

**Életvégi döntések az intenzív terápiában –
az önrendelkezés és a kezeléskorlátozás etikai és jogi vonatkozásai**

Doktori értekezés

Dr. Zubek László

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Kovács József egyetemi tanár, MTA doktora

Hivatalos bírálók: Dr. Filó Mihály egyetemi adjunktus, Ph.D.
Dr. Tarjányi Mária egyetemi docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Bitter István egyetemi tanár, az MTA doktora

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Vimládi László egyetemi tanár, Ph.D.
Dr. Réthelyi János egyetemi adjunktus, Ph.D.

Budapest

2011

Tartalomjegyzék

Ábrajegyzék.....	4
Rövidítések jegyzéke	5
1. Bevezetés	6
1.2 Meghatározások.....	9
1.3 Az emberi jogok kialakulásának története.....	14
1.4 Az emberi jogok csoportosítása.....	17
1.5 Az emberi jogok állami elismerése	19
1.6 Az élethez és emberi méltósághoz való jog értelmezésének hatása az életvégi döntésekre (Meghatározó esetjogi döntések)	24
1.7 Az életvégi döntésekre vonatkozó hazai jogforrások	31
1.7.1 Az egészségügyi törvény	31
1.7.2 Az orvosi beavatkozás büntetőjogi megítélése.....	35
1.8 Az eutanázia határozat.....	38
1.8.1 Nemzetközi kitekintés	38
1.8.2 Különvélemények.....	44
1.8.3 Az eutanázia határozat kritikája	49
1.9 Az eutanázia történelemben	55
1.10 A SZENTÍRÁS életvédő rendelkezései	57
1.11 Az eutanázia fogalmának meghatározása.....	60
1.12 Az életvégi döntések büntetőjogi megítélése, kategorizálása	62
1.12.1 Aktív-passzív eutanázia elhatárolása (tevékenység vagy mulasztás problematikája).....	62
1.12.2 Eutanázia-kegyelemből ölés megkülönböztetése	63
1.12.3 Önkéntes-nem önkéntes eutanázia elhatárolása	64
1.12.4 Direkt-indirekt eutanázia elkülönítése.....	64
1.12.5 Önkéntes passzív eutanázia-életfenntartó vagy életmentő kezelésről való lemondás elhatárolása.....	67
1.12.6 Aktív eutanázia-öngyilkosságban való közreműködés megkülönböztetése	69
1.12.7 A kezelés megszüntetése a beteg beleegyezésével vagy előzetes rendelkezése alapján	69

2. Célkitűzések	71
3. Módszerek	73
4. Eredmények	75
4.1 Tájékozott beleegyezés érvényesülésének vizsgálata.....	75
4.1.1 Formai szempontok vizsgálata	75
4.1.2 Tartalmi szempontok vizsgálata	77
4.2 Az életvégi döntések Magyarországi felmérése	81
4.2.1 Bevezetés	81
4.2.2 Eredmények	82
4.2.3 Korlátok	89
5. Megbeszélés	94
5.1 A tájékozott beleegyezés jogi és etikai problémái.....	94
5.1.1. A tájékozott beleegyezés Magyarországon	95
5.1.2 Amikor a beleegyezéstől el lehet tekinteni.....	97
5.1.3 A tájékoztatott beleegyezéssel kapcsolatos kártérítési perek általános jellemzői	97
5.1.4 Az orvosi beavatkozás büntetőjogi legitimációja : a tájékozott beleegyezés	98
5.1.5 A tájékozott beleegyezés kritikája, orvosi megítélése.....	101
5.2 Az aneszteziológiai beleegyező nyilatkozatok hazai vizsgálatának megbeszélése	102
5.3 A kezeléskorlátozás helyzete a hazai intenzív osztályokon	104
5.4 Az életvégi döntések nemzetközi irodalma	106
6. Következtetések.....	117
6.1 A betegek autonómiájának elősegítése.....	117
6.2 Az életvégi döntések szabályozása.....	118
7. Összefoglalás	125
8. Summary.....	126
9. Irodalomjegyzék	127
10. Saját közlemények jegyzéke.....	135
11. Köszönetnyilvánítás	139
12. Melléklet.....	140

Ábrajegyzék

1. ábra: Az aneszteziológiai beleegyező nyilatkozatok megjelenési formái.....	75
2. ábra: Az anesztéziái beleegyező nyilatkozatok lényeges formai szempontjainak százalékos előfordulása a budapesti kórházak beleegyező nyilatkozataiban.....	77
3. ábra: Az anesztéziái beleegyező nyilatkozatok lényeges tartalmi szempontjainak százalékos előfordulása a budapesti kórházak beleegyező nyilatkozataiban I.....	78
4. ábra: Az anesztéziái beleegyező nyilatkozatok lényeges tartalmi szempontjainak százalékos előfordulása a budapesti kórházak beleegyező nyilatkozataiban II.....	80
5. ábra: A kérdőívet kitöltő intenzíves orvosok megoszlása az alcsoportok szerint....	82
6. ábra: A kezelés meg nem kezdését befolyásoló tényezők fontossága.....	83
7. ábra: A megkezdett kezelés korlátozását befolyásoló tényezők fontossága.....	85
8. ábra: A beteg autonómia érvényesülése az intenzív terapeuták véleménye alapján	86
9. ábra: Az intenzíves orvosok megoldási stratégiái szakmailag hasztalan kezelés esetén.....	87
10. ábra: A kezeléskorlátozás során az egyes szervpótló kezelések leállításának gyakorisága.....	88
11. ábra: Az életvégi triage.....	122
1. táblázat: Az aneszteziológiai beleegyező nyilatkozatok elemzési szempontjai.....	74
2. táblázat: A kezelés meg nem kezdését a szakmai indikációkon túl befolyásoló faktorok hatásának erőssége, az alcsoportok szerint.....	90
3/a. táblázat: A kezelés visszavonását a szakmai indikációkon túl befolyásoló faktorok hatásának erőssége az alcsoportok szerint.....	91
3/b. táblázat: A szervpótló kezelések visszavonásának módja.....	92
4. táblázat: Az intenzív osztályon hozott életvégi döntések aránya a betegforgalom százalékában.....	93

Rövidítések jegyzéke

AAS: Acta Apostolicae Sedis

AB: Alkotmánybíróság

ABH: Alkotmánybírósági határozat

ASA: American Society of Anesthesiologists physical status classification system

BGHSt: Bundesgerichtshofs in Strafsachen

BMA: British Medical Association

Btk.: Büntető törvénykönyv

DNAR: Do not attempt resuscitation

DNE: Do not escalate

DNR: Do not resuscitate

EDC: Egészségügyi Dolgozók Chartája

ENSZ: Egyesült Nemzetek Szövetsége

ESICM: European Society of Intensive Care Medicine

Eütv: Egészségügyi törvény (1997 évi CLIV. törvény)

EV: Evangelium Vitae

IB: Iura et Bona

KEK: Katolikus Egyház Katekizmusa

MOF: Multi Organ Failure

MOK: Magyar Orvosi Kamara

NYHA: New York Heart Association Functional ClassificationA

PVS: Perzisztáló vegetatív állapot

SAPS: Simplified Acute Physiology Score,

SOFA: Sequential Organ Failure Assesment Score

StGB: Strafgesetzbuch

1. Bevezetés

„ Én ismerem a halált, régi szolgája vagyok, általában túlbecsülik, tessék elhinni! Mondhatom, nem olyan nagy ügy az egész. Mert ami kínlődás olykor megelőzi, azt nemigen számíthatjuk a halálhoz, az fenemód eleven história, és akárhányszor életre, gyógyulásra vezet. De a haláltól senki se tudna sokat mesélni, aki onnét visszajönne: mert a halált nem éli át az ember. Sötétségből jövünk, és a sötétségbe távozunk, a kettő között vannak élményeink, de a kezdetet és a véget, a születést és a halált nem éljük meg, nincs szubjektív jellegük, mindenestül az objektív jelenségek területére tartoznak.”

Thomas Mann: Varázshegy

Az intenzív osztályon dolgozó orvosok nap mint nap szembesülnek a Varázshegy orvosa szavainak igazságával, a „kínlődás... fenemód eleven históriájával”, mely megelőzi a betegek egy részének szükségszerű elvesztését. Ez az orvosi munka lelkileg legsúlyosabb, emberpróbáló része, melyet önmagában elviselni is nehéz. Azonban a megpróbáltatások az orvosok számára korántsem érnek ezzel véget. A betegek agóniáját szinte az orvosok „agóniája” is kíséri: a helyzetet rengeteg erkölcsi-etikai szabály, valamint a jog (alkotmányjog, büntetőjog) is próbálja szabályozni, nem beszélve a vonatkozó nemzetközi normákról. A helyzet sérülékenységét a végletekig tudja fokozni az a körülmény is, hogy a haldokló betegek a legritkább esetben minősülnek belátási képességgel rendelkezőnek, így önálló döntéshozatalra nem képesek, a hozzátartozók feldúlt idegállapotukban pedig ritkán mutatnak megértést a gyógyító személyzet irányában, olykor pedig irreális elvárásokat fogalmaznak meg.

Annak ellenére, hogy az orvostudomány orvos szakmai eredményei napjainkban már határok nélkül alkalmazhatók, és az alapvető orvóetikai normákat széles konszenzussal alkotott nemzetközi szerződések és ajánlások (Orvos Világszövetség: Helsinkai nyilatkozat, Európa Tanács: Oviedói egyezmény) rögzítik, az egyes országok konkrét jogszabályai jelentős mértékben különböznek egymástól. A személyes autonómia jogi elismerése és érvényesülésének elősegítése azonban általánosan jellemzi a polgári társadalmak jogalkotását akár a kontinentális, akár a precedens jogi rendszereket tekintjük át. A hatályos hazai jogi szabályozás szélesebb körben teret

enged az önrendelkezésnek, a törvény által szabályozott esetekben (szűkített körben) az életmentő illetőleg életfenntartó kezelés visszautasítását is megengedi, de nem szól az eutanáziáról vagy a kezeléskorlátozásról. Ugyanakkor az egészségügyi törvény több helyen hivatkozik az orvosilag nem indokolt kezelés megtagadásának jogára, mely burkoltan tartalmazza, de nem definiálja a kezelés hasztalanságának fogalmát. A hatályos orvosi Etikai Kódex az eutanázia minden formáját határozottan tiltja, ugyanakkor a gyógyíthatatlan és szenvedő beteg palliatív kezelésénél bevezeti a terminális palliatív medicina fogalmát, és alkalmazását a beteg illetve hozzátartozója beleegyezéséhez köti. Azt lehet mondani, hogy a hatályos hazai jogi és etikai szabályozásunk néhány kivételtől eltekintve megfelel a nemzetközi normáknak, de a betegjogok gyakorlati érvényesülése személyes tapasztalataim és kutatási eredményeim szerint jelentősen elmarad a kívánatostól. A betegek önrendelkezésének előzetes formáit (élő végrendelet, helyettes döntéshozó megnevezése) lehetővé tevő, 13 éve hatályos Eütv. alapján még nem talákoztam életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasításával mindezidáig, valószínűleg a bonyolult és drága eljárási szabályok miatt.

A témáról szóló cikkek, könyvek tárháza a nemzetközi irodalomban beláthatatlanul gazdag, szerteágazó, és jól megfigyelhető a hasonló felvetődő kérdésekre az egyedi megoldások keresése. Ennek fényében dolgozatomban csak arra szorítkozhatom, hogy a vonatkozó magyarországi etikai és jogi normákat elemzem részletesen, a nemzetközi irodalomból pedig csak a kutatási területemhez szorosan kapcsolódó jogszabályokat, nemzetközi egyezményeket, precedenseket, illetve az utóbbi tíz évben megjelent multi-centrikus európai vizsgálatokat ismertetem. A dolgozatomban az alapfogalmak definíciója után először az állampolgári jogok kialakulását, ennek filozófiai hátterét vizsgálom, majd a hatályos egészségügyi jogi szabályozást tekintem át. Kiemelkedően fontos az eutanázia fogalmának elemzése a vonatkozó alkotmánybírósági határozat és az Etikai Kódex megfelelő rendelkezéseinek, valamint a határozatot támadó bírálatok fényében. Ezután az életvégi döntések egyes fajtáinak definiálásával és elhatárolásával foglalkozom, majd ismertetem a tájékozott beleegyezés etikai és jogi problémáit. A dolgozat második részében bemutatom két magyarországi kutatásomat, részletesen elemezve azok módszertanát és eredményeit. A következtetések részben ismertetem az intenzív osztályon meghozott életvégi döntések

gyakorlati szempontú, új felosztását. A dolgozatban nem kívánok foglalkozni az öngyilkosság, az abortusz, a mikro- és makro-allokáció etikai kérdéseivel, a terminális palliatív medicinával, valamint az intenzív osztályon kívül megvalósuló kezelés korlátozás eseteivel sem.

