

## „A betegnek adott szó megszeghetetlen”

Beszélgetés dr. Matkó Idával

*Azzal, hogy másokon segíték, magamon is segíték. Amikor a férjemet egy autóbaleset miatt egyetlen pillanat alatt elveszítettem, megfordult a fejemben, szabadságra megyek. Végül új munkába, új dolgok szervezésébe kezdtem. Nagyszerű, képzett embereket találtam ahhoz, hogy addig érinthetetlen kérdéssel, a hazai egészségügy betegjogi problémáival foglalkozzam. Ez mentett meg az összeomlástól. Az adja holnapra az erőt, amit az élet ma akár szakmailag, akár más téren elem hoz, problémaként – mondja dr. Matkó Ida egyetemi docens, a Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinikájának aneszteziológus szakorvosa. Mióta elsőéves gyakornokként közreműködött az első hazai vese-transzplantációban, közel hétezer szívbetegét segített át élete legkritikusabb szakaszán, köztük sok újszülöttet és csecsemőt is. Tulajdonképpen a gyerekek miatt akart mindent megtudni az aneszteziológiáról. Munkáját és tudományos érdemeit itthon és külföldön is elismerik – több jelentős szakmai díj birtokosa.*

**– Hivatalos napi munkaidőd nagy részét a műtőben töltöd. Hosszú távon hogy lehet ezt fizikai és lelki erővel bírni?**

– Az elmúlt 42 év alatt gyakran előfordult, hogy 10-12 órát is a műtőben töltöttem egy nap, és ez manapság is megeshet. De ezt ne valamiféle önfeláldozásnak tartsd a részemről! Szeretek a műtőben dolgozni. Mostanában túlvállalom magam, amire persze szükség van, mert kevesen vagyunk, de azért is, hogy a csalódásaimat transzformáljam. Sokáig alig volt érdeklődés a szakma iránt, ma valamivel többen szakvizsgáznak aneszteziológiából. Hivatásunk presztízse még mindig alacsony, néha kizárólag a végrehajtó szerepébe kényszerítenek bennünket.

**– Pedig nélkülözhetetlen!**

– Első főnököm, Petri Gábor professzor a Szegedi Sebészeti Klinikán nagyon sokat tett, hogy a sebészek és a szélesebb szakmai közvélemény is elfogadja az aneszteziológiát mint klinikai tudományt. Talán az elsők között ismerte fel, hogy az élettani egyensúly lehetőség szerinti fenntartása műtét alatt, illetve azt követően a lehető leggyorsabb helyreállítása alapvetően befolyásolja a műtét utáni eredményeket. Egyszerűbben kifejezve: nem mindegy, mi történik a beteg-

gel műtét alatt. Hogy a pácienssel legalább olyan körültekintően kell foglalkoznia az aneszteziológusnak, ahogyan a sebészeti beavatkozást elvégzik. Úgy hitte, hogy a műtét, a műtét alatti kezelés és a beteg műtét utáni vezetése egységes szemléletet kíván. És azt vallotta, hogy ez orvosi munka, amely nem adható „albérletbe”! Nem szabad elfelejteni, hogy az általa vezetett klinikán, már a 70-es években szó szerint minden, úgynevezett nagy beavatkozásnak tartott műtétet elvégeztek. Sikerorientált szemléletű, az újra érzékeny főnök volt, tanítványai a kezdeményezésről, a kreativitásról ismerhettek meg ma is. Szegedről Petri professzor nyugdíjba vonulása után jöttem el Budapestre. Itt egészen más szemlélettel találkoztam, és a körülmények sem voltak optimálisak – ma sem azok. A szegedi évek alatt jelentős időt töltöttem el munkavállalással Angliában, Nyugat-Európában, később Amerikában ösztöndíjjal és magánkezdeményezésre. Tapasztaltam, hogy azonos korú, hasonló szakmai területen dolgozó angol vagy német aneszteziológusok teendői, lehetőségei, erkölcsi és anyagi megbecsültsége jobb, mint az itthon dolgozóké. És ami talán ennél is fontosabb hosszú távon: jobbak a munka körülményei,

szervezettsége, a gondos tervezés, egyszóval a munkakultúra.

