

Helyzetkép a túlsó partról

Az AMEGA beszélgetőpartnere: Dr. Lengyel László

az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
Légzésrehabilitációs Osztályának osztályvezető főorvosa
a Magyar Tüdőgyógyász Társaság
Légzésrehabilitációs Szekciójának elnöke



– **Főorvos Úr, az orvosi szobájának falait szinte beborítják a grafikák és a festmények. Melyik a kedvenc művészeti ága?**

– Mindegyik képhez valamilyen személyes kötődésem van, tehát nem általában a festészet vagy a grafika iránti vonzódásról van szó. Nagy részük Kováts tanár úr metszete, nyomata. Ezek annyiban személyes emlékek, hogy amikor fiatal orvosként a Korányiba kerültem, akkor a tanár úr valamiért a kegyeibe fogadott. Nemcsak hogy beengedett a műtermébe, hanem időnként megengedte, hogy válogassak magamnak a metszeteiből, sőt olykor bevont a mellkas mozgásának vizsgálatába is. Azon a rajzon a csíkos-kockás alakot úgy kapta, hogy diavetítővel egy rasztert vetített a mellkasra, és így vizsgálta a

mellkas mozgását. *Morfometriának* nevezte ezt a módszert, és azt kereste, hogy milyen összefüggések vannak az egyes légzési betegségek és a mellkasmozgások között.

A légzőtornáról és légzésszabályozásról írt összefoglalómhoz ő készített rajzokat, és ennek kapcsán is sok délutánt töltöttünk együtt. Máskor például elmentünk együtt a ballet-intézetbe, és azt figyeltük, hogy a speciális művészi mozgást végző táncosok légzése miként változik.

A képek másik része pedig betegek vagy hozzátartozók munkája. Például azt az éppen sárkányt ölő Szent Györgyöt egy könyvilluszátor hozzátartozó készítette, elmondása szerint az orvosi munkánkra és a betegségekre utalva. Egyszóval mindegyik képhez köt valami emlék.

– **A fotók egyike Kulka professzort ábrázolja.**

– *Kulka Frigyes* professzor úrtól sok támogatást kapunk a légzésrehabilitációs munkánkhoz. Amikor idekerült a Mellkasebészeti Tanszék első professzorának, akkor egy darabig figyelte a sebészetet és az intenzív osztályon dolgozó gyógytornász munkáját, és egy idő után látta, hogy – különösen a posztoperatív időszakban – a gyógytornászok sokat tudnak segíteni a betegeknek. Ettől kezdve számíthattunk nagyvonalú segítségére. Egy alkalommal, amikor már az Orvostovábbképző Intézet rektora is volt, és valami jegyzetfélét szerettünk volna szerkeszteni, és a segítségét kértem, egyszerűen annyit mondott: „menj, hivatkozz rám, használd a nevem”. Úgy gondolom, nagyon hiányoznak ma az ilyen személyiségek.

– **Milyen indíttatást kapott otthonról?**

– Ez viszonylag egyszerű dolog volt, mert a nagynénik, nagybácsik meg voltak róla győződve, hogy ebből a kisgyerekből csak ügyvéd vagy orvos lehet, így nem sok választásom volt. Mivel az iskolában viszonylag jól teljesítettem, az orvosi pálya mellett döntöttem. Ekkor már, gyerekfejjel arról ábrándoztam, hogy nem egyszerűen orvos, hanem sebész szeretnék lenni. Ez az elhatározás egészen a szigorló évig tartott. Amikor aztán a sebészetet cselédkönyveztem, és az egyik műtét közben kámpóvégen asszisztáltam, rájöttem, hogy nem látok semmit. Nem a szó vizuális értelmében, hanem sebész módjára nem látok a műtéti területen, nem érzem azt, ahogy dolgozik a sebész. Tudtam, hogy nyilván ezt is meg lehet tanulni, mint ahogy minden szakmát meg lehet tanulni, ha rászánja magát az ember, de 47. sebéssznek nem érdemes lenni. Akkor úgy döntöttem, hogy ezután már

teljesen mindegy, hogy mit csinállok az orvosi pályán.

