, hogy ha a kísérő iraton olyan figyelmeztetés van, hogy a szert különösen óvatosan használják egyes betegségekben szenvedők (szakmánkban az asztma és a nem-szteroid gyulladásgátlók gyakran szerepelnek ilyen kontextusban), akkor az azt jelenti, hogy az adott gyógyszer annak *a betegségnek az okozója lehet*. Ezt a félreértést mindig el kell oszlatnunk.

A tanácsadás, a meggyőzés egyik legfontosabb célcsoportja **a krónikus betegségben szenvedők** nagy hányada. Egyúttal ők azok is, akikkel a legnehezebb a tartós együttműködés. Hónapok, évek telnek el, amíg saját tapasztalataik meggyőzik őket arról, hogy az adekvát kezelés elején elérhető jó állapot csak akkor tartós, ha a gyógyszereket, amivel a javulás



1. ábra  
(Mihalovits György gyűjtése és felvétele)

elérhető volt, tartósan használják. Embere válogatja, de nem ritka, hogy csak évek és több visszaesés után fogadja el a beteg a folyamatos gyógyszerhasználat szükségességét. Ez az időszak általában lerövidíthető, ha tanácsainkkal tisztázzuk és megértetjük a krónikus betegség lényegét, és azt, hogy a jelenlegi szerekek ezt a betegséget megszüntetni nem lehet. (Nyitva kell hagyni azt a – valószínűleg nem irreális – reményt, hogy időközben megjelenhet olyan gyógyszer, vagy módszer, amivel az adott betegség gyógyítható vagy csaknem gyógyítható lesz.) El kell mondanunk („a beteg nyelvén”), hogy mik azok a patológiai elemek, amiket nem tudunk visszafordítani, és amik szükségessé teszik az állandó kezelést, beleértve hogy ez szükséges a progresszió lassítása vagy megelőzése szempontjából is. Beszélünk kell az exacerbációk lehetőségéről, amik még a leginkább terápiakövető betegnél is bekövetkezhetnek időnként. Ki kell oktatni a beteget arról, hogy mi a teendője ilyenkor, hogyan rövidítheti le a rossz időszakokat.

Egyébként is nagyon fontos része a tanácsadásnak *az állapot változásait követő gyógykezelés megtanítása*. A betegnek tudnia kell, hogy mik azok a szubjektív tünetek, amik az állapot átmeneti rosszabbodásának első jelei és amik jelzik, hogy a kezelésem változtatni kell. Persze legjobb, ha állapotát objektív módszerrel is „monitorozza” a beteg, az asztmás/COPD-s a csúcsáramlásmérővel, a diabeteses a vércukor mérésével, a hipertóniás a gyakori vérnyomásméréssel. Pontosan kell tudnia a betegnek, hogy mi a teendő állapotromláskor. Mi ilyenkor a legkedvezőbb magatartás, mennyire fontos a pánik elkerülése. Melyek azok a szerek, amiknek az adagját emelni kell, mik azok, amiket a szokásos szereken felül el kell kezdenie, és főleg azt, hogy milyen szubjektív és objektív jelek mutatják, hogy sürgősen fel kell keresni az orvosát vagy a sürgősségi ellátóhelyet.

Ennél a betegcsoportnál a tanácsadásunk legnehezebb része a folyamatos gyógyszerzés elérése mellett *a kontroll vizsgálaton való megjelenés kérdése*. A közelmúltban készült felmérés szerint a krónikus betegek 73 százaléka állítja azt, hogy megfelelően betartja az orvosi javaslatot, míg a javaslatot bevallottan megszegők mindössze 15 százaléka egyeztet arról or-

vosával. (Az adatokat, mivel önbevallás alapján készültek, túl optimistának tartom.) Ugyanezen felmérések mutatják, hogy a folyamatos gyógyszerelésre szorulóknak alig 80 százaléka megy vissza a szedett készítménnyel kapcsolatban az orvos által megadott időpontban. Ebben a betegkörben a 26–35 év közötti, jellemzően felsőfokú képzettségűek, illetve lakóhely szerint a fővárosiak veszik legkevésbé komolyan az orvosi kontroll fontosságát. Zömében az idősebb, alacsony végzettséggel rendelkezők veszik legkomolyabban a kontrollvizsgálat fontosságát, bár az egészségükkel kapcsolatban aggályosak és túl óvatosak körében is nagyobb az aránya a kontrollra járóknak az átlagnál.

**A tanácsadást megkönnyítik az írásos anyagok.** Az orvosok egy része saját maga is tud olyan ismertetőket szerkeszteni és sokszorosítani, amik megkönnyítik és lerövidíthetik a tanácsadást. A gyógyszergyártó cégek is szép számmal ellátják a rendelőket ilyen anyagokkal. Ezek nagyobbik része nem reklámanyag, még akkor sem, ha az adott cég készítményére van „kihegyezve”, általában tisztességes és tárgyyszerű információkat tartalmaznak.

Egy jól összeválogatott tanácsadó „csomag” valóban sokat segít a tanácsadás minőségén. *Ha a beteg elolvassa*. A betegek között sok a funkcionális analfabéta, akinek még a rövid és a mindennapi élethez közelebb álló témájú írásos anyag elolvasása és megértése is szinte lehetetlen. Számukat nem lehet pontosan felbecsülni, de tekintélyes arányban vannak a társadalomban. Az ő számukra ezek a felvilágosító anyagok gyakorlatilag használhatatlanok.

Legtöbbször a halmozottan hátrányos helyzetű betegek közé tartoznak, nehéz megtalálni a módszert, amivel oktathatók.

Befejezésül ismételtelen szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy TANÁCSADÁSRÓL és nem PARANCSKIADÁSRÓL írtam. Az adott beteg személyére szóló, és lehetőleg vele közösen hozott, sokszor mindkét fél részéről kompromisszumokat követelő cselekvéssorozat vezethet célhoz. Hogy kinek van erre ideje? A kérdésre nem tudok válaszolni, illetve ha azt írom, hogy annak, aki igazán szívén viseli a betegek sorsát, akkor magam is tudom, hogy demagóg vagyok, és nem ismerem testközelből az egészségügy mai helyzetét. □