**– Te miért akartál aneszteziológus lenni?**

– Nem akartam! 1967-ben végeztem a Szegedi Orvostudományi Egyetemen summa cum laude diplomával, népköztársasági ösztöndíjasként. De nem volt kapcsolatom vagy pártfogóm, és nem voltam „orvosgyerek” sem, így nem kaptam állást Szegeden. Amit az akkori rend szerint a minisztérium biztosított: állás vidéken, egészségügyi feladattal. Én pedig olyan állást szerettem volna, ahol szakvizsgát tehetek. A gyermekgyógyászat érdekelt, később már a belgyógyászattal is kiegyeztem volna. Aztán a sebészeti klinikán kötöttem ki. Petri professzor volt akkor a rektor, ő foglalkozott azokkal a renitens fiatalokkal, akik munka nélkül kallódtak. Behívatott, hogy mégis mi volna az elképzelésem. Mondtam neki, hogy gyermekgyógyász szeretnék lenni. Gyermekgyógyász helyet nem tud, válaszolta, de felajánl egy aneszteziológusi állást a saját klinikáján. Két hónapig hezitáltam. Mivel más ötletem nem volt, úgy döntöttem, vállalom, mert akkor már másfél éve állás nélkül voltam. A szívsebészetre kerültem, ahol előbb megriadtam a sok ismeretlen berendezéstől, aztán megszerettem – talán ezért is ragaszkodtam mindvégig ehhez a területhez. Három év múlva, amikor a klinika a szakvizsgára való jelentkezést intézte, Petri professzor szólott, hogy van állás a gyermekklinikán, és szívesen segít. Aki ismerte őt, tudta, nem „elsegíteni” akar az intézetéből. Viszont én már maradni akartam. Azóta több mint hétezer szívbetegét kísértem végig azon a nehéz úton, amit a műtét és a műtét utáni kezelés jelent.

**– A transzplantációs anesztézia speciálisabb felkészültséget igényel, mint például egy vakbélműtétnél végzett altatás?**

– Azt gondolom, igen is, meg nem is. Ez némi magyarázatot kíván. Az ellátás mozaikszerűen áll össze. Az aneszteziológus általában használ relaxánst, altatószert, fájdalomcsillapítót, működteti és felügyeli a lélegeztetőgépet és a helyzettől függően alkalmaz monitorokat, a műtét után különböző kezeléseket. A transzplantációs anesztézia nem különbözik egy

súlyos szívbeteg ellátásától, eltekintve néhány speciális gyógyszerrel persze. A tennivalókat valójában a páciens különleges állapota határozza meg. Például egy súlyos szívizom-elégtelenségben szenvedő másképp reagál a gyógyszerekre a fennálló sokszervi elégtelenség, valamint az alkalmazott fenntartó gyógyszeres és támogató kezelések miatt. Tehát másképpen kell dozírozni az alkalmazni kívánt gyógyszereket, bevezetni az altatást, vezetni a műtét utáni időszakban a beteget fizikailag és lelkileg. A „másképpen” azt is jelenti, hogy tapasztalat birtokában válogatva, személyre szabva alkalmazhatók az egyébként részletesen kidolgozott kezelésminták.

– *Gyermekeknél, gondolom, még bonyolultabb ez a feladat.*

– A gyermekek valóban összetett problémát jelentenek az aneszteziológus számára, hiszen egy kicsit gyermekgyógyásznak is kell lennünk. Más nyelven beszélnek – a testük éppúgy, mint a lelkük. Más a reakciókészségük, pillanatok alatt összeomolhat a kerin-

Az országban először Szegeden kezdtek el nagyér-transzpozíciót operálni a 70-es évek vége felé. Ez egy speciális cyanotikus fejlődési rendellenesség, a nagyerek felcserélődve erednek a szívből. Az ebben a betegségben szenvedő gyerekek egészen sötétkékek. Gyakran nem tudunk segíteni rajtuk. Ez késztetett arra, hogy felkekedjek és elmenjek a világ néhány nagyobb szívcentrumába tapasztalatot gyűjteni. Először a londoni Guy's Hospitalban dolgoztam, majd másfél évet a leedszi szívbészeten. Mindkét intézetben igen kiváló eredménnyel végeztek gyermek- és felnőttműtéteteket is. A leedszi kórházból eljutottam egyetemi képzésekre, továbbképzésekre, s szinte minden szívbészeti centrumot megismertem Angliában. Ezek után szinte természetes, hogy a kandidátusi disszertációm a csecsemő- és kisgyermekkorban végzett szívűtétek anesztéziájából írtam.