Az elhelyezkedésem is ennek a jegyében zajlott. Kékestetőre kerülünk a feleségemmel, de azért oda, mert onnan szép levelet írtak válaszul a pályázatunkra. Azt írták, hogy csak velünk tudják elképzelni az intézet további munkáját, és mi erre azt mondtuk, hogy odamegyünk.

Ekkor már másutt is volt elfogadott álláspályázatunk belgyógyászati osztályra, de úgy gondoltuk, ha Kékesen ennyire várnak bennünket, akkor ott a helyünk. Nem bántuk meg. Első – és a pályámon egyetlen – főnököm volt *Pákozdi Lajos*, akit a mai napig barátunkként tisztelünk.

Onnantól azután viszonylag simán alakult a pályafutásom, holott akkor még azt sem tudtam, mi az a pulmonológia, és azt sem, hogy mi az a rehabilitáció. 1975 táján volt Kékestetőn egy MAKIT kongresszus, ahol tartottam valami zsenge előadást. A Korányiból *Levendel László* is ott volt, és ő azt mondta, hogy ez maga a légzésrehabilitáció.

Kétségtelen, hogy Kékestetőn jógaztam a betegekkel, autogén tréninget csináltunk, és volt valamiféle indíttatásom a nem gyógyszeres terápiák felé. A továbblépéshez *Levendel* főorvos úr invitálása kellett, aki azt mondta, hogy jöjjenek fel és nézzem meg, hogyan működik ez a Korányiban. Így kanyarodtam errefelé, aztán egyszer csak a lakás is megoldódott, és öt év után eljöttünk Kékesről.

– Említette a jogát és van a falán egy fotó egy ázsiai kisgyerekről. Vonzódik a keleti dolgok iránt?

– A cunami után egy egykori Korányis cimborám az első orvoscsoporthoz egyikével kint járt Indonéziában, és az ő rendelőjének az ablakán kukucskált be ez a kisser, akit lefotóztam. Innen a kép.

A jogával régebbi a kapcsolat. Még diákként jutottam az első köny-

vekhez, ami nem volt egyszerű, hiszen a 60-as években a genetikához és a pszichológiához hasonlóan ez is az okkult tudományok közé tartozott. A *hatha* jógában az fogott meg, hogy önfegyelmre, így a légzés fegyelmzésére, szabályozására is megtanítja az embert. Különösen hasznosnak bizonyult ez a technika az asztmások kezelésében, akik egy új szint, új feladatot jelentettek a szakmának az ekkortájt *pulmonológiai átállásnak* nevezett változások idején. Ekkor állt össze a fejemben a kép, hogy a légzési betegek kezelésében, a légzés irányításában, a légzés szabályozásban ezek a technikák is használhatók. A légzőtorna gyakorlatok egy része a jóga *pránájáma* elemeiből eredeztethető. Hát így kapcsolódik ez a légzésrehabilitációhoz.

– Vegyük csak sorra a stációkat: Debreceni Orvostudományi Egyetem, Kékestető, majd 1977-ben az Országos Korányi Tbc- és Pulmonológiai Intézet. Hogyan tudta folytatni a Kékestetőn megkezdett módszereket a Korányiban?

– Nagyon gyorsan magamra maradtam a fizioterápiás osztályon, ahol a gyógytornászok, a fizioterápiás asszisztensek és a masszőrök dolgoztak, és a tornaterem mellett jól felszerelt fizioterápia, valamint inhalátoriumok működtek. Szakmailag senki nem szólt bele a munkámba, így módunk volt különböző kezeléseket kipróbálni, sokféle inhalációs kezelést csináltunk, megpróbálkoztunk egy sor antibiotikum porlasztásával.