1.2 Meghatározások

Sürgős szükség: az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos és maradandó egészségkárosodást szenvedne (Eütv. 3.§ i).

Életmentő beavatkozás: sürgős szükség esetén a beteg életének megmentésére irányuló egészségügyi tevékenység (Eütv. 3.§ n).

Életfenntartó beavatkozás: a beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányuló egészségügyi tevékenység (Eütv. 3.§ o).

Kompetens személy: a beteg informált döntéséhez szükséges döntéshozatali képesség nem minden esetben egyezik meg a polgári jogviszonyokra kidolgozott cselekvőképesség fogalmával. Az angol szakirodalom ezért megkülönbözteti a cselekvőképesség és a döntéshozatali képesség fogalmát. A kifejezés arra utal, hogy az illető képes az információkat megérteni, saját értékrendje és céljai alapján az alternatívák között választani és dönteni, továbbá azt másoknak világosan kifejezni. Tetteinek és döntéseinek következményeit képes belátni, így adott esetben kompetens lehet olyan személy is, aki korlátozottan cselekvőképesnek vagy cselekvőképtelennek minősül. A kompetencia kizárólag az adott orvosi beavatkozás viszonylatában értelmezhető. A döntéshozatali mechanizmus során célszerű a csúszó standard alkalmazása, mely szerint a beavatkozás kockázatának emelkedésével párhuzamosan mind magasabb szintű megértés szükséges, így az életmentő és életfenntartó kezelések visszautasításának feltétele a legmagasabb szintű megértési képesség.

Tájékozott beleegyezés: a beteg által adott önkéntes, szabad, és informált felhatalmazás az orvos által tervezett beavatkozás elvégzéséhez. Mellérendelt orvos-beteg kapcsolatban a tájékoztatás előfeltétele a beteg informált döntésének, egyben a beteg autonómiájának egyik legfontosabb biztosítója. A tájékozott beleegyezés egyben az orvos autonómiáját is növeli azáltal, hogy a döntés felelőssége megoszlik. Az elvárható tájékoztatás mértékét az Eütv. a „teljes körű” jelzővel adja meg. (Eütv. 13.§ 1)

Hasztalanság: fiziológiai értelemben akkor hasztalan a kezelés, ha nem állítja helyre azt a fiziológiai paramétert, melynek helyreállítására szolgál. Az egyik leggyakrabban használt felosztás szerint kvantitatív értelemben a hasztalanság az orvosi kezelés

fiziológiai hasznosságának nagyon alacsony fokát, kvalitatív értelemben azonban a beteg saját várható életminőségéről alkotott megítélését fejezi ki. A hasztalan kezelést nem kell alkalmazni.

Agyhalál: az agyi folyamatok dokumentált teljes megszűnése, a világszerte elfogadott kritériumoknak való megfelelés. Az agyhalált – amely az agy (agytörzs) működésének teljes és visszafordíthatatlan megszűnése – elsősorban klinikai vizsgálatokkal, a kórlefolyás alapján kell megállapítani. Az agyhalál klinikai diagnózisát kiegészítő műszeres vizsgálatokkal lehet alátámasztani (lásd 2. számú melléklet a 18/1998 (XII. 27.) EüM. rendelethez). Az agyhalál úgynevezett célhoz kötött haláldefiníció, ez a cél pedig a donor (agyhalott) szerveinek sikeres transzplantációja, az agyhalál megállapítása után a beteg jogilag halottnak tekintendő.

Az életfenntartó beavatkozás visszautasítása: a cselekvőképes beteget megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné. A beteg minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza. A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül - megfelelő egészségügyi ellátás mellett is - halálhoz vezet és gyógyíthatatlan. A beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására. A beteg a visszautasításra vonatkozó nyilatkozatát bármikor, alaki kötöttség nélkül visszavonhatja. Cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg esetén az ellátás nem utasítható vissza. (Eütv. 20-21§.)

Előzetes rendelkezés (advance directive): a magyar jogban az Eütv. által bevezetett jogintézmény. A cselekvőképes személy – későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére – közokiratban visszautasíthat egyes életfenntartó, életmentő beavatkozásokat, ha gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. A cselekvőképes személy – cselekvőképtelensége esetére – közokiratban megnevezheti azt

a cselekvőképes személyt, aki a beleegyezés jogát helyette gyakorolhatja (helyettes döntéshozó). Eütv. 22§ (1.c), (2)

Do not attempt resuscitation (DNAR) order: Ne alkalmazz újraélesztést rendelkezés. Ezzel a rendelkezéssel egyedi esetekben jelzik, hogy kórházi klinikai halála bekövetkezésekor a beteg nem élesztendő újra. A rendelkezés a kezelés meg nem kezdésének és abbahagyásának speciális esete, a hasztalanság gyakran vitatott eseteit kivéve alkalmazhatóságának kritériuma a beteg tájékozott beleegyezése [1].

Do not escalate order (DNE): a kezelést az adott szinten kell továbbfolytatni, új kezelések bevezetése nem jön szóba. Ugyanakkor ez a kezelés meg nem kezdésének speciális esete is.

Helyettesített döntés (substituted judgement): Erről beszélünk, ha a cselekvőképtelen beteghez közelálló hozzátartozó, törvényes képviselő a beteg általa ismert preferenciái szerint az orvos által adott információk alapján dönt a beteg kezeléséről.

Élő végrendelet (living will): a hatályos Eütv. által bevezetett fogalom: „A cselekvőképes beteg - ha e törvény eltérően nem rendelkezik - közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy - írásképtelensége esetén - két tanú együttes jelenlétében megtett nyilatkozattal megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki jogosult helyette a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát gyakorolni, illetve, akittájékoztatni kell” (16. § (1/a)).

Orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság (PAS): az életvégi döntések egyik fajtája, az öngyilkosságban közreműködés speciális esete, melyet hazánkban a büntető törvénykönyv 168. §-a nyilvánít bűncselekménnyé: „Aki mást öngyilkosságra rábír, vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt, ha az öngyilkosságot megkísérlik vagy elkövetik, büntetést követ el, és öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”. Azokban az országokban, ahol jogilag megengedett végrehajtása csak a beteg szabad akaratán alapulhat, az orvos a döntés meghozatalában nem vehet részt, így az orvos csak segítséget nyújthat a beteg életének befejezéséhez. Végrehajtása során az orvos aktívan közreműködik a folyamatban (gyógyszerek felírásával, összeállításával, tanácsokkal), de a cselekmény végső szakaszát (a gyógyszer bejuttatását a szervezetbe) a beteg maga végzi el. A büntetőjog a legtöbb országban már a kísérletet is büntetni rendeli.

Életfenntartó kezelés meg nem kezdése (withholding life sustaining treatment): egy olyan életvégi döntés, melynek során valamely életfenntartó kezelést nem kezdenek el, vagy a kezelést nem bővítik tovább, az addig alkalmazott terápia folytatása mellett.

Életfenntartó kezelés visszavonása (withdrawing life sustaining treatment): olyan életvégi döntés, melynek során az addig alkalmazott életfenntartó kezelést aktívan megszüntetik, és a „komfort ellátást folytatják tovább.

A haldoklási folyamat aktív megrövidítése (active shortening of the dying process): Olyan életvégi döntések tartoznak ide, melyek során valaki olyan cselekedetet hajt végre, melynek célja a terminális állapotú beteg szenvedéseinek megrövidítése. A terminus technikus magába foglalja az aktív eutanáziát, az orvos segítségével végrehajtott öngyilkosságot, és még a szedatívumok vagy ópiátok alkalmazása („kettős hatás”) miatt történt indirekt eutanáziát is.

Eutanázia: az Európa Tanács 2003-ban közzétett, 34 országban készített felmérése is kimutatta, hogy az eutanázia meghatározásában, a vizsgált országokban jelentős zavar uralkodik. [2]. Hazánkban is jelentős véleménykülönbségeket találunk az egyes szerzők között, így a későbbiekben magam is megpróbálom definiálni és elhatárolni más életvégi döntésektől. Általában a terminális állapotú (rövid időn belül halálhoz vezető betegségben szenvedő) beteg, nagy szenvedéssel járó állapotának szándékos, a beteg érdekében történő megrövidítését, a halál időpontjának szándékos korábbra helyezését értik alatta.

Kegyelemből ölés (mercy killing): a Csemegi-kódexben (1878. évi V. törvénycikk) az ember élete elleni büntettek és vétségek fejezetben szereplő deliktum, az emberölés privilegizált esete. „Aki valakinek határozott és komoly kívánsága által bíratott arra, hogy őt megölje; három évig terjedhető börtönnel büntetendő” (282.§). A fogalom a hatályos Btk.-ban már nem szerepel (mint ahogy az eutanázia sem), sok szerző az eutanáziát a kegyelemből ölés speciális esetének tartja.

A betegek felvilágosításának standardjai: A tájékozott beleegyezés a beteg által adott önkéntes, szabad és informált felhatalmazás az orvos által tervezett beavatkozás elvégzésére. Az információk átadásának mélysége azonban különböző lehet:

-Szakmai standard: annyi felvilágosítás adása elégséges, amennyit a legtöbb orvos nyújt a betegének hasonló esetben.

-**Objektív** standard: mindazt szükséges közölni, amit egy racionálisan gondolkodó embernek tudnia kell a megalapozott döntés kialakításához.

-**Szubjektív** standard: a betegnek el kell mondani mindent, ami őt érdekelheti, azon túl is, ami racionálisan indokolt.

A sorolás: az egészségügyi ellátás olyan korlátozását jelenti, amely révén egy beteg az erőforrások szűkössége miatt nem kap meg minden olyan ellátást, mely orvosilag hasznos lehet. A feltételezetten kis hasznú, de nagy költségű beavatkozásokat nem végzik el. Callahan kétfajta sorolást különböztet meg [3]:

-**puha sorolás:** a sorolás alkalmi, nem szisztematikus módja, ahol sem a beteg, sem az orvos nincs tudatában a kezelés korlátozásának. A sorolást végző orvosban nem tudatosul, hogy ő most sorolást végez, azt gondolja, hogy szakmai szempontok alapján dönt, nem világos számára, hogy erkölcsi kritériumokat használ a döntéshez. A társadalom számára nem látható, ezért nincs politikai és pszichológiai vetülete, az egyedi döntések miatt könnyen igazságtalan lehet. Mivel bújtatottan megy végbe, nem biztosítható többlet forrás a megnőtt igények fedezésére.

-**kemény sorolás:** a ritka eszközök nyílt, explicit kritériumok alapján való elosztása, ahol mind az orvos, mind a beteg tisztában van vele, hogy a beteg nem kap meg mindent, amiből haszna lehetne. Az elosztás nyilvánosan ellenőrizhető, ezért igazságosabb, és a makro-allokációra is jótékony hatása lehet.

Hospice: „A hospice-filozófia lényege: a halál az élet természetes része, a halál idejét sem siettetni, sem elhúzni nem szabad. Ellenben szükséges visszaadni a halál méltóságát, és biztosítani az élet utolsó szakaszában a teljes életet - testi, lelki-szellemi aktivitást. Ebből a nézőpontból nincs aktív és passzív eutanázia, csak gondoskodás, szeretet és tudás. Sok mindent kell tudni a haldoklóról, a haldoklásról. De ezt, korunknak megfelelően tanulni kell.”[4]

1.3 Az emberi jogok kialakulásának története

Az állam és az egyén viszonyát minden országban, így hazánkban is az Alkotmány rendezi. Ezzel általában a jogalkotók az emberi jogok (állampolgári jogok) kérdését a legmagasabb szinten szabályozzák, így az állam berendezésének meghatározása mellett ez az alkotmány másik, a jogrendszer egészét megalapozó területe. A szabályozás célja az ember autonómiájának védelme külső, korlátozó beavatkozásokkal szemben.