Amikor eljöttem Szegedről, már a világ legtöbb szívbészeti klinikáját meglátogattam. Ritkábban állami, gyakrabban magántámogatással utaztam, olykor saját pénzből, néha egyetlen fillér nélkül. Csak vettem a hátizsákomat és nekiindultam. Eze-



Fotó: Spilák Zsuzsa

ken az utakon úgy gyűjtöttem az újat, az érdekeset, mint a valamikori céhlegények. Később Cambridge-be is eljutottam Soros-ösztöndíjjal, több hónapra, ahol a szív- és tüdőátültetések anesztéziáját tanulmányoztam.

– *Ma már talán a magad számára is kalandosnak tűnik, hogy honnan volt benned ez az elszántság.*

– Nem hiúság vagy szakmai ambíció motivált, hanem az a mérhetetlen fájdalom és szenvedés, amit azoknak a haldokló gyerekeknek a tekintetében láttam, akiket nem tudunk megmenteni. Felnőtteknek is nehéz azt mondani, hogy nem tudok segíteni. De gyerekeknek, az szintizta gyötrelmem az orvos számára is!

Szegedről a Semmelweis Egyetem II. Számú Gyermekklinikájának szívbészeti osztályára pályáztam. Négy év után továbbálltam innen, pedig, ahogy az eddigiekből kiderült, ez volt az álmom. Miért? A válasz egyszerű.

Már vezető aneszteziológus voltam a klinikán, mégsem volt szavam abban, hogy legalább egy orvos legyen minden műtőasztalnál. Hiába mondta az asszisztensnő, hogy nem vállalja az altatást orvos nélkül, akkor is elvégezték a műtétet helyi érzéstelenítéssel.

Ilyenkor sírt a műtősnő, sírtak a körülállók, mert a pici gyerek visított, mint akit nyúznak, amikor megnyitották a sérvét vagy a hasát. Tehetetlen voltam. A frusztráció, amit a személyi feltételek és az eszközök hiánya, valamint a kényszerűségből megkötött kompromisszumok okoztak, számomra sem volt következmények nélküli. Eljöttem, bár ezzel ott helyben semmi nem oldódott meg, de nem akartam kiégetten mindenbe belenyugodni, vagy mint annyian, elhagyni a pályát.

– *Mégis, volt olyan élményed a gyermekklinikán, ami mindezek ellenére megerősített abban, hogy van értelme, hogy jól választottál hivatást?*

– Emlékszem egy nagyon beteg, pehelykönnyű szőke kislányra, talán tizenhét hónapos lehetett. Fallot-

kórbán szenvedett, veleszületett szívfejlődési rendellenességgel született. Rendkívül nehéz műtéten esett át. Úgy nézett ki, hogy nem tudjuk levenni a szív-tüdő készülékről, s akkor megegyeztünk, hogy nem a szakirodalom által előírt mennyiségű gyógyszer adjuk neki, hanem sokkal többet. Sokszorosát kapta annak a szívűtmogató gyógyszernek, amit felnőttek szabad beadni. Ez a csöppség huszonnégy órán belül kinyitotta a szemét és kicsi kezeivel kapaszkodott az enyémben. Néhány nap múlva már ott túrázott a kis pelenkás fenekével az osztályon, és senki nem akarta elhinni, hogy ez megtörténhet. Én személyesen talán soha nem találkoztam a szülőkkel. Viszont írtak nekem levelet a kórtörténeti dossziéba, hogy kedves altató doktornő, és felsorolták, gyermeküknek melyik a kedvenc játéka, mit szeret enni, és mit nem, milyen szóra csukja be a szemét, otthon, az

esti mese miről szól. Sokszor a levelet a gyerek holmijában találták, és Szege-di Éva főnővér mosolyogva hozta nekem. Ezek olyan dolgok, mert személyesen hozzád szólnak, hogy elérik a szíved! A szülők megelégtették a bizalmat, és megpróbáltam ennek eleget tenni. A mesterség részfeladatait, például vénát szűrni, összeállítani egy eszközt, kiszámítani a gyógyszer, helyére tenni a lélegeztetőcsövet és még sok egyéb fogást, meg lehet tanítani. A gyógyítás más kérdés. A kicsik között tanultam meg, hogy ahhoz, hogy működjön, szükséges az odafordulás a beteghez, el kell fogadnom őt esendőségében, és bármilyen távol is állnak tőlem a kérdései és aggodalmai, rá kell hangolódnom. Számtalan módja van annak, hogy a másik ember tudomására hozzuk: segíteni szeretnék, elfogadlak, egyenrangú vagy velem, és ha alszol is, az lesz! Ha ezt megéri, a gyerek és a felnőtt is segít neked, ami fél siker. Egy biztos, visszakapod az erőt, amit a munkára fordítasz.