Gyakran jut eszembe a korszakra jellemző három T, amiből rám nézve itt a „Túrész” volt érvényes. Elnézték a próbálkozásaimat, senkinek a vizét nem zavartam, látták, hogy nem akarok senkinek a helyére állni, veszélytelen vagyok a kollégák karrierjére. Sokat tanultam a gyógytornászokkal együtt; cikkeket fordítottunk, refe-

ráltunk, megbeszéltünk eseteket. Nagyon hasznos időszak volt.

Ezen a ponton kell *Hutás Imrét* megemlítenem, aki az intézet főigazgatójaként felvett ide dolgozni. Amikor már valamennyi tudásom volt a mellkasi fizioterápiáról és a légzésrehabilitációról, és láttam, hogy a fizioterápia a rehabilitáció legfontosabb eszköze, akkor elmentem hozzá azzal az ötlettel, hogy szívesen megtanulnám a reumatológiát és fizioterápiát, mert az nem lehet, hogy a gyógytornászok bizonyos dolgokat jobban tudjanak mint én. *Hutás* professzor úr megértett, képletesen szólva kézen fogott, elvitt az ORFI-ba, és lehetővé tette, hogy hosszabb-rövidebb időszakokat ott töltsék. Így lett a belgyógyászat és a tüdőgyógyászat után a harmadik szakképesítem a reumatológia–fizioterápia. Ez a későbbiekben egzisztenciálisan is fontosnak bizonyult, másfelől máig hasznosnak érzem, hogy értek a gyógytornászok nyelvén.

– Ártatlan ügynek, passzióknak nevezte a légzésrehabilitációt. Ma azért ez mintha kicsit több lenne. Mikor vett komolyabb fordulatot ez az „ártatlan” ügy?

– Egyrészt ez számomra valóban passzió volt, élvezettel csináltam. Másfelől pedig alapvetően ambuláns jellegű munka. A gyógytornászok és én is az intézet aktív osztályain fekvő betegeket kezeltük, ha úgy tetszik járóbetegként, mert *átjártak* hozzánk légzőtornára, műtéti előkészítésre és egyéb kezelésekre.

De amikor már kezdtem érezni ennek a munkának a lényegét, úgy gondoltam, hogy jó volna kialakítani egy fekvőbeteg bázist, mert vannak olyan betegek, akiket más módon kellene kezelni, esetleg hosszabb ideig követni, és hasznosabb volna, ha ők egy speciális osztályon lehetnének. Ekkor a 80-as évek közepén

jártunk, amikor is ezen a helyen volt *Maróti Antal* főorvos úr osztálya. Ő nagyvonalúan adott nekem 5-6 ágyat, hogy ha olyan betegem van, akivel rehabilitációs terveink vannak, azt kezeljük itt az általunk jónak látott technikákkal. Azt hiszem, ez volt a kezdete a fekvőbeteg-intézeti légzésrehabilitációnak. Noha voltak klimatikus gyógyhelyek, például Kékestető, de ott a komplex rehabilitációról ilyen értelemben nem volt szó.

Ilyen előzmények után 1990 táján megsértődtem, és vidéki emigrációba vonultam. 10 évig reumatológusként kerestem a kenyeremet.

– Miért sértődött meg és hová vonult emigrációba?

– A Korányi akkori főigazgatója, *Schweiger Ottó* az egyik pulmonológiai osztályhoz akarta integrálni a fizioterápiát. Én viszont úgy gondoltam, hogy amit mi a munkatársaimmal felépítettünk, azt nem szabad sehová se besorolni, mert az egy önálló dolog, a szakmánknak egy speciális területe, noha ez akkoriban így még nem fogalmazódott meg.

Így azután – családi kötődés okán is – elmentem Nagykátára, ahol reumatológust kerestek a szakrendelőbe. 10 évig ingáztam Budapestről, és az egész szituációt tulajdonképpen élveztem. Ez a felhőtlen állapot tartott volna még nem tudom meddig, már folyamatban volt a kinevezésem a rendelőintézet igazgatói posztjára, amikor magam sem tudom, hogy miért, de húztam még egy kicsit az időt.