Bármennyire is népszerű az a gondolat, hogy a vannak minden emberi lényt megillető jogok, ezek eredete, jelentősége és terjedelme jelenleg is vita tárgya. Az emberi szabadságról és egyenlőségről folyó diskurzusban napjainkban is megjelennek meghatározó teóriák, melyek közül a természetjogi, az utilitarista és a kantiánus megközelítést részletezem, melyek küzdelme még napjainkban is tart.

Az emberi jogok fogalma a természetjogi tanokban alakult ki, melyek szerint létezik az ember alkotta törvényeknél egy magasabb rendű normarendszer is. Filozófiája szerint, ha egy ember alkotta törvény ellenkezik a természeti törvénnyel, akkor az nem érvényes, nem kell betartani. Ez az érvelés megjelent már az ókori görög és római gondolkodók írásaiban, Arisztotelész munkájában is. Későbbiekben a keresztény gondolkodók, elsősorban Aquinói Szent Tamás eszmerendszere is átveszi ezen gondolatokat, ahol a természeti törvény a teremtő Isten által meghatározott, átfogó és ésszerű rendet jelentette.

A polgári természetjogi elméletek (Hugo Grotius, Samuel Pufendorf) a követendő magatartási szabályokat már az emberi természetből származtatták, a természeti törvény már nem Isteni rendelkezés, hanem az emberi ész parancsa. Az állam hatalmát Hobbes a Levitánban leírt teóriája szerint az emberek közötti szerződésre alapozta, melyben az emberek kötelezettséget vállaltak arra, hogy alávetik magukat a közhatalomnak, és lemondanak jogaikról az életük és biztonságuk megvédéséhez való jogon kívül.

A természeti törvényből levezetett első összefüggő emberi jogi elmélet kidolgozójának John Locke-ot tekinthetjük. Teóriájának leglényegesebb eleme, hogy az emberek szabadságuk egy részéről lemondva a társadalmi szerződéssel azért hozzák létre a politikai társadalmat, hogy a kormányzat védelmezze és fenntartsa természetes

jogaikat. A kormányzat hatalmát ezen természetes jogok korlátozzák, megsértésük esetén a hatalma megdönthető. A természetes jogok létének elismerése és tiszteletben tartása kívül esik a társadalmi szerződés keretein, azok már a politikai társadalom létrehozása előtt, mint az emberi együttélés minimális követelményei jelentek meg, amelyekkel az ember alkotta törvények nem lehetnek ellentétesek.

Az egyéni szabadságot a közösségi céloknak teljesen kiszolgáltató tanítást fogalmazott meg Jean-Jacques Rousseau. Nézete szerint minden személy valamennyi képességével együtt az „általános akarat” legfőbb irányítása alatt egyesül, és mindenkit testületileg az összesség elkülöníthetetlen részévé fogad. Az általános akarat nem azonos a többség akaratával, vagy az állampolgárok összességének akaratával, hanem az egész politikai társadalom állandó érdekét kifejező objektív kategória, amely mindig az igazság pártján van és mindig a köz hasznára törekszik. Elmélete szerint a társulás minden tagja lemond önmagáról és minden jogáról a közösség javára, mivel ha az ember az egész közösségnek rendeli alá magát, akkor nem rendeli alá magát senkinek. Az individuális szempontokat a közösség érdekében feláldozhatónak tartja.

A természetjogi elméletek megjelentek Franciaország és az Amerikai Egyesült Államok alkotmányos dokumentumaiban, majd ezek nyomán más államok joganyagában is.

A haszonelvű (utilitarista) jogfelfogás a XIX. században teljesebben ki a természetjogi tanokkal szemben, mint a következményelvű szemléletmód képviselője. Teóriája szerint az emberek számára biztosított jogok nem önmagukban értékesek, hanem eszköznek minősülnek valamely társadalmilag kívánatos cél eléréséhez. Az egyes jogok nem származtathatók az emberi társadalmon kívüli tényezőkből, és kizárólag akkor ismerhetők el, ha érvényre jutásuk kedvező következményekkel jár a társadalom számára. Képviselői azt állítják, hogy az egyetemes emberi jogok, mint természetes jogok léte tudományosan nem bizonyítható, hanem olyan fikció, amelyben csak hinni lehet. Nem igazolható, hogy létezik egy természeti törvény, amely alapján az embereknek egyetemes érvényű természeti jogaik vannak, és e jogok biztosítására a polgári társadalmat létrehozó szerződést kötöttek egymással.

Edmond Burke alakította ki álláspontját elsőként, mely szerint a kormányzat az emberi bölcsesség találmánya, és célja a nép java, az emberi szükségletek kielégítése. Ebből következik, hogy mindaz, ami a kormányzottak javát szolgálja, az ember jogának

számít, de ezeket a jogokat a társadalom természetes fejlődése hozza létre történelmileg kialakult rendben.

A haszonelvű jogfelfogás talán legjelentősebb képviselője Jeremy Bentham, aki kizárólag az örömet-boldogságot tekintette önmagáért jónak, és a fájdalmat önmagáért rossznak. Véleménye szerint a természet az embert két szuverén úr - a fájdalom és az élvezet - kormányzata alá helyezte, egyedül az ő dolguk kijelölni, mit kell tennünk, csakúgy, mint meghatározni mit fogunk tenni; ily módon fogalmazta meg a hasznosság princípiumát. Jogfelfogásában a haszonelvűség összefonódik a jogpozitivizmussal, mivel az emberek jogosultságai nem előzetes értékválasztásból illetve elvekből következnek, hanem kizárólag a helytől és időtől függő törvényekből.

Tanítványa John Stuart Mill a haszonelv alapján arra a következtetésre jutott, hogy az emberi cselekedetet kizárólag akkor lehet megtiltani, és a kormányzat csak akkor alkalmazhat kényszert az emberrel szemben, ha arra mások károsodásának megakadályozása érdekében van szükség.

Mai követők szerint a jogosultságok nem származtathatók transzcendens természeti törvényekből vagy morális elvekből, kizárólag törvényekből. Egy jogosultságot akkor kell törvényben létrehozni, ha az a közösség boldogságát, jólétét szolgálja. Az egyes egyéni jogok elismerése attól függ, hogy a társadalomnak, illetve a társadalom többségének hasznára van –e.

A morális alapokon álló jogszemlélet Immanuel Kant etikai tanításaiból fejlődött ki. Szerinte az ember abban különbözik más természeti lényektől, hogy nem csupán szükségleteinek engedelmeskedik, hanem racionális és akarattal bíró lény. Az embert saját értelme és akarata képessé teszi arra, hogy maga szabja meg azokat a törvényt, amelyeknek engedelmeskednie kell. Mivel az ember szabadon és autonóm módon döntő, illetve cselekvő szubjektum, ezért képes arra, hogy az erkölcsi törvényeknek megfelelően viselkedjen. Az erkölcsi felelősség tudat azt jelenti, hogy az ember tudatában van bizonyos szabályok („maximák”) kötelező erejének. Kant elméletének meghatározó eleme, hogy az ember lényegileg különbözik a dolgoktól, s ennek kifejezésére szolgál a méltóság fogalma. Mindennek vagy ára van, vagy méltósága. Aminek ára van, annak helyébe egyenérték gyanánt másvalami állítható, ami viszont minden ár fölött áll, tehát aminek egyenértéke sem lehet, annak méltósága van.” Kant jogtanában a jogi normák és az erkölcsi parancsok különböznek egymástól, ugyanakkor

ahhoz, hogy az erkölcsi parancsok érvényesüljenek, jogrendre van szükség. A jogrend a személyek szabadságát hivatott biztosítani, mert jogi parancsok nélkül az egyéni szabadság területei nem lennének elkülöníthetőek, és egyesek megfoszthatnának szabadságuktól másokat.

Ronald Dworkin a kanti eszmékből építkezve fogalmazta meg, hogy egyes, alapvetőnek tekintett egyéni jogok erős védelmet élveznek az államhatalommal szemben. Azok az emberi méltóság és politikai egyenlőség eszméjéből származó erkölcsi jogok, amelyeket az alkotmány szintjén a társadalom alapvető jogként ismer el, olyanok, mint az adu a kártyajátékban. Ezek a jogosultságok magasabb rendűek, ezért a kormányzatok különféle közösségi célok érdekében, hasznossági megfontolások alapján nem tagadhatják meg egyetlen embertől sem. Nézete szerint az alapjogi katalógus nem végeredménye a jogok létéről és tartalmáról folytatott vitáknak, hanem a kezdete. A jogok listája folyamatos értelmezésre és újraírásra szorul. A legfőbb elv, amely az alapjogi vitákat meghatározza, hogy az államnak morális szempontból minden embert egyenlőnek kell tekintenie, jóhiszeműen és egyenlő gondossággal kell kezelnie, s tisztelnie kell az egyének mindazokat a szabadságjogait, amelyek e célok eléréséhez elengedhetetlenek.

1.4 Az emberi jogok csoportosítása

Az emberi jogokat sokféleképpen csoportosíthatjuk. A legelterjedtebb ezek közül az emberi jogok keletkezéstörténetét alapul vevő osztályozás, melyet az alábbiakban ismertetek.

Az emberi jogok kialakulásának története a XVIII. századra nyúlik vissza. Először a felvilágosodás idején merült fel az igény az állam hatalmának valamilyen mértékű korlátozására. Az emberi jogok első nemzedékéhez sorolható jogosultságok legnagyobb részét hagyományosan szabadságjogoknak nevezik. Ezek a jogok biztosítják az emberek számára, hogy életük, tevékenységeik, és társadalmi helyzetük zavartalan legyen, szabadságukat az állam beavatkozása csak kivételesen és indokolt esetben korlátozhatja. Ezek negatív jogok, mivel az államtól - ezen jogok kötelezettjétől - elsősorban a be nem avatkozást követelik meg. A természetjogi felfogás szerint ezek a jogok veleszületettek, az egyén emberi mivoltához köthetőek, és az állam

hatalmát korlátozzák. Első megjelenésük az Emberi és Polgári Jogok Nyilatkozatában történt 1789-ben, melyet a később született alkotmányok is átvettek. Az emberi jogok első generációját legáltalánosabb értelemben Locke teóriájában megjelenő három jog: az élethez, a szabadsághoz, és a tulajdonhoz való jog jeleníti meg. A szabadságjogok szerkezete megegyezik, mivel a jog alanya az egyén, kötelezettje az állam, illetve a nevében eljáró személyek, tartalma pedig valamely beavatkozástól való tartózkodás.

A második generációs jogoknak nevezett gazdasági, szociális és kulturális jogok a XIX. század második felében jelentek meg. Ekkor az állam saját polgárai számára már különböző többletjogokat kezdett biztosítani, melyeket a jogszabályokból lehetett megismerni. Az állam a javak egyre növekvő mértékű újraelosztása és a magántulajdonosi szabadság korlátozása révén egyre nagyobb szerepet vállalt állampolgárai jólétének biztosításában és a munkavállalóknak a munkáltatókkal szembeni védelmében. A jogpozitívista felfogás feltételezte az állam aktív szerepvállalását e jogok biztosításában, így ezek a jogok a jogi normákban megfogalmazottak, azokon nem túlterjedők. Az emberi jogok második generációja, elsőként a XX. század elején megszületett szocialista szellemű alkotmányokban került megfogalmazásra (mexikói, weimari, spanyol és szovjet alkotmány). A szociális állam a szociális jogokat az esélyegyenlőség és a társadalmi igazságosság nevében biztosítja. Az állam a nemzetgazdaság teherbíró képességéhez igazodva teremti meg a szükséges jogi és gazdasági környezetet, és inkább államcélként vagy állami feladatnak tekintik őket.

Ugyanakkor az is kiolvasható e jogokból, hogy az egyénnek kötelességei vannak a közösség irányába, a jogok megvalósulásának vannak feltételei mind az egyén, mind a közösség irányában. A jogok szerkezete színesebb, de a jogok alanya általában az egyén, kötelezettje már nemcsak az állam, hanem állami vagy magán intézmények is lehetnek. Tartalmukat tekintve az államnak pozitív jogalkotási és jogalkalmazási intézkedéseket kell tennie e jogok érvényesülése érdekében, mely legtöbb esetben anyagi jellegű juttatásokat jelent.