*– Azt gondolom, ez a hozzáállás az emberképből fakad, aminek a személyes értékrend az alapja.*

– Legalább kétféle orvosi mentalitás létezik: van, aki úgy tekint magára, mint megmentőre – én vagyok az orvos, a mindenható, aki a te sorsodat meghatározza; s van, aki a beteg egészséges meghosszabbításaként értelmezi önmagát, s nem úgy, mint aki fölötté áll. Engem nagyon bánt, karcos, sért az a hang, amikor a kolléga odalép a beteghez és azt kérdezi: Már megint itt van, már megint ezt vagy azt tette, vagy éppen nem tartotta be saját érdekében? A számonkérő hang szembenállóvá tesz. Én a hivatást szolgálatnak tekintem. A szolgálat az én értelmezésemben azt jelenti, hogy a tudás és a képességek birtoklásával lehetőséget kaptam a fájdalom és szenvedés mérséklésére. Egyik betegem mostanában – súlyos állapotban komplikált szív-ér műtéten esett át, tartottam is a szövődményektől – azt mondta nekem a búcsúzásakor a műtétjéről: „Örülök, hogy ebben az élményben lehettem részem.” Az élmény szót használta, pedig a hivatalos megfogalmazás szerint súlyos életveszélyezett műtéten volt túl!

Sokszor végigcsinálunk egy műtet, és tudjuk: a beteg meg fog halni. A haldokló betegemhez is minden nap

odamegyek, akár többször is, az utolsó pillanatig igyekszem tenni érte vagy legalább jelen lenni. A különböző emberképből, de fogalmazhatok úgy is, hogy az orvos-beteg kapcsolat különböző etikai megközelítéséből adódóan, jól gondoldod, mindennaposak a konfliktusok.

Etikailag az orvos-beteg kapcsolat lényegét az én másikért való felelősségemmel határozom meg. Ahogy a francia bioetikus, Levinas (1982) írja: „A Másik sorsa, most azon múlik, amit én teszek. Létezésem számít, következményei vannak...!” Erre a tapasztalat, a szüntelen tanulás, a siker és a kudarc tanítja meg az embert. A személyes felelősséget a modern gyógyítás hivatásetikája nem mellőzheti. Az orvos minél inkább döntéshozó helyzetben van, annál kevésbé bújhat nagy értékű gépek, eljárások, gyógyszer alkalmazása, az adatok és a teammunka, a közös felelősség hangoztatása mögé.

*– De bizonyára vannak nem remélt győzelmek is, hiszen a szív annyira kiszámíthatatlan, s olykor nemcsak átvitt, de fiziológiai értelemben is meglepő fordulatokra képes.*

– Már itt dolgoztam az Ér- és Szívsebészeti Klinikán, amikor egy alkalommal egy nagyon idős asszonyt hoztak az intenzív osztályra, aminek én voltam akkor a „vezetője”. Miközben tettem-vettem, igyekeztem rajta tartani a szemem és a fülem. Egyszer csak kicsapódik az ajtó, és az ügyeletes teamvezető professzor lép be a fiatal kolléganővel és nagy hangon a csukott szemű beteg mellett azt mondja: „Ennek a betegnek most zajlik az infarktusa, átvettük, megoperáljuk, de semmi remény, gyógyíthatatlan, meg fog halni!” A 76 éves néni fülelt. A hallottak indítottak arra, hogy elvállalom ennek a néninek a narkózisát, amire még aznap este sor került. Amikor odamentem hozzá, alvást színlelt, de folytak a könnyei és nem akarta kinyitni a szemét. Mondtam neki, hogy igen, én is tudom, hogy zajlik az infarktusa, hogy kicsi az esély a győzelemre, de a tíz százalék megvan, és erre a tíz százalékra gondoljon. A műtét sikerült. Hamarosan átvitték egy rehabilitációs osztályra, ahonnan később hazament. Kétségtelen, hogy antidepresszánt kellett neki adni, hogy le szoktassuk a lélegeztetőgépről. Hasz-

nos tudni, hogy bármelyikünkkel megtörténhet!