– Hogy ért véget ez a belső emigráció?

– Egyik este csörgött otthon a telefon. „Ha azt hiszed, hogy tényleg értesz ehhez a légzésrehabilitációhoz, akkor gyere ide Törökbálintra és csináld meg” – hallottam *Strausz János* hangját. Ő akkor ott volt orvosigazgató, és az intézet főigazgatója, nagyon előrelátóan az egyik

osztályt légzésrehabilitációs osztályként finanszírozta az OEP-nél, csak ténylegesen még nem ez a munka folyt ott. Építettek tornatermet, és kialakítás alatt állt egy sóbarlang. Kitűnő lehetőségek voltak. Tudtam, hogy ehhez a munkához magam kevés vagyok, ezért a Korányiból átcsábítottam a legjobb gyógytornászt, és így hoztunk létre egy valódi légzésrehabilitációs osztályt. Nehézséget az jelentett, hogy abban a közegeben nem volt előzménye ennek a munkának, ennek a szemléletnek.

A Korányiban egészen más a helyzet, hiszen itt több mint 100 éves hagyománya van a légzési betegek rehabilitációjának. Őrzök egy különlenyomatot az Orvosi Hetilapból 1904-es dátummal. *Okolicsányi-Kuthy Dezső* 1000 tbc-beteg hidrotériás kezeléséről számol be. Ez a légzési fizioterápia kezdete, amihez különböző rehabilitációs komponensek társultak. Szóval itt a falakból is ezek a hagyományok áradnak. Az 50-es évek óta, *Ungár* főorvos úrtól kezdve a mellkasebészek is tudják, hogy mennyit jelent a betegnek, ha a műtét előtt és azt követően a gyógytornászt is kezeli őket. Egy olyan helyen viszont, ahol ilyen előzményekre nem támaszkodhattunk, nem volt egyszerű az indulás. De a vezetők szándéka segített, beindult és azóta is működik, fejlődik a légzésrehabilitációs osztály Törökbálinton.

– Hogyan került vissza Törökbálintról a Korányiba?

– „Kis magyar csoda”-ként szoktam mesélni ezt a történetet. Miután *Strausz* professzor úr átkerült a Korányiba főigazgatónak, bekopogott hozzám egy építész, hogy a Korányiban légzésrehabilitáció céljára átépítenek egy osztályt. Itt vannak a régi főfalak, ezek az új kisebb kórtermek fürdőszobával, hogy lenne jó a tornaterem, milyen kezelőre lenne szükség és így tovább. Együtt raj-

zoltunk, terveztünk és elkezdődött az átépítés. Láttam időről-időre hogyan halad a munka, és módomban volt előállni különböző ötletekkel. Aztán amikor elkészült, újra lehetőséget kaptam egy osztály felépítésére. Nem volt könnyű sem a tárgyi, sem a személyi feltételek megteremtése, de a csoda mégis megtörtént: ez az osztály erre a feladatra épült, és a munkához megvannak a szakemberek és az eszközök.

– Mikortól lett nagyobb súlya a rehabilitációnak a szakmán belül?

– *Molnár Lajos* minisztersége idejéből származik a híres-hírhedt 30%-os aktív ágyszám leépítés, illetve ezeknek krónikus ágygá minősítése. Ekkor kényszerűségből rehabilitációs osztályokat is létrehozta, noha ennek nem voltak meg sem a személyi, sem a tárgyi feltételei. Így alakult ki az a helyzet, hogy a pulmonológiai hálózatban több mint 20 „rehabilitációs” osztály vagy egység jött létre közel 900 ágygal.

Ez a kényszerhelyzet szülte, hogy újabb és újabb kollégák szereztek szakorvosi képesítést, és egyre több osztályon folyik valódi légzésrehabilitációs munka. Gyarapszik az ismeretünk és a tapasztalatunk, és a visszatérő betegek révén a tüdőgyógyász kollégák is érzékelik, hogy miben tudunk segíteni, mit várhatnak tőlünk.