Ki kell emelni, hogy a második generációs jogok elismerése nem egységes. Ellenzői azzal érvelnek, hogy többségüknek nincs morális alapja, bírói úton nagyrészt kikényszeríthetetlenek, teljesítésük nagyrészt az állam gazdasági teherbíró képességétől

alapjogi katalógusban való szerepeltetése csökkentheti az emberek valódi jogainak tekintélyét.

A XX. század második felében jelenik meg az emberi jogok harmadik generációja. A második világháború után megjelenő globális problémák hívták életre az igényt ezen új generációs jogokra, ezért globalizációs jogoknak is szokás nevezni őket. Első csoportjuk a fejlődő világbeli nemzeti erők követeléseit és a hatalom globális újraelosztási igényét megjelenítő jogok (a népek joga a politikai, gazdasági, szociális, és kulturális önrendelkezéshez). Második csoportjuk az egyes önálló államok által megoldhatatlan problémák miatt megfogalmazott jogok (békéhez, egészséges környezethez való jog). A jogok szerkezete nem egységes, alanya valamely közösség, kötelezettje az államok összessége, tartalmában mind negatív, mind pozitív cselekvések megjelennek. Ha az emberi jogokat alkalmazható és kikényszeríthető, az államon számon kérhető egyéni jogosultságnak tekintjük, akkor meg kell állapítanunk, hogy a harmadik generáció nem tartozik szoros értelemben az emberi jogok körébe.

A harmadik generációs jogok névadója Karel Vasak szerint a jogok első nemzedéke a szabadságot biztosítja, a második generációt az egyenlőség igénye hívta életre, míg a harmadik nemzedék a testvériség (szolidaritás) megvalósítására irányul. Idővel ide sorolták az emberek különböző csoportjait megillető jogokat is, mint amilyenek például a nők, gyermekek, időskorúak, nemzeti és etnikai kisebbségek, menekültek, betegek, fogyatékosok védelmét megfogalmazó jogok. Közös jellemzőjük a kiszolgáltatottak védelme, érvényesülésükhöz már nem elegendő egy állam akarata, hanem sok ország összefogását igénylik.

1.5 Az emberi jogok állami elismerése

A második világháború borzalmait után az emberi jogok felfogásának új, nemzetközi szakasza kezdődött el. Az első elfogadott nemzetközi dokumentum az ENSZ alapokmánya volt, majd az ENSZ keretén belül a tagállamok 1948-ban fogadták el az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatát. Ezzel meghaladottá vált az a teória, hogy az emberi jogok védelme kizárólag az államok belső joghatósága alá tartozik. 1966-ban fogadta el a közgyűlés a Polgári és politikai jogok nemzetközi egyezségokmányát és a

Gazdasági szociális és kulturális jogok nemzetközi egyezségokmányát, amelyekhez később Magyarország is csatlakozott (1976. évi 8.-9. tvr.).

Az emberi jogok európai védelme érdekében az Európa Tanács 1950-ben fogadta el az „Egyezmény az Emberi Jogok és Alapvető Szabadságjogok Védelméről” című konvenciót, melyet azóta többször kiegészítettek. Magyarország a 1993. évi XXXI. törvénnyel hirdette ki csatlakozását az egyezményhez.

Az életvégi döntések szempontjából legfontosabb a személyi szabadságjogok csoportja, mely a jogok első generációjához tartozik. E csoportból elsősorban az élethez, az emberi méltósághoz, a testi épséghez, integritáshoz, az egészséghez való jog alaposabb elemzése szükséges dolgozatom témaválasztása miatt.

Az alkotmány az alapvető jogok leírása során az első helyen fogalmazza meg (54.§ (1.)) „a Magyar Köztársaságban minden embernek veleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit sem lehet önkényesen megfosztani”. Kiemelendő, hogy ezzel a megfogalmazással utal arra a jogalkotó, hogy e jogok érvényesülésének feltétele az élve születés. Az Alkotmánybíróság a halálbüntetés alkotmányellenességét megállapító határozatában (23/1990 számú Alkotmánybírósági határozat) kifejti, hogy az emberi élethez és méltósághoz való jog, egységet alkotó oszthatatlan és korlátozhatatlan alapjog, mely számos egyéb alapjog forrása és feltétele. Az élethez való joghoz kapcsolódik az abortusz és az eutanázia kérdése is, melyeket a magzati élet védelméről szóló 1992.évi LXXIX. törvény, illetve az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről próbál rendezni némileg ellentmondásosan.

Mindenekelőtt azt kell kiemelni, hogy az élethez és az emberi méltósághoz való jog abban különbözik a többi alapvető jogtól, hogy az emberi személyiség egészét védelmezi. Az emberi személyiség keletkezéséről, mibenlétéről és megszűnéséről vallott felfogások azonban sokfélék, közöttük komoly ellentmondások feszülnek. Jelen ismereteink szerint ez az ellentét nem oldható fel sem természettudományos ismeretek, sem vallási meggyőződés, sem a társadalom véleménye alapján.

Fontos kiemelni, hogy e jogokat számos nemzetközi dokumentum is garantálja. Így az Egyesült Nemzetek alapokmánya már a bevezetőjében is kifejezésre juttatja: „hitet teszünk az alapvető emberi jogok, az emberi személyiség méltósága és értéke, a férfiak és nők, valamint a nagy és kis nemzetek egyenjogúsága mellett...” (1956. évi I. törvény).

Ugyanígy az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata is kiemelt helyen szól a legfontosabb jogokról: „Minden emberi lény szabadon születik és egyenlő méltósága és joga van...”.

A vonatkozó nemzetközi egyezmények sorában fontos megemlíteni a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmányát, mely a szabadság, igazságosság és a béke alapjának tekinti „az emberi közösség valamennyi tagja veleszületett méltóságának, valamint egyenlő és elidegeníthetetlen jogainak elismerését”, és kimondja, hogy az emberi jogok „az emberi lény veleszületett méltóságából erednek. Ugyanígy az Európai Unió Alapvető Jogok Kartája is kimondja: „Az emberi méltóság sérthetetlen. Tiszteletben kell tartani, és védelmezni kell”.

Az élethez és emberi méltósághoz való jog kiemelt kezelését támasztja alá az is, hogy bizonyos felfogás szerint az emberi méltóság sérthetlensége a jog felett álló érték. A magyar alkotmánybírói gyakorlatban ennek Lábady Tamás és Terstyánszky Ödön adott hangot: „az ember létezése és méltósága, mint maga az emberi egység valójában nem is jog, mert az emberi lényeg a jog számára tulajdonképpen transzcendens, azaz hozzáférhetetlen...” (23/1990 számú Alkotmánybírói határozat). Az emberi méltósághoz való jogból komparatív és nem komparatív következmények származnak. Komparatívak azok, melyek azt fejezik ki, hogy az emberek között nem szabad indokolatlanul különbséget tenni sem vallási, sem kisebbségi vagy nemi alapon. A nem komparatív következmények szerint bizonyos bánásmód attól függetlenül megilleti az embert, hogy másokkal hogyan bánt. Ide sorolható a kínzás és kegyetlen bánásmód tilalma, a becsület, jó hírnév és magántitok védelme, vagy az emberhez méltó megélhetéshez való jog, melyek mintegy kibontják e jog tartalmát. Mindezek a jogosultságok az emberi méltósághoz való jog szubjektív oldalához tartoznak, míg az objektív oldal az állam intézményvédelmi kötelessége, a megfelelő jogi környezet megteremtése. Kétségtelen, hogy mindezek a jogok csak az adott társadalmi környezetben értelmezhetőek, melyek térben és időben változóak.

Az élethez való jog védelme is kiemelt helyet kap a nemzetközi dokumentumokban. Az Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozatának 3. cikke kimondja: „minden személynek joga van az élethez, a szabadsághoz, és a személyi biztonságához”. Ugyanígy a Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya 6. cikkének 1. pontja kinyilvánítja: „Minden emberi lénynek veleszületett joga van az életre...”.

valamint az Emberi Jogok Európai Egyezménye szerint:” a törvény védi mindenkinek az élethez való jogát”.

Ugyanakkor ki kell emelnem, hogy az élethez való jog csak az élet önkényes elvételét tiltja. Nem cselekszik önkényesen az önhibáján kívül életveszélybe került ember, aki saját életének megmentése érdekében, önvédelemből, más lehetőség hiányában másvalaki életét feláldozza a sajátjának megmentése érdekében. Ugyanígy feljogosítják a törvények a fegyveres testületek tagjait, hogy meghatározott feltételek esetén kivételesen lőfegyvert használnak, vagy nem érvényesül az élethez való jog háború, illetve jogos önvédelem esetén sem.

Az alkotmánybíróság szerint az állam intézményvédelmi – életvédelmi – kötelessége természetesen nem merül ki abban, hogy tartózkodik a megsértésüktől, hanem gondoskodnia kell az érvényesülés feltételeiről is (64/1991 számú Alkotmánybírósági határozat).

Az Alkotmányban nevesített lehető legmagasabb szintű testi és lelki egészséghez való jog is szoros kapcsolatban áll az élethez való joggal, de korántsem élvez vele azonos védelmet. Az alkotmánybíróság az egészséghez való jogot inkább államcélnek tekinti, és nem tulajdonít neki sem az élethez való joghoz hasonló alanyi jogi, sem a környezethez való joghoz hasonló kiemelt intézményvédelmi funkciót, sőt, mint azt 54/1996. számú határozatában kifejtette, hogy az egészséghez való jog – szélsőséges eseteket leszámítva – tartalmilag üres. Az orvosi ellátás körében az Alkotmánybíróság elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélsőséges esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya alkotmányellenességhez vezet. „Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna...”. Az állam egészségvédelmi kötelessége így elsősorban, mint az élethez való jog objektív oldalának része jelenik meg az alkotmánybíróság értelmezésében.

Napjainkban az élet és emberi méltóság dualista felfogása uralkodik az alapjogi gyakorlatban. Általában az élethez való jog az ember fizikai létezését biztosítja, amelyhez gyakran kapcsolódik a testi épséghez és az egészséghez való jog, melyek már nem élveznek abszolút és korlátozhatatlan védelmet. Ezekről elválnak az emberi méltósághoz – a „lélekhez” – való jog, amely azonban mindenki által sérthetetlen. Így a

dualista felfogás szerint az alapjogi hierarchiában a méltósághoz való jog az élethez való jog felett áll, és jogértelmezésében elismeri a két jog külön-külön való érvényesülését is. [5]

Ezzel szemben a magyar alkotmánybíróság a német gyakorlathoz hasonlóan a monista szemléletet tette a magáévá, de következtetéseit tekintve túl is terjeszkedett a német példán. „Az alkotmánybíróság „elvetve test és lélek dualizmusát, azaz az embert élete és méltósága egységében szemléli” (23/1990 számú Alkotmánybírósági határozat). A monista felfogás előnye lehet ugyanakkor az, hogy többletvédelmet biztosít az egyén számára, mivel semmit sem lehet visszavenni az ember eddig elért jogi pozíciójából és az ember élete feletti idegen rendelkezés minden esetben tilos.

A magyar alkotmánybírósági gyakorlatot sokan támadták. A leggyakoribb kifogások között szerepelt, hogy megsértették a világnézeti semlegesség követelményét – mivel hasonló értelmezés található meg a kánonjogi retorikában is – illetve hogy az élet és emberi méltóság abszolút védelme az önrendelkezési jog érvényesülésének sérülését okozhatja bizonyos esetekben. A bírálók kiemelték, hogy az emberi méltóságot is lehet jelentősen korlátozni az élet megsemmisítése nélkül is, például börtönökben vagy pszichiátriai intézményekben, de önmagában ilyennek tekinthető egy rasszista társadalom is. Ugyanakkor az élet elvétele is bizonyos rendkívüli helyzetekben megengedett, természetesen csak akkor, ha nem tekinthető önkényesnek. Ilyen határhelyzetek a jogos védelem, a végszükség, és háborús események esetei. A bírálók véleménye szerint senki nem köteles élni, amennyiben számára jobb lenne meghalni, illetve ha valakit olyan kényszerhelyzetbe hoznak, hogy tőle függ más valaki élete, akkor önrendelkezési joga alapján a másik ember halálát is okozhatja (például egy lehetséges szerv donáció megtagadása esetén).