*– A transzplantációt egy roppant bonyolult döntési folyamat előzi meg, amelynek számos bioetikai és világnézettől függően teológiai vonatkozása is van. A te érdeklődésed mikor fordult a bioetika felé, amit oktatsz is a Semmelweis Egyetemen? S nyilván a teológia is érdekelt, hiszen a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen négy évig hallgattál hittudományt.*

– Cambridge-ből hazatérve kért fel Vizi E. Szilveszter professzor, hogy az angliai tapasztalatok birtokában reflektáljak a magyar transzplantációs gyakorlat jogi és etikai vonatkozásaira mint meghívott szakértő az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságában (ETT TUKEB). Akkor elindult egy vita a bizottságban, hogy jól szabályozott-e a magyar gyakorlat, milyen a szabályozás az európai országokban, van-e szükség változtatásra, s ha igen, akkor milyen okok és megfontolások miatt? A vita szerteágazó és heves volt, a szabályok megváltoztatására a bizottság mégsem tett javaslatot. Szerintem, az akkor felvetett kérdések – többek között, hogy hogyan távolítható el holttestből szerv vagy szervek – ma is aktuálisak, de megnyugtatóan ma sincsenek rendezve. Attól függően, hogy a szervátültetésnek, ami a szervbegyűjtést, -adományozást, -kivételt, a szerv behelyezését, majd a transzplantált gondozását érinti, melyik fázisában vagy közvetlenül érintve, befolyásolja a válaszod a halottból történő szerv vagy szervek eltávolításának döntési jogáról. A segíteni akarás, a személyes hiúság és ambíció, a tudomány szerint halálra ítélt betegek irántad kifejezett várákozása, hogy tegyél csodát, szerezzél szervet – erős készítés. A donor orvosának pedig egy fiatal haldokló vagy agyhalott ember gondját kell magára venni. Hogy az illető hogyan képzelte abban a végső pillanatban a döntését? Ma sem látok más megnyugtató választ, mint a tájékozott döntés elvének elismerését. A TUKEB-nek több mint nyolc éve rendes tagja lettem. Amikor taggá választottak, jelentkeztem hallgatónak a teológiára. Hiányaim voltak, pótolni akartam! A tagság és a teológiai tanulmányok így függenek össze. A bioetika szinte minden forró területe va-

lamilyen konkrét ügy kapcsán szóba került a bizottságban. Az életvégi döntések, az eutanázia, a transzplantációval kapcsolatos felvetések olyan dilemmák, amelyekben a mai napig nincs egyértelmű állásfoglalás, illetve konszenzus a szakmában. A gyakorlatban a fentiekkel kapcsolatos döntéseket kicsit elkenjük, inkább homályban hagyjuk, „majd az élet megoldja” felkiáltással. Az élet, tapasztalatom szerint, ezeket a kérdéseket nem szokta megoldani, ezzel szemben állíthatom, hogy szoktak rossz döntések és megoldások születni.

– *A fogyasztói szemlélet, vagy ha úgy tetszik, a kultúránk hatása aligha segíti az életvégi döntésekkel kapcsolatos határozott álláspont kialakítását.*

– Egy roppant izgalmas átmeneti korszakot élünk: az orvostudomány szinte naponta kínál új perspektívákat, amelyek jogi, etikai, filozófiai és teológiai válaszokat igényelnek. Sok, korábban halálos betegség ma már gyógyítható, de a páciens döntését igényli, vállalja a beavatkozás kockázatát vagy sem. A laikus ember élete során néhányszor, az intenzív osztályon vagy a műtőben dolgozó orvos biztosan gyakrabban szembesül olyan helyzettel, hogy élet-halál szituációban döntést kell hoznia. A hozzátartozó rokona, az orvos betege helyett kezelés vagy kezelések mibenlétéről, folytatásáról vagy felfüggesztéséről dönt. Könnyebb a döntés a laikusnak, ha előzőleg ismeri, megérti és átgondolja, miről van szó. Az orvos számára a páciens „living will”-je, élő végrendelete, vagy érthetőbben: végrendelete az életről az elfogadott kezeléseket mibenlétét határozza meg. Élő végrendelettel klinikai gyakorlatomban nem, az alapítványi munkában néhánnyal találkoztam. A témában való tájékoztatás, a megbeszélés, a párbeszéd tekintetében 20-30 évvel biztosan elmaradtunk a nyugati medicinától.