Ma sok tekintetben mást gondolunk a légzésrehabilitációról, mást tartunk fontosnak, mint 30–40 évvel ezelőtt. Bőséges a szakirodalom kínálata a diagnosztikus és terápiás ötleteket illetően egyaránt.

– Honnan jönnek ide a betegek?

– Alapvető feladatunk az Országos Intézet rehabilitálható betegeknek a kezelése, de igény esetén az ország bármely részéről felveszünk beteget, különösen, ha valami izgalmas, szakmailag érdekes feladatról van szó. Az ismert epidemiológiai helyzetből adódóan a betegek na-

gyobb része a COPD-sek közül kerül ki. Egyre nagyobb számban foglalkozunk perioperatív rehabilitációval, jönnek asztmások és rekeszizom betegséggel, mellkasdeformitással, intersticiális tüdőbetegséggel küszködő, különböző súlyosságú esetek.

Gyakran előfordul, hogy az aneszteziológus vagy a sebész kolléga az onkoteam megbeszélésén azt mondja, hogy ilyen rossz spirometriás értékekkel nem operálható a beteg, és kéri, hogy egy műtét előtti rehabilitációs kezeléssel próbáljunk javítani a légzési teljesítményen. Ennek persze az az előzménye, hogy *Elek Jenő* még 25 évvel ezelőttről, *Kulka* professzor úr és *Pénzes* tanár úr idejéből emlékezett a rehabilitációs munkánkban rejlő lehetőségekre. Éppen most gyűjtjük össze az osztály anyagából az elmúlt 3 év perioperatív kezelésbe vont betegeinek az adatait. Azt eddig is láttuk, hogy a betegek nagyobb részének tudunk javítani a légzésfunkciós értékein, és legalább ennyire fontos a műtét körüli kockázat csökkentése érdekében a fizikai terhelhetőség és aktivitás növekedése. A cél, hogy a beteg operálható állapotba kerüljön. Ebben a munkában a mellkassebészet közelsége miatt speciális helyzetben vagyunk: ez a meglehetősen nagy betegszám és tapasztalat háttére.

– **Hogy látja a légzésrehabilitáció jövőjét?**

– A szakmánknak ez a területe jelenleg felszálló ágban van. Lehet, hogy nincs szükség ennyi ágyra, mint amennyi most nevesítve van, és a munkánk minőségének javítására kell törekednünk, méginkább szétválasztva a krónikus ellátást és a rehabilitációt. A törekvést segítheti az a körülmény, hogy a minimumfeltételeknek megfelelő légzésrehabilitációs osztály finanszírozása rentábilissá teszi a működést. A rehabilitáció multidiszciplinális team-munka. A

mai nehéz helyzetben is törekedni kell arra, hogy a terápiás csapatban legyen pszichológus, szociális munkás és főként sok-sok gyógytornász. Ha a szándék megvan, ezek elérhetők.

Mint korábban már mondtam, jelenleg a legnagyobb feladat a rehabilitációt igénylő 4-500 ezres COPD-s betegcsoport ellátása, bevonása a kezelésbe. Fontos volna, hogy minden fokozott műtéti kockázattal bíró beteg – a posztoperatív szövődmények csökkentése érdekében – a műtét előtt és azt követően rehabilitációban részesüljön. Amennyiben megvalósulnak a tüdőtranszplantációval kapcsolatos tervek, ezeknek a betegeknek az előkészítése és utókezelése jelenleg pontosan még fel sem mérhető munkát jelent. Ezeken túl a legnagyobb feladatnak és lehetőségnek – a közelmúlt EU-s pályázatára is gondolva – az ambuláns rehabilitáció kiépítése, hatékony működtetése tűnik. Egy-egy regionális légzésrehabilitációs osztály, 3-4 jó színvonalon dolgozó ambuláns bázissal, szerintem ez az ideális jövő.