A két jog elkülönülését valló nézet képviselői szerint az emberi méltóság tartalmáról, és az élethez való joggal való kapcsolatáról sokféleképpen lehet állást foglalni, így az ember életének elvétele nem jár együtt mindenképpen a méltóság megsértésével. Természetesen sérti az emberi méltóságot, ha az élet elvétele önkényes, akár erős felindulásból, akár aljas indokból történt. Közömbös lehet az ember méltósága szempontjából, ha a halál háborús ütközetben vagy balesetben történik meg, és megmentheti az ember méltóságát bizonyos esetekben a saját választása alapján előidézett halál, a szenvedéstől való megmenekülés révén. [6, 7]

1.6 Az élethez és emberi méltósághoz való jog értelmezésének hatása az életvégi döntésekre (Meghatározó esetjogi döntések)

A generális jogoktól a speciális jogok felé irányuló vertikális modellben a betegjogok az élethez és az emberi méltósághoz való jogból vezethetők le. Ezzel szemben a common law országokban precedens alapú horizontális jogalkotás alakult ki, ahol a bírói jogalkotás értelmezte, és egyben számos új elemmel gazdagította a már ismert szabadságjogokat [8]. Az esetjogi döntések az *angol és amerikai joggyakorlatban* bírnak különös jelentőséggel, mivel a bíróság a precedensértékű döntések által maga is jogot alkot. Bár ezek a döntések hazánk joggyakorlatában hatálytalanok, a megfogalmazott precedensek az autonómiát széles körben elismerő alapelvek talaján állnak. Nemzetközi társaságok és a magyar alkotmánybíróság is állásfoglalásaikban hivatkoznak rájuk, így az orvosi gyakorlatban is nap mint nap alkalmazásra kerülnek, ezért a legfontosabb, legtöbbet idézett precedens értékű bírósági döntéseket ismertetem az alábbiakban.

Az életfenntartó kezelés megvonását illető egyik első bírói döntés a Karen Ann Quinlan ügyében született 1976-ban az Egyesült Államokban. A perzisztáló vegetatív állapotban lévő fiatal leány édesapja kérelmezte a bíróságtól, hogy nevezze ki őt a lánya gondnokául, lehetőséget nyújtva ezzel a lány gépi lélegeztetésének felfüggesztésére. Az első fokú bíróság elutasította a kérelmét, de a New Jersey Felsőbb Bíróság megváltoztatta ezt a döntést. Azzal érveltek, hogy a betegek általában az alapján fogadják el, vagy utasítják vissza a kezelést, hogy annak segítségével képesek-e *megélésre érdemes életre*, vagy csak biológiai létezésre. A bíróság ítélete szerint a beteg önrendelkezési jogát sértené, ha ennek a döntésnek a meghozatalát megakadályoznák. Így a beteg apja megkapta a felhatalmazást, hogy a *lánya általa ismert preferenciái alapján* megítélje a helyzetet. Ez a korai ügy szolgált precedensként a későbbi konzekvens amerikai bírósági gyakorlat kialakításában, mely először ismerte el a *helyettesített döntés* (substituted judgement) létjogosultságát. Ilyen esetben a beteg preferenciáinak ismeretében törvényes képviselője felhatalmazást kap valamely döntés meghozatalára [9].

A Barber vs. Legfelsőbb Bíróság (1983) ügy megerősítette a helyettesített döntés szükségességét, és egyben megválaszolta az orvosi felelősség kérdését az életfenntartó kezelés meg nem kezdésével illetve visszavonásával kapcsolatosan is. Az ügyben két kaliforniai orvos volt az alperes, akik betegüknél az újraélesztést követő ötödik napon irreverzibilis kómát állapítottak meg, és ezután a beteg családjának beleegyezésével nemcsak a gépi lélegeztetést állították le, hanem az intravénás folyadékpótlást és táplálást is. Bár a család nem talált kivetnivalót a kezelés korlátozásában, a kerületi ügyész vádat emelt az orvosok ellen emberölés miatt. A Kaliforniai Felsőbb Bíróság döntése szerint az orvosok *nem követtek el kötelességszegést*, amikor az *orvosilag haszталannak tartott* életfenntartó kezelést *a család beleegyezésével hagyták abba*, mivel a páciens megélésre érdemes élete nem volt helyreállítható. A bíróság nem tett különbséget a gépi lélegeztetés felfüggesztése, illetve a folyadékpótlás- és táplálás leállítása között, ezzel *elvetette a hagyományos (kánonjogi) osztályozást szokásos és rendkívüli kezelések között*, egy olyan új differenciálást kialakítva, mely szerint a *kezelés jótékony vagy megterhelő a beteg számára*. Ha nincs érdek- vagy jogszabályi ellentétre bizonyíték, *a nem kompetens (cselekvőképtelen) beteg családtagjai tekintendők törvényes képviselőnek*. A bíróság jogértelmezése szerint ilyen esetben nincs szükség előzetes bírósági döntésre sem, ha a család és az orvosok együttesen a nem kompetens beteg kezelésének korlátozása mellett döntenek [10].

A kezelés el nem kezdésével, vagy abbahagyásával kapcsolatos egyik legismertebb ügy a Cruzan vs. Missouri per, melyet az Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága 1990-ben tárgyalta. Nancy Cruzan egy autóbaleset következtében permanens vegetatív állapotban lévő, szondatáplálásra szoruló fiatal nő volt. A szülei lányuk korábbi szóbeli kijelentésére hivatkozva, mely szerint ilyen állapotban nem kívánna élni, kérték, hogy függeszték fel a szondatáplálást. A Missouri Felsőbb Bíróság elutasította a kérést, arra hivatkozva, hogy az állam érdeke az élet védelme, annak minőségétől függetlenül. Véleménye szerint az életfenntartó kezelést csak akkor lehet megszakítani helyettesített döntés alapján, ha *világos és meggyőző bizonyítékok* állnak rendelkezésre, hogy a beteg is visszautasítana ilyen kezelést. A döntést az USA Legfelsőbb Bírósága is megerősítette, elfogadva azt a kitétel, miszerint az életfenntartó kezelés visszavonásához világos és meggyőző bizonyítékok szükségesek. A döntés azonban alapvetően nem változtatta meg az életfenntartó kezelés visszautasítását

lehetővé tévő törvényi szabályozást és etikai alapelveket valamint a klinikai gyakorlatot sem. A Cruzan ügyben a Legfelsőbb Bíróság azonban azt is kimondta, hogy az USA Alkotmányának 14. kiegészítése alapján (right to privacy) „a jogilag cselekvőképes betegnek joga van megtagadni bármely életfenntartó kezelést, továbbá a jogi megítélésben nincs különbség az egyes orvosi beavatkozások felfüggesztése között”. A Legfelsőbb Bíróság javasolta, hogy a félreértések elkerülése miatt *mindenki nyilatkozzon előzetesen (advance directive)*, miként kell orvosainak eljárnia, ha cselekvőképtelen állapotba kerül [11, 12]. A különvéleményekben megjelent az az érv is, hogy ilyen esetekben az állam életvédelmi kötelessége elfogadhatatlan érv, mert az életről csak mint vegetatív funkcióról lehet már beszélni. Az Egyesült Államokban a későbbiek folyamán az ítélet alapján alakultak ki az élő végrendelet alkalmazásának törvényi feltételei. A későbbi gyakorlati alkalmazhatóság miatt a bíróság célszerűnek tartotta, ha az élő végrendelet rögzíti a beteg erkölcsi alapelveit, rendelkezik a betegnek nyújtandó információk tekintetében, és pontosan rögzíti, mely kezeléseket utasít el a beteg. Az egyes kezelésekre vonatkozó elutasítás azonban gyakran nehezen meghatározható, ezért célravezetőbb általános preferenciáinak rögzítése [13]. Még így is gyakran előfordul, hogy az élő végrendelet ennek ellenére nem elégíti ki a világos és meggyőző bizonyíték követelményét. Dworkin ellenvéleménye szerint az a személy, aki a végrendeletet megírja pszichológiailag, preferenciáit tekintve nem azonos azzal, akire majd esetleg vonatkozni fog, hiszen még egészséges állapotban dönt. Mindezek a kételyek alapján Mason is erős kétségeit fejezte ki az élő végrendelet kötelező rendelkezései miatt, és inkább az esetjog valamint az angol orvosi kamara (BMA) vonatkozó rendelkezéseit tartotta követendőnek az Egyesült Királyságban [14].

Az összegyűlt tapasztalatok alapján előzetes rendelkezésként önmagában illetőleg az élő végrendeletben célszerű ún. *tartós meghatalmazottat* kijelölni, aki a beteg cselekvőképtelensége esetén a helyettesített döntés meghozatalára jogosult. A tartós meghatalmazott az a személy, akiben a beteg a legjobban megbízik, aki ismeri értékrendjét, preferenciáit, és kétség esetén az élő végrendeletet is értelmezni képes. Az élő végrendeletnek minden országban meg kell felelni speciális alaki szempontoknak (okirati forma), érvényessége pedig általában határidőhöz kötött. Az élő végrendelet alkalmazása az Egyesült Államokon kívül Dániában terjedt el leginkább, bár az esetjog

az Egyesült Királyságban is az élő végrendelet elfogadásának irányába mutat, többek közt éppen a BMA ajánlásainak figyelembevételével [13].

A Knight v. Beverly Health Care Center ügyben egy agyvérzésen átesett, permanens vegetatív állapotúnak véleményezett idős hölgy korábban tett élő végrendelete alapján meg kellett volna szüntetni a táplálását. A hölgy gyermekei azonban úgy gondolták, az orvosi diagnózis nem helyes, mivel ők még az eszmélet bizonyos jeleit vélték felfedezni a betegnél, és ezt a véleményüket egy általuk felkért ideggyógyász meg is erősítette. A hozzátartozók bírósághoz fordultak a táplálás folytatását kérelmezve, melyet az elsőfokú bíróság elutasított. A másodfokú eljárásban a beteg gyermekei vitatták az elsőfokú ítélet jogosságát, azon az alapon, hogy az orvosi diagnózis (PVS) elsőfokú bíróság által alapos bizonyítékként való értékelése nem elégíti ki a világos és meggyőző bizonyíték kívánalmát. A másodfokú bíróság indoklásában megállapította, hogy az elsőfokú bíróság eljárása során a felperes által kifogásolt hibát valóban elkövette, azonban nyilvánvaló és kézzelfogható érvek nem szólnak a bizonyítékok elvetése és így az ítélet megváltoztatása mellett sem. A másodfokú bíróság az elsőfokú ítéletet helyben hagyta, egyben megállapította, hogy a perzisztáló vegetatív állapot fennállását is világos és meggyőző bizonyítékoknak kell alátámasztaniuk [15].

A helyettesített döntéssel kapcsolatban egyik legnagyobb publicitást kapott esete, a Terri Schiavo ügy. Egy 27 éves nő, feltehetően a bulímiával összefüggő hipokalémia következtében kialakult malignus ritmuszavar miatt a klinikai halál állapotába került, majd az elhúzódó újraélesztés kapcsán agykárosodást szenvedett. 1998-ban permanens vegetatív állapotban volt, és folyamatos szondatáplálásra szorult. Előzetes rendelkezése nem lévén Florida állam törvényei szerint a beteg férje volt az a legközelebbi hozzátartozó, aki jogosult felesége általa ismert preferenciái alapján a helyettesített döntés meghozatalára. A férj, aki a hosszas kórházi kezelés alatt elvált a kómában fekvő feleségétől, a szonda eltávolítása mellett foglalt állást. Terri szülei azonban vitatták a lányuk volt férjének döntését, és a kezelés folytatása céljából a bírósághoz fordultak. A bíróság megállapította, hogy mind a PVS diagnózisa, mind a helyettesített döntés jogossága mellett is világos és meggyőző érvek szólnak, és elrendelte a tápszonda eltávolítását. A szülők fellebbezése után a másodfokú eljárás is helyben hagyta ezt a döntést. A szülők azonban nem nyugodtak bele a döntésbe. A kibontakozó vita eredményeként Florida állam törvényhozása olyan jogszabályt

alkotott, mely felhatalmazta a kormányzót a tápszonda visszahelyezésének elrendelésére, aki meg is tette ezt. Ezután az Egyesült Államok Legfelsőbb Bírósága az államhatalmi ágak összefonódásának alkotmányos tilalma miatt jogellenesnek ítélte a rendelkezést, és elrendelte a tápszonda harminc napon belüli eltávolítását. A szülők ekkor jelentős politikai segítséggel a kongresszushoz fordultak. A kongresszusban, miután senki sem tiltakozott ellene, az esetet ismételten megvizsgálták, és hangsúlyozottan erre az egyedi esetre olyan szabályt alkottak, hogy a bíróság ismételten tárgyalja az ügyet, és ott a szülők véleménye is találjon meghallgatásra. A bíróság hasonlóan a korábbiakhoz ismételten a tápszonda eltávolítása mellett döntött [16]. Bár az ügy a kialakult joggyakorlatot nem változtatta meg, mégis rámutatott a kérdés jelentős átpolitizáltságára, mivel az ügyben még maga Bush elnök is megszólalt az „élet kultúrája” érdekében, melyet sokan az elnökválasztás hajrájában tartott politikai cselekedetnek minősítettek.