– *Orvosi hivatásod mellett a Szószóló Alapítvánnyal, annak elnökeként abban is aktív szerepet vállaltál, hogy a betegek ismerjék meg a jogukat, és mindenki számára világos legyen: az emberi méltóság és az önrendelkezés tiszteletben tartása az egészségügyi szférára is vonatkozik.*

– Az egyre bonyolultabbá váló és egyre nehezebben követhető ellátásban megváltozott a korábbi paterna-

lisztikus orvos-beteg viszony. A beteget már nem egyetlen orvos, hanem többfős egészségügyi stáb kezeli. De a betegek is egyre inkább elvárják, hogy a pénzükért minőségi szolgáltatást kapjanak, valamint partnerként vehessenek részt az eljárásban. Ráadásul a gyógyulási folyamatra a kezelést végzők szakértelmén, munkájuk minőségén és a tárgyi körülményeken kívül az is kihat, hogy emberszámba veszik-e a pácienseiket, azok tisztában vannak-e a betegségük okaival, lefolyásával, következményeivel, kórházban a kapcsolattartás lehetőségeivel, sérül-e az intimitáshoz való joguk... E felismerések következményeként a kilencvenes évek közepétől az európai országok sorra kialakították a saját betegjogi szabályozásukat – elsőként Finnország és Norvégia.

– *Magyarország felzárkózását, ahogy olvastam, jelentősen segítette az 1994-ben kifejezetten betegjogi képviseletre megalakított Szószóló Alapítvány.*

– Amikor az uniós csatlakozás kérdései felmerültek, az egészségügyi törvényt is közelíteni kellett a nyugat-európaihoz. Angliában már volt betegjogi charta, de állásfoglalásokkal a 90-es években szinte minden ország rendelkezett. Mi ebben nagyon el voltunk maradva. Amikor Kapócs Gábor volt az egészségügyi államtitkár, az ő vezényletével készült új törvény. Sok-sok órát töltöttünk el a minisztériumban az egyes fejezetek szavankénti egyeztetésével. A betegek jogait – amiket addig legfeljebb az alkotmányból lehetett levezetni – akkor tételesen, jól áttekinthetően felsorolták. Leírták, hogy a betegeket az állapotuknak megfelelő és az egyenlő bánásmódot nem sértő ellátáson túl megilleti az emberi méltósághoz, a kapcsolattartáshoz, a gyógyintézet elhagyásához, a tájékoztatáshoz, az önrendelkezéshez, az ellátás visszautasításához, az egészségügyi dokumentáció megismeréséhez és az orvosi titoktartáshoz való jog – csatolva mindezek részlet-szabályait. Az ellenzők látványosan nem értették, hogy mégis mi közük van a betegeknek ahhoz, hogy mi történik velük – de a törvény 1998 januárjában hatályba lépett. Ezzel lehetővé vált, hogy sérelem esetén panasszal lehessen fordulni az eset súlyának megfelelő fórumhoz: az intézmény veze-

téséhez, etikai bizottságához, fenntartójához, a tisztiorvosi szolgálathoz (ÁNTSZ), az orvosi kamarához, a civil szervezetekhez, az állampolgári jogok országgyűlési biztosához, vagy közigazgatási kérelemmel az Egészségügyi Minisztériumhoz, de adott esetben polgári per is indítható, illetve a legsúlyosabb kötelezettségszegés esetén büntetőfeljelentést is lehet tenni.

– *Mi a tapasztalatotok, a betegek többsége tisztában van a jogaival, illetőleg mernek reklamálni?*

– Ma sokkal inkább, mint 15 évvel ezelőtt, de a folyamat rendkívül lassú. Nagyon nehéz kialakítani azt a mentalitást, hogy a betegek kérdezzenek, merjék szóvá tenni sérelmeiket. A kétgyermekes fiatalasszony is inkább panaszkodni jött. Nyolc hónapig ellenőrizték, amikor második gyermekével volt áldott állapotban. Az utolsó hónapban ugyanazon gondozóhely ötödik ultrahangos orvosa jelezte, hogy a magzat egyik lábával baj van. A szülés után derült ki, hogy a kislány egyik lába hiányzik, részben van combcsontja, és a medencéje deformált. A szerény anyagi körülményeik ellenére az anya feladta vállalkozását, hogy intézhesse a szükséges vizsgálatokat, kiegészítő kezeléseket, konzultációkat és műtéteket. A jogász tájékoztatása után a válasza az volt: „Nem vagyok én olyan, hogy az orvosomat feljelentsem!” Nagyon lassan kezdték el keresni a jogi megoldást, de sajnos már majdnem későn. Nem tudom, itt mi a megoldás!

– *Az aneszteziológusként eltöltött több mint négy évtizedet ugyanígy végigcsinálnád még egyszer?*

– Hadd válaszoljak több részre a kérdést! A gyógyítás mindig öröm volt. Ami a gyermekklinikán velem történt, kicsit a szakmával is történt – azóta saját mércém szerint saját szakmai utat járok. Amikor az egyetemi számárlétron továbbgyekeztem volna vagy nem volt pénz, vagy a „színmel” volt baj, előbb túl fiatal, később túl idős voltam a kinevezéshez. Köznap értelemben vett karrier és siker tehát nem lett az osztályrészem. Másrészt viszont egyre többen tudnak a jogaikról, néha képesek is azokat érvényesíteni. Az emberek egészségtudatos viselkedését azonban a jog semmiképp, inkább az érdekeltség formálhatja, ehhez viszont elegendő ismeret-

tel kell rendelkezniük. Tanúi vagyunk az ellátórendszer működésének, he-  
tente négy-öt panaszos levelet olvas-  
sok, egyik szomorúbb a másiknál. Az  
1997-es törvény életre hívta a betegjo-  
gi képviseleti rendszert. Modellkísér-  
letünk (1996–1998) alapján már akkor  
járhatóbb útnak mutatkozott a jogvé-  
delemben a nemzetközi modellek kö-  
zül a parlament mellett működő  
ombudsman, regionális képviselettel.  
E tekintetben a javaslatig sem jutot-  
tunk el. Optimista megfogalmazásban  
európai szintű szabályozásunk van,  
ám a gyakorlat mást mutat.

A bioetikaórán az eutanázia kérdés-  
köréről volt szó. Feláll a hallgatónő, és  
azt mondja: „Tanárnő, mindennel  
egyetértek, amit elmondott, de azt a  
magatartást nem tudom elfogadni,  
hogy a tekintélyes kolléga azzal a  
mozdulattal dobja be a pénzt a kávé-  
automatába, amivel lekapcsolja a gye-

rek lélegeztetőgépét, anélkül, hogy  
megbeszélte volna a szülőkkkel és ve-  
lem, a gyermek ápolójával.” A „tekin-  
tély” szót használta, gondolom ösztö-  
nösen.

A másik hallgató arról beszél, hogy  
a beteg életét talán mindössze hat órá-  
val rövidítette meg a lélegeztetőgép  
kikapcsolása, csakhogy a kezelőorvos  
a családnak mást mondott.

Durva egyszerűsítés, hogy az orvo-  
si etika a hálapénzről szól. A gyógyí-  
tás és kutatás területén az orvosok kö-  
zött és az orvos-beteg kapcsolatban  
számtalan régi-új probléma merül fel  
és vár etikai elemzést, újfogalmaz-  
ást. Ma sokszor úgy érzem, mindent  
szabad, kivéve az írott és íratlan szabá-  
lyokra, jogra hivatkozni és azokat be-  
tartani. Tapasztalatom szerint a hallga-  
tó is szemtanúja a döntéseknek, és kí-  
méletlenül kérdez. Egy olyan orvostól  
mit várjak, aki nem beszél meg sem a

kollégáival, sem a beteg hozzátarto-  
zóival, hogy lekapcsolja a lélegeztető-  
gépét? Hogy nem fogja elvenni a bete-  
gem? De el fogja venni! Hogy nem  
emel ki oldalakat a tudományos dol-  
gozatomból úgy, hogy nem hivatkozik  
rám, a szerzőre? De igen! Hogy nem  
fog egy olyan projektet végrehajtani a  
betegeken, ha egy gyógyszergyár jól  
megfizeti, amihez a beteg nem járult  
hozzá? De végre fogja hajtani! Az ap-  
róbb, de gyakoribb csalások belülről  
őrlik fel, hiteltelenítik el a gyógyítást.

Hiszem, hogy az ifjú medikusok-  
nak ugyanúgy szükségük van segítség-  
re és mintára, mint nekem annak ide-  
jén, hogy legyen emberi tartásuk, s  
hogy elhiggyék: a betegnek adott szó  
megszeghetetlen. Akkor is,  
ha ellenőrzik, és akkor is, ha  
nem!



Ferenczi Andrea