– **A szűkülő pénzügyi lehetőségek mellett miért éri meg rehabilitálni a COPD-s betegeket?**

– Hogy szigorú pénzügyi szempontok szerint megéri-e, azt nem tudom pontosan, de a betegek szempontjából biztosan haszonnal jár. Ezt látjuk az évről-évre visszatérő betegek állapotának alakulásán is. Sok evidenciát ismerünk a szakmából, tudjuk, mit jósol meg a Fletcher-Peto görbe, hogy mennyi FEV₁-et kellene veszíteni a betegnek évente, és hogy mikor illik meghalnia. A munkánkkal arra törekszünk, hogy a betegek *ne feleljenek meg* ezeknek a prognózisoknak. Ha a rehabilitáció eredményeként jobb lesz az életminősége a betegnek, ha a családban és a tágabb környezetében biztonságosan mozog, nem izolálódik, nem rekeszti ki magát a társadalomból, akkor ez

mind-mind haszon, tehát megéri a munkát.

A rehabilitáció célja, hogy a beteg aktuális állapotából kihozzuk a lehető legjobb funkcionális teljesítményt. Előfordul, hogy egy finálisan lévő beteg esetében ez a legnagyobb teljesítmény azt jelenti, hogy a beteg nálunk szeretné befejezni az életét, és mindent megtesz azért, hogy egyetlen napig se kelljen mosdatni, pelenkázni, ne váljon abszolút kiszolgáltatottá. Akkor azt mondom, hogy ez is rehabilitáció, mert hozzásegítettük ahhoz, hogy emberi módon haljon meg. Ez persze szélsőséges eset, de mutatja, hogy mennyire színes ez a munka.

– **Kiket tekint mestereinek?**

– Nehéz erre a kérdésre válaszolni, mert könnyű egy szakmát úgy megtanulni, hogy van kitől ellesni a fortélyokat, netán még oktatja is valaki az embert. Viszont ez nekem – különböző okokból – nem adatott meg, nem sok módomban volt együtt dolgozni olyanokkal, akik a szakmának ezt az ágát művelték. Utaltam már rá, hogy *Levendel* főorvos úr munkája mértékadó volt. Rehabilitációs szemlélete az asztmás, a tbc-s és az alkoholista betegek kezelésében folyamatosan érzékelhető volt. Tőle tanultam a team-munka lényegét, hasznát. A tételes szakmai tudást a szakirodalomból kellett összegyűjteni, illetve a kezelési technikákat a gyógytornászoktól ellesni.

Azt gondolom, hogy egy osztályt is könnyebb úgy vezetni, ha azt „megöröklí” valakitől az ember. Adott a kubatúra, megvan a nővérstaff, megvan minden a működéshez, és az új vezető ezt igyekszik a saját képére formálni. Nekem viszont a pályám során abban a szerencsében volt részem, hogy két esetben is egy új osztályt építhettem fel, a Korányiban lévő egészen a tervektől kezdve. A gyógytornász-főnővérrel mi

úgy jöttünk ide, hogy az osztály üres volt: se egy ágy, se egy szék nem volt itt, mindent úgy szedtünk össze darabonként a raktárakból, meg innen-onnan. Lassan verbuválódtak a munkatársak is.

Visszatérve tehát a kérdéshez, hagyományos értelemben nem tudok senkit mesteremként megjelölni. Olyanokat tudok ismét felsorolni, akik támogatták a törekvéseimet: *Hutás Imre, Kulka Frigyes és Maróti Antal* főorvos úr, illetve *Bálint Géza*, akitől a reumatológiát tanultam, és aki segített abban, hogy a légzési fizioterápia része legyen a szakorvosképzésnek.

– **Mire a legbüszkébb az eddigi pályafutásából?**

– Ezen a kérdésem így még soha nem gondolkodtam. Inkább gyakran az jár az eszemben, hogy több tehetséggel és szorgalommal valószínűleg többet is el lehetett volna érní. Talán több lehetőség is lett volna ezen a speciális interdiszciplinális területen.