A Pettis v. Smith és Braddock ügyben Mrs. Smith 89 éves nő stroke után került perzisztáló vegetatív állapotba, és folyamatos szondatáplálásra szorult. Bár létezett élő végrendelete, mely szerint ilyen állapotban az életfenntartó kezeléseket a betegnél meg kell szüntetni, Mrs. Smith nem rendelkezett előzetesen a szondatáplálást illetően. A hozzátartozók közti vita arról folyt, vajon a szondatáplálás és folyadékpótlás az élő végrendelet szerint az életfenntartó kezelésekhöz tartozik-e. A másodfokú bíróság megállapította, hogy az élő végrendelet nem tartalmaz világos és meggyőző bizonyítékot a szondatáplálás mellett, ezért az megszüntethető. 1991-ben Louisiana állam törvényben is meghatározta, hogy a kezelések közül melyek számítanak életfenntartó kezelésnek, és megállapították, hogy a *szondatáplálás is életfenntartó kezelésnek minősül* [17].

Az Egyesült Királyságban a Lordok Háza, mint Legfelsőbb Bíróság (Court of Appeal) 1992-ben tárgyalta a Bland ügyet. Anthony Bland 1989 óta volt permanens vegetatív állapotban. Miután állapota egyáltalán nem javult, orvosai 1992-ben kérelmezték a bíróságtól a beteg összes életfenntartó kezelésének felfüggesztését, lehetővé téve a beteg számára az emberi méltóságot tiszteletben tartó és szenvedéseit beszüntető halált. A Lordok Háza megállapította, hogy a *kezelés visszautasításának joga, ideértve az életfenntartó kezeléseket is*, az esetjog és az orvosi etika szerint *minden cselekvőképes beteget megillet*. Amennyiben a beteg cselekvőképtelenné válik, és már

nem tudja kifejezni akaratát, valamint előzetes rendelkezése sincs, az orvosa szükséghelyzetben cselekszik, és a beteg *legjobb érdeke (best interest)* szerint köteles eljárni. Miután nincs remény az állapota javulására, az életben maradáshoz fűződő érdeke megszűnt, *kezelése hasztalan, így az életfenntartó kezelések leállíthatók. A betegnél alkalmazott kezelések között nem tehető különbség, a beteg folyadékkal és táplálékkal való ellátása mindenkor az orvosi kezelés része.* Az ítéletben megfogalmazott orvosokra vonatkozó büntethetőségi akadály az angol és walesi bírásokban az évszázadok folyamán alakult ki, ilyen esetekben a bíróság beteg legjobb érdekét vizsgálta. A kizárólag az egyoldalú szükséghelyzet és a kezelés hasztalanságának kimondásán alapuló gyakorlatot sokan vitatták, a Lordok Háza pedig a Bland utáni ügyekben finomított a permanens vegetatív állapotú betegekkel kapcsolatos álláspontján. A betegnél alkalmazott „best interest” tesztnél a későbbiekben már szükségesnek tartották a hozzátartozók bevonását is [18, 19], 1993 óta pedig törvény kötelezi az orvost, hogy a permanens vegetatív állapotban lévő beteg kezelésének megszüntetéséhez minden esetben bírósági jóváhagyást kérjen [13].

Helga Wanglie 86 éves perzisztáló vegetatív állapotban lévő hölgy intenzív osztályon folyamatos lélegeztetésre szorult. A kórház orvosai bírósághoz fordultak, hogy jelöljön ki gondnokot a betegnek, annak érdekében, hogy életfenntartó kezelése megszüntethető legyen. A bíróság a hölgy férjét jelölte ki, aki azonban nem értett egyet az orvosokkal. A bíróság ítéletében megállapította, hogy az *orvosok nem kötelezhetők általuk hasztalannak ítélt kezelés folytatására*, hiszen ez az orvosi szakma morális megsértését jelentené. Kötelesek viszont a beteg illetve törvényes képviselőjével történő ismételt és teljes körű konzultációra, és lehetőséget kell biztosítaniuk arra, hogy a törvényes képviselő olyan osztályra szállíttathassa a beteget, ahol kezelését még nem ítélik hasztalannak [20, 21].

A Diane Pretty ügy kapcsán az Európai Emberi Jogi Bíróság elé 2002-ben - története során első ízben - került olyan ügy, melyben a beteg halálba segítésének jogi megítélését kellett az Európai emberi jogi egyezmény rendelkezéseinek tükrében megvizsgálnia. Pretty olyan degeneratív idegrendszeri betegségben szenvedett, mely teljes mozgásképtelenséghez vezetett (Sclerosis lateralis amyotropica), lélegeztetésre és táplálásra szorult. Tudata mindezek ellenére mindvégig tiszta maradt, így jogilag cselekvőképesnek minősült. Ha képes lett volna rá, saját bevallása szerint önkezeléssel

vetett volna véget életének, de betegsége miatt erre képtelen volt. Sokéves bírósági eljárásában azt szerette volna, ha saját akaratából a férje teszi meg helyette a szükséges lépéseket, és ez a tette nem részesül büntetésben (mercy killing). Az angol jog szerint az öngyilkosság nem bűncselekmény, az öngyilkosságban való közreműködés azonban az. Diane Pretty az angol jog által biztosított összes lehetőségét kimerítve fordult az Európai Emberi Jogi Bírósághoz. A bíróság az Európai emberi jogi egyezmény alapján járt el, melyhez az Egyesült Királyság is csatlakozott. Pretty az egyezmény által biztosított több jogosultságra, köztük az élethez való jogra, a kínzás és kegyetlen bánásmód tilalmára, a magánélet tiszteletben tartására és a diszkrimináció tilalmára is hivatkozott beadványában. A bíróság alapos vizsgálat és számos szakértői vélemény beszerzése után az európai joggyakorlatnak megfelelően elutasította a kegyelemből ölésre, illetve az elkövető büntetlenségére irányuló kérelmet.

Ítéletében ugyanakkor kifejtette, hogy a *cselekvőképes beteg hozzájárulása nélkül végzett orvosi kezelés, még ha az életfenntartó kezelés is, a személy fizikai integritásához való jogát sértheti*, így az egyezmény 8. cikkébe ütközhet [22].

A fenti bírósági döntések kapcsán a következő nemzetközi elvek kristályosodtak ki:

1. Cselekvőképes beteg bármilyen életmentő vagy életfenntartó kezelést jogszerűen visszautasíthat.
2. Cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőjének elsősorban a beteg közeli hozzátartozója jelölendő ki, ha nincs közöttük lévő érdekellentétre bizonyíték.
3. Cselekvőképtelen beteg helyett elsősorban előzetes rendelkezései alapján (élő végrendelet vagy helyettes döntéshozó kijelölése), másodsorban közeli hozzátartozója által ismert világos és meggyőző preferenciái szerint (helyettesített döntés), végül pedig ezek hiányában a beteg legjobb érdeke alapján kell dönteni.
4. Amennyiben az orvos által még hasznosnak ítélt kezelést a beteg illetőleg hozzátartozója az előbbi felhatalmazás alapján elutasítja, a kezelés általában nem alkalmazható. Helyettesített döntés esetében azonban etikai bizottság bevonása, végső esetben bírósági döntés válhat szükségessé a beteg akaratnyilatkozatának pótlása céljából.
5. A szokásos és rendkívüli eszközök meghatározása helyett a beteg számára megterhelő, illetve nem megterhelő eszközök szerinti elkülönítés javasolt.

6. Nem kívánatos a különbségtétel egyes orvosi kezelések között a kezelés visszautasítását illetően.
7. Életfenntartó kezelésnek minősül a szondán keresztüli táplálás és a folyadékpótlás is.
8. Amennyiben az orvos és a beteg hozzátartozója nem értenek egyet a beteg kilátásait illetően, az orvos nem kényszeríthető általa haszталannak ítélt kezelés folytatására, de lehetővé kell azonban tennie a beteg elszállítását más intézetbe. Ilyenkor kórházi etikai bizottság illetőleg területileg illetékes bíróság döntése szükséges.

1.7 Az életvégi döntésekre vonatkozó hazai jogforrások

1.7.1 Az egészségügyi törvény

A 13 éve hatályos Eütv. jelentősen kiterjesztette a betegjogokat, melyeket a jogalkotó igyekezett a nemzetközi standardokhoz igazítani. Dolgozatomban kizárólag a tájékozott beleegyezés, az életmentő és életfenntartó kezelés visszautasítására, és a kezelés haszталanságára vonatkozó szakaszokat tekintem át.

A bevezető rendelkezések után – kiemelve a betegek jogainak és kötelességeinek fontosságát – részletezi a törvény az egészségügyi ellátásnak a betegek számára legfontosabb garanciális szabályait. A 7. szakasz első bekezdésében szól a kezelés haszталanságáról, amikor az indokolt, hozzáférhető és egyenlő ellátáshoz való jogot húzza alá, a második bekezdésben pedig a kezelés megfelelőségét definiálja. A törvény szóhasználatában valamely kezelés akkor megfelelő, amikor etikai és szakmai szempontok szerint is annak minősül.

A 10. szakasz második bekezdése kimondja „A beteg - e törvény eltérő rendelkezésének hiányában - kizárólag az ellátásához szükséges beavatkozások végezhetők el”. A törvény megfogalmazása nem teljesen egyértelmű, mivel a fenti bekezdés jelentheti a nem a beteg érdekében végzett beavatkozások tilalmát – ilyenek lehetnek például oktatási vagy kutatási célúak – illetve azokat a kezeléseket alkalmazásának megtiltását is, melyek a beteg gyógyulása szempontjából nem hasznosak. A kérdésnek ugyanakkor lehet költséghatékonyági vonatkozása is, mivel a tilalom kiterjedhet még a beteg számára a szakmailag indokolt, de nem költséghatékony kezelés alkalmazására, illetve a még hatékony, de olcsóbb kezelés választására is.

Az új Eütv. az egészségügyi beavatkozás feltételéül a beteg tájékozott beleegyezését szabja meg. Ez a páciensek autonómiájának megőrzése, önrendelkezése szempontjából egyik legfontosabb garanciális szabály, ugyanakkor a törvény hatályba lépése óta ez az egyik legtöbbet vitatott kérdés, mivel nehezen definiálható a teljes körű tájékoztatás fogalma „A beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra”. A jogalkotók a törvényben taxatív felsorolják az ide tartozó kérdésköröket, de itt sem határozzák meg kizárólagosan a teljesülés feltételeit. A 13. szakasz igen sérülékeny része a második bekezdés (f) pontja, mely szerint „A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon ... a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről.”

Értelmezésem szerint bizonyos esetekben ez a megfogalmazás többlet kötelezettséget is ró az egészségügyi szolgáltatókra, valamint az orvosokra is. Egyfelől az orvosnak ismernie kell (kellene) a nemzetközi irodalmi adatokat az adott beavatkozás alternatíváiról, melyek meghonosítása, hazai elismerése, és adott esetben a szakmai standardok kidolgozása az egészségügyi vezetés feladata. Másfelől az alternatív módszerek közzétételének, nemzetközi megismertetésének „erkölcsi kötelezettsége” is levezethető a törvény szövegéből.

A beteg autonómiájának védelme az egyik legalapvetőbb jog, mely speciálisan az egészséget érintő kérdésekben a beteg önrendelkezésében és az ellátás visszautasításában nyilvánul meg leginkább. Az európai joggyakorlatnak megfelelően az 1998-tól hatályos Eütv.-ünk a betegjogok kiterjesztésével, a betegség természetes lefolyását lehetővé téve megengedi az életfenntartó kezelés visszautasítását rövid időn belül, megfelelő orvosi kezelés mellett is halálhoz vezető, súlyos és gyógyíthatatlan betegség esetén. A diagnózist háromtagú orvosi bizottság állítja fel, a betegnek közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban illetőleg írásképtelensége esetén két tanú jelenlétében kell nyilatkoznia a kezelés visszautasítása felől. Ez utóbbi esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, melyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek (Eütv. 20.§). A visszautasítás csak akkor érvényes, ha a bizottság a beteg megvizsgálása után egybehangzóan nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve hogy a törvényi feltételek fennállnak. Szükséges még, hogy a beteg két tanú előtt, a nyilatkozatát követő 3. napon ismételtén kinyilvánítsa a visszautasításra irányuló szándékát.

A kezelés visszautasítása esetén az orvosnak meg kell kísérelnie a beteg döntése háttérében lévő okok – személyes beszélgetés alapján történő – feltárását és a döntés megváltoztatását. Ez utóbbi rendelkezés a támadások kereszttüzeiben állt, mivel ez lehetőséget teremt a beteg önrendelkezési joga szűkítésére, illetve a beteg véleményének befolyásolására.

A beteg az életfenntartó és életmentő beavatkozások visszautasítása esetén is jogosult szenvedéseinek enyhítésére, fájdalmainak csökkentésére. Várandós nő nem mondhat le az életmentő beavatkozásokról. Cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképessé személy nem utasíthatja vissza érvényesen azokat az ellátásokat, amelyek elmaradása súlyos vagy maradandó károsodáshoz vezetne. Az olyan beavatkozások esetében, amelyek nélkül a 20. § (3) bekezdésében szabályozott következmények merülhetnek fel, az egészségügyi szolgáltatóknak keresetet kell indítani a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt. A jogerős határozatig a kezelőorvos köteles a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképessé beteg állapota által indokolt ellátások megtételére; közvetlen életveszély esetében még a bírósági nyilatkozat pótlása sem szükséges. A kezelőorvos fenti kötelezettsége teljesítése érdekében rendőrhatalósági segítségre is jogosult.

A nyilatkozat pótlása érdekében a bíróság soron kívüli, nem-peres eljárásban jár el, amely eljárás tárgyi költségmentes, és amely során a Pp. rendelkezéseit kell alkalmazni, kivéve, ha magából az Eütv-ből vagy az eljárás nem-peres jellegéből más következik. Az életfenntartó kezelés visszautasításának joga azonban a törvény hatályba lépése óta eltelt évek tapasztalata szerint a mindennapi gyakorlatban nem alkalmazott lehetőség maradt, mely mögött különböző elméleti és gyakorlati okok egyaránt meghúzódhatnak. A 20.§ (3) értelmében „a betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül - megfelelő egészségügyi ellátás mellett is - halálhoz vezet és gyógyíthatatlan....”. Mindenekelőtt a törvény szövegében lévő „a betegség természetes lefolyása” értelmezhető nehezen kórházi körülmények között, hiszen ilyenkor a beteg általában valamilyen állapotát javító orvosi kezelésben részesül. Ez esetben önkényes határvonalat kellene húznunk a különböző kezeléseket közt, melyik mellett következik be rövid időn belül a halál, illetve melyik mellett tart a terminális állapot hosszan. A

katolikus egyház teremtette szokásos és rendkívüli eszközök szerinti csoportosítás az orvostudomány fejlődésével, az eszközök szaporodásával illetve a betegek mind alaposabb bevonásával átadta a helyét a beteg számára elfogadható, illetve megterhelő eszközök szerinti csoportosításnak. Ez utóbbi már a beteg megítélésén múlik, önrendelkezésének része. Az angolszász illetve a német jogelmélet orvosi beavatkozásoknál a cselekvőképesség helyett a döntéshozatali képesség fogalmát dolgozta ki, és használja. [23] Az Eütv. azonban nem határozza meg a döntéshozatali képesség fogalmát, így a cselekvőképesség általános szabályok szerinti meghatározása irányadó. Az eljárási rend szabályozásánál azonban feltételként orvos csoport tagjai közt előírja pszichiáter jelenlétét. Bár az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998 (VI.16.) Korm. rendelet pontosan megszabja a pszichiátriai vizsgálat szükséges szempontjait a belátási képesség megítélésére, nem egyértelmű, mi a teendő abban az esetben, ha a beteg a polgári jog általános szabályai szerint cselekvőképesnek minősül ugyan, de a pszichiáter a beteg belátási képességét korlátozottnak ítéli meg.

Másik jelentős probléma, hogy a törvény szövege jelentősen szűkíti a beteg önrendelkezés, mivel csak akkor utasíthat a beteg vissza életmentő vagy életfenntartó kezelést, ha betegsége rövid időn belül mindenképpen halálhoz vezet. Ez nézetem szerint ellentétes az Európai Emberi Jogi Egyezmény szellemiségével, mivel az egyezmény szerint az önrendelkezés rendes körülmények közt megelőzi az állam általános életvédelmi kötelezettségét [77].

A törvény a működési elvek között újra megismétli az egyén ellátásának szakmai és etikai szabályok és irányelvek szerinti megvalósulását, és hangsúlyozza az életminőség megőrzésének és javításának kiemelkedő jelentőségét: „Az egészségügyi szolgáltatások célja, hogy hozzájáruljon az egyének egészségének megőrzéséhez, lehetséges mértékű helyreállításához, az egészségromlás mérsékléséhez, segítse a megváltozott egészségi állapotú egyének munkába és közösségbe való beilleszkedését” (Eütv: 75. § (2)). A későbbiekben újra megismétli a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználását is: „Az egészségügyi ellátások rendszerében a lakosság egészségi állapotának javítását a rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználásával kell végezni” (Eütv. 75.§ (4)).

Nagyon fontos, hogy a törvény a betegek jogai mellett az orvosok jogait is felsorolja. Ezek közül a legfontosabb a vizsgálati és terápiás módszerek szabad

megválasztásának joga „A kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás módszerek közül - a hatályos jogszabályok keretei között - szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást” (Eütv. 129. § (1)).

Az ellátás szabad megválasztásának ellenoldala az ellátás megtagadásának joga, mely egyaránt megilleti az orvost és az orvosi végzettséggel nem rendelkező egészségügyi dolgozót is, amennyiben a kezelés szakmailag nem indokolt, jogszabályba vagy szakmai szabályba ütközik (Eütv. 131§ (3-4), 132. §).

1.7.2 Az orvosi beavatkozás büntetőjogi megítélése

Az orvosi beavatkozások büntetőjogi megítélését a sértetti beleegyezés rendszerében lehet kezelni, így tehát az orvosi beavatkozás a beteg tájékozott beleegyezése nélkül - néhány kivételtől eltekintve - bűncselekményt valósít meg.

A hatályos Eütv. részletesen szabályozza a beteg önrendelkezéshez való jogát (15. §), valamint az ellátás visszautasításának jogát (20. §). Az Eütv. 20. §-ában felállított szabályrendszer véleményem szerint legalizálja a passzív eutanázia fogalma alá eső cselekményeket Magyarországon – anélkül, hogy tartalmazzná az „eutanázia” szót. A jogalkotói szemérmesség ellenére viszont egyértelműen levezethető a beteg joga arra, hogy – a kivételek szűk körétől eltekintve – visszautasítsa az orvosi ellátást, még akkor is, ha ez a halálához vezet. A törvényalkotó szándéka minden kétséget kizáróan arra irányult, hogy megfelelő jogi háttérrel adjon a terminális állapotú betegek önkéntes választásának a természetes, emberhez méltó halálhoz. Az életfenntartó beavatkozások visszautasítása, a „passzív eutanázia” büntetőjogi megítélése azonban Filó Mihály büntetőjogász álláspontja szerint csak tágabb összefüggésben, az orvosi tevékenység büntetőjogi kontextusában értelmezhető [24].

A hatályos 1978. évi Büntető Törvénykönyvben található szabályozás illeszkedik azokhoz a nemzetközi jogalkotási tendenciákhoz, amelyek a kockázati társadalomban fellépő veszélyek minimalizálására, a büntetőjogi védelem szintjének emelésére törekednek. A kockázat-minimalizálás egyik alapvető szabályozási technikája – különösen az élet és a testi épség elleni bűncselekmények esetén – hogy a törvény a testi sértés mellett már a testi integritás veszélyeztetését is bünteti. A jogirodalom szerint ez a „*szakmai büntetőjog*” megtestesülése, hiszen ezzel a technikával

mindenekelőtt az egyes foglalkozások gyakorlóit helyezi szigorúbb felelősség alá. A törvény ezért általános fogalmat alkot a veszélyes foglalkozások szabályozására. Ebbe a körbe tartozik többek között az orvosi tevékenység is, amelynek „*veszélyessége éppen abban rejlik, hogy e szakma gyakorlói magával az emberrel, az emberi testtel foglalkoznak*” [25]. Az orvosi tevékenység célja a gyógyítás, önmagában azonban nem ez hordozza magában a veszélyt, hanem az általa kiváltott esetleges eredmény.

A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Btk. 171. §) körében, az alanyi oldalt tekintve a szándékos veszélyeztetés jellegzetessége, hogy az elkövető szándéka – a limitált veszélyeztetés tanából következően – kizárólag a közvetlen veszélyhelyzet előidézésre terjed ki, de semmiképpen nem terjedhet ki a testi integritás sérelmére. [26] Ha az elkövető szándéka, akár eshetőlegesen is, kiterjed a halál bekövetkeztére, úgy már szándékos emberölés miatt kell felelősségre vonni.

A hazai jogirodalomban általánosan elterjedt a megállapítás, hogy az orvos tevékenysége szükségszerűen megvalósítja a Btk. Különös Részében foglalt egyes tényállásokat, „*látszólag testi sértést hajt végre*” [25]. Az invazív gyógyító eljárások büntetendőségének kizárása így a jogellenesség szintjén történhet meg, amire különböző álláspontokat találunk. *Wiener A. Imre* szerint az orvosi tevékenységnél felmerülő büntetethetőségi akadály magában foglalja a sértett beleegyezésének és a kockázat vállalásnak az elemeit is, a megengedett rizikó azonban azáltal, hogy a keretszabályozás révén a foglalkozási szabályok beépültek a tényállásba, elveszíti önálló jelentőségét [27]. *Busch* utal arra, hogy ennek ellentmondani látszik a hatályos Eütv. szabályozása, amely a 129. §-ban kifejezetten említi a kockázat indokolt mértékét. *Dezső László* [28] inkább abból indult ki, hogy az orvosi beavatkozásnál – a dolog természeténél fogva – hiányzik a cselekmény társadalomra való veszélyessége.

A gyógyító tevékenység büntetőjogi megítélése a német jogirodalomban a testi sértés (StGB 223. §) dogmatikájához kapcsolódik, és – a magyar tudományhoz hasonlóan – jelentős kérdésként merül fel, hogy egy orvosi műtét kimeríti-e a testi épséget védelmező tényállások valamelyikét, vagy a formálisan jogellenes cselekmény büntetlenségét a materiális jogellenesség hiánya alapozza meg. Németországban a joggyakorlat az 1890-es évektől mindmáig töretlenül képviseli azt a felfogást, hogy az orvos ténykedése minden esetben tényállásszerűnek minősül, a büntetendőséget pedig kizárólag a sértett beleegyezése zárja ki, amelynek megfelelő orvosi tájékoztatáson kell

alapulnia. A német Büntető Törvénykönyv (StGB) nemcsak a magyar Büntető Törvénykönyv „testi sértés” (Btk. 170. §) fogalmi körébe eső cselekményeket, hanem az egészségkárosodást nem okozó *bántalmazást* is testi sértésként rendeli büntetni. Akár terápiás, akár diagnosztikai célzatú eljárásról van szó, így az orvos formálisan bűncselekményt követ el. Németországban még ennél is tovább ment a joggyakorlat, amikor abban az esetben is megállapította a testi sértés létrejöttét, amikor a páciens beleegyezése nélkül végeztek ernyőkép szűrővizsgálatot. Ennek indoklása az volt, hogy tekintettel a röntgen sugárzás késői következményeként fellépő mellékhatások teljes bizonyossággal nem zárhatók ki (BGHSt.43,346). A Szövetségi Legfelsőbb Bíróság ezzel az érveléssel utat nyitott annak a tendenciának, amely a testi épséget védő materiális bűncselekményeket már konkrét veszélyeztetési deliktumként fogja fel. Ez az álláspont oda vezethet, hogy a büntetőeljáráásban már nem szükséges a fizikai sérelem tényét bizonyítani, elég annak megállapítása, hogy az orvos cselekménye a sértett testi integritását pusztán veszélyeztette. Az ítélet kritikusi szerint azonban mindez megengedhetetlen, hiszen így elveszne a testi sértés eredmény-bűncselekmény jellege.

Hazánkban a beleegyezéssel nem legitimált gyógyító beavatkozás ezért amennyiben *lege artis* végezték és eredményes volt – a jelenleg hatályos szabályozás alapján – a *nulla crimen sine lege* elv alapján nem büntethető. Ahhoz, hogy ez büntethetővé váljon létre kell hoznunk egy jogi tárgyat, mely jogi tárgy az önrendelkezési jog rész-aspektusa, az egészségügyi önrendelkezési jog. Ezzel megvalósulhatna a jogi tárgy fokozott védelme, melynek valamennyi egészségügyi beavatkozásra ki kellene terjednie. Filó Mihály véleménye szerint a büntetőjog *ultima ratio* jellegéből adódóan – nem feltétlenül szükséges, hogy az egészségügyi önrendelkezési jog megsértését hazánkban *generális* jelleggel büntetéssel fenyegezzük. Nem életszerű, és nem is felel meg az arányosság alkotmányos követelményének, egy jelentéktelen beavatkozás esetében a tájékoztatás hiánya miatt büntetőjogi felelősséget megállapítani, így az enyhébb súlyú eseteket célszerűbb a szabálysértési jog körében szabályozni.

1.8 Az eutanázia határozat

Az Alkotmánybíróság az 1997. évi CLIV. törvényt (Eütv.) érintő beadványokat együttesen bírálta el 22/2003 (IV.28.) számú határozatában.

Ebben elutasította azt az indítványt, amely szerint az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény *alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát azáltal, hogy nem teszi lehetővé számukra életük orvosi segítséggel történő befejezését.*

Szintén elutasította azt az indítványt, amely szerint mulasztásban megnyilvánuló alkotmányellenes helyzet állt elő a Büntető törvénykönyv (1978. évi IV. törvény 166-168. §) és az Alkotmány (54. § (1) bekezdés) összhangba hozásának elmaradásával. A beadvány szerint ellentmondás áll fenn a két említett törvényhely között, mivel ha az Alkotmány biztosítja az emberi méltósághoz való jogot, és ezáltal a betegek önrendelkezési jogát, akkor lehetővé kell számukra a halál választását is, és ezekre az esetre a Büntető törvénykönyvben privilegizált tényállásokat kellene megfogalmazni.

Továbbá elutasított az Alkotmánybíróság azon indítványokat, melyek szerint az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény a betegek önrendelkezési jogára és a kezelés visszautasítási jogára vonatkozó rendelkezései alkotmányellenesen korlátozzák a gyógyíthatatlan betegeknek az életfenntartó vagy életmentő orvosi beavatkozás visszautasítására vonatkozó önrendelkezési jogát.

Ugyancsak elutasította az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól szóló 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet 3. §-a, 5. § (2) bekezdése, 6. §-a, 7. §-a és 10. § (2) bekezdése alkotmányellenességének megállapítására és megsemmisítésére irányuló indítványokat.

1.8.1 Nemzetközi kitekintés

Az Alkotmánybíróság szükségesnek tartotta az indítványokban érintett kérdéseket nemzetközi összefüggéseiben is áttekinteni. A külföldi gyakorlat elemzése kapcsán két területen ismerte el a nemzetközi joggyakorlat változását: „a 20. század utolsó évtizedeiben számos ország törvényhozása, illetőleg bírói gyakorlata arra az álláspontra helyezkedett, hogy bár az élet elleni cselekmények teljes tilalmát, bármilyen motiváció alapján került is sor elkövetésükre, változatlanul fenn kell tartani, a

korábbiaktól eltérően el kell azonban ismerni a betegnek azt a jogosultságát, hogy visszautasíthassa az élete fenntartására, illetőleg meghosszabbítására vonatkozó orvosi beavatkozást még akkor is, ha a visszautasítás minden valószínűség szerint halálát fogja eredményezni” és „egyes olyan országokban, ahol a törvény a gyógyíthatatlan beteg halálának az elősegítését változatlanul tiltja, mégis büntetlenséget biztosítanak az orvosnak, ha a halál a betegség végső szakaszában lévő beteg fájdalmainak csillapítására általa előírt szer elkerülhetetlen mellékhatásaként következett be” (kettős hatás elve). Az Alkotmánybíróság a fenti mondataival elismerte és meghonosította a bármely kezelés visszautasításának és a kettős hatás elvét. Ugyanakkor töretlenül kiállt a halál siettetésének önrendelkezésen alapuló vagy nem alapuló, aktív vagy passzív formájának tiltása mellett: „e fejlemények ellenére ez idő szerint a legtöbb országban kevés hajlandóság mutatkozik a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők halálának elősegítésére vonatkozó tilalom feloldására vagy enyhítésére”, és ezzel csatlakozott az európai többségi állásponthoz is. A hatályos büntető törvénykönyv szellemiségének megfelelően vitatta a „mercy killing” elkülönített tényállása visszaállításának szükségességét is. A Dianne Pretty v. Director of Public Prosecution ügy kapcsán rámutatott arra, hogy az Egyesült Királyságban nem csak a törvényhozás, hanem a jogalkalmazás is idegenkedik a régóta fennálló tilalmak oldása irányában teendő lépésektől. Kiemelte, hogy eddig világszerte csak igen kevés olyan törvény született, mely lehetővé teszi a súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedő beteg kérésére halálához nyújtott segítséget.

A kivételek közül az Alkotmánybíróság elemezte a Holland helyzet kialakulását: „a korábbi teljes tilalmat a bírói gyakorlat kezdte feloldani”. 1973-tól kezdődően több olyan ítélet született, melyek a gyógyíthatatlan betegét halálba segítő orvosokat azzal az indokkal mentették fel az emberölés vádjá alól, hogy szükséghelyzetben cselekedtek. A Holland Legfelsőbb Bíróság egy 1984-ben hozott ítéletében nyilvánította ki elvi éll, hogy bár más megölése a büntető törvények alkalmazásában változatlanul bűncselekménynek tekintendő, a beteget halálba segítő orvos bizonyos feltételek esetén hivatkozhat arra, hogy az emberölést szükséghelyzetben követte el”. Kiemelten fontos az eljárás jogi lépéseinek elemzése is, tekintettel arra, hogy a büntetlenség feltétele a jogi procedúra előírásainak pontos betartása. Feltételei a következők voltak: az orvos a beteg szabadon kinyilvánított akarata alapján jár el, miután tőle és a betegről független

másik orvossal konzultációt folytatott kezelés reménytelenségéről, a beteg kívánságának átgondoltnak, megfontoltnak és tartósan hangoztatottnak kellett lennie, a betegnek tűrhetetlen fájdalmai vannak, és nincs kilátás állapota javulására, a szenvedés enyhítését eredményező módszer pedig nem áll rendelkezésre. 1994-ben módosították Hollandiában a büntető törvényt, és a halálesetek kivizsgálásáról szóló jogszabályt is. Ezek úgy rendelkeztek, hogy gyógyíthatatlan betegét halálba segítő orvosnak minden ilyen halálesetet jelenteni kell egy e célra felállított bizottságnak, mely állást foglal az orvos eljárásának jogszerűségéről, és jelentését megküldi az ügyésznek, aki dönt arról, hogy büntető eljárást indít-e az orvos ellen [29]. E szabályozás alkalmazásának tapasztalatai alapján átfogó törvényjavaslatot nyújtottak be a törvényhozáshoz "Az életnek kérésre történő végetvetés és az öngyilkossághoz nyújtott segítség eseteinek felülvizsgálatáról" címmel. A javaslatot a törvényhozás mindkét háza megszavazta, az 2001. október 1-jén lépett hatályba.

A törvény a büntető törvények módosításával büntetlenséget biztosít az orvosnak az aktív eutanázia és az öngyilkosság elősegítésének büntette alól, ha kellő gondossággal és körültekintéssel járt el, és ha jelentést tett az illetékes halottkémnek a beteg halálában való közreműködéséről. A kellő gondosság, körültekintés feltételeit a büntető törvény határozza meg. E szerint az orvos eljárása akkor kellően gondos, ha meggyőződött arról: a beteg állapota reménytelen, a beteg nem enyhíthető, elviselhetetlen szenvedést él át folyamatosan, és más ésszerű megoldás nem áll rendelkezésre. A kellő gondossággal való eljárás akkor állapítható meg, ha az orvos a beteget részletesen tájékoztatta állapotáról és kilátásairól, és a beteg szabad akaratából, mindent megfontolva fejezte ki azt az akaratát, hogy meg kíván halni. További követelmény az orvossal szemben, hogy a betegről független legalább egy orvossal konzultáljon, és a kellő gondosságát alátámasztó fenti feltételek meglétéről írásbeli értékelést készítsen, végül hogy a beteg halálát megfelelő orvosi gondossággal segítse elő.

E halálesetek körülményeinek kivizsgálására Hollandiában regionális felülvizsgálati bizottságok működnek. Vizsgálódásaikat a beteg halálában közreműködő orvos bevonásával végzik. Ha megállapítják, hogy az orvos kellő gondossággal járt el, az ügyet lezárják, ellenkező esetben értesítik az ügyészt büntetőeljárás indításának megfontolására.

Belgiumban 2002. május 28-án hoztak törvényt annak lehetővé tételéről, hogy az orvos a gyógyíthatatlan beteg kívánságára véget vethessen életének. A törvény szóhasználatában ez eutanázia, melyet így határoz meg: eutanázián az orvos által eszközölt azon cselekmény értendő, mellyel szándékosan véget vet betege életének. A szabályozás részletes ismertetésétől a Holland jogszabályhoz való nagyfokú hasonlóság miatt eltekintek.

Az Amerikai Egyesült Államokban a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők jogait illetően a bírói gyakorlatban és a törvényhozásban egyaránt lényeges változások következtek be az elmúlt évtizedekben, a legfontosabb esetjogi döntéseket már ismertettem. Fontos kiemelni, hogy az orvosi beavatkozás visszautasítását elismerő bírói gyakorlat fejlődésével párhuzamosan az Egyesült Államok több tagállamában kezdeményeztek népszavazást abból a célból, hogy a gyógyíthatatlan beteg halálának az orvos általi elősegítését a törvény lehetővé tegye. Oregon az első amerikai állam, melyben 51%-os többségbe kerültek az öngyilkossághoz adott orvosi segítség törvény általi lehetővé tételének hívei. Az 1994. évi népszavazás eredményeként meghozott törvény 1997-ben lépett hatályba. A méltó halálról szóló 1994. évi törvény (Oregon Death with Dignity Act 1994) azt teszi lehetővé, hogy a kezelőorvos olyan szert (készítményt) bocsásson gyógyíthatatlan betegre rendelkezésére, mellyel az véget vethet életének. Erre csak belátási képessége teljes birtokában lévő nagykorú beteg szóbeli, majd írásban megismételt kívánságára kerülhet sor, ha a kezelőorvos, továbbá legalább egy konzulens orvos megállapította, hogy gyógyíthatatlan betegsége végső stádiumában van. E kívánság kinyilvánításának megtörténtét két személynek kell tanúsítania, akik vele sem rokonsági kapcsolatban nem állnak, sem örökösei