Volt egy légüres tér a szakmában, amiben úgy 25 évig egyedül mozogtam. Lírai hangulatomban – *Nagy Lászlóval* szólva – azt szoktam mondani, hogy *a fogammal tartva, én hoztam át a légzésrehabilitációt a túlsó partra*. Ha van valami teljesítményem, akkor talán ez az.

– **Otthon kik büszkék Önre?**

– Nem tudom, hogy ok lennék-e büszkeségre. Van két fiam, és az, hogy ők már felnőtt fejjel tisztelnek, respektálnak, mindenképpen jó érzés. Amikor pályaválasztás előtt

álltak, illedelmesen, jól nevelten mind a kettő megkérdezte, hogy elvárjuk-e tőle, hogy orvosnak menjen. Miután kisgyerekkoruktól látták, hogy mennyit ügyelünk, hogy estéről estére csak egyikünk van otthon, átélték, hogy mindig utolsóként hoztuk el őket a bölcsődéből, az óvodából, ezek után nagy vonzalmuk nem támadt az orvosi pálya iránt, és természetesen felmentést kaptak. Az egyikük jogász lett, a másik mérnök. A nagyobb fiúnál kettő, a kisebbnél egy gyerkőc van, akikkel most már jól el lehet tölteni az időt.

Úgy látom, hogy megtanulták a fiaink, hogy a munka nem robot, hogy azt kell csinálni az életben, amihez valami adottságunk van, de azt a lehető legjobban.

– **Mivel tölti a szabadidejét?**

– Szeretek matatni a ház körül, nem idegen tőlem semmiféle munka. A pincében van gyalupad, köszörű és még pár szerszám. Gondozom a kertet, és a kisebb dolgokat magam megjavítom.

A feleségem gondoskodása révén minden évben van 2-3 koncertbérletünk, és ezek a zenehallgatások igazi élvezetet, felüdülést adnak, különösen úgy, hogy gyakran baráti, társasági programmal is kapcsolódnak.

A hobbik között talán egy gyűjtőszöveget említhetnék még. A könyvek diákkorom óta fontos részei az életemnek. A polcokon vagy kétezer kötet sorakozik, az olvasás mindig biztos pont, és most már, hogy a gyerekek elmentek, megada-

tit a szombat-vasárnap reggeleknek a gyönyörűsége: ágyban olvasni és kávézni.

– **Hogyan foglalná össze a szakmai ars poeticáját?**

– Nem tudok én nagy bölcsességeket mondani. A szakmámmal kapcsolatos fontosabb gondolataimat elmondtam, de talán azt hangsúlyoznám a beszélgetés végén, hogy a rehabilitáció nem egy különálló diszciplína. Minden szakterületnek, a kardiológiának, a pszichiátriának és persze a tüdőgyógyászatnak is a maga betegeit kell rehabilitálnia. Aki ezen a területen dolgozik, annak az alapszakmája mellé természetesen szüksége van rehabilitációs ismeretekre is.

Amikor pár évvel ezelőtt már úgy gondoltam, hogy én semmiféle dologból nem akarok vizsgázni többet, akkor *Strausz* professzor úr mondta, hogy „a rehabilitációs szakvizsgát azért csak meg kellene már csinálnod”. Erre mondtam, hogy én már semmit, nekem ez a három elég. „És hogy néz majd ki, hogy más levizsgázik, neked meg nem lesz légzésrehabilitációs szakvizsgád?” – kérdezte. Így történt, hogy némi huzavona után kitapostam azt a lehetőséget, hogy nemcsak a korábban elfogadott mozgásszer- vi rehabilitációs szakvizsga létezik, hanem „orvosi rehabilitáció”-ból is lehet szakvizsgát tenni, ráépítve az alapszakmára. Így történt, hogy az enyém lett az első szakvizsga a szakmánkban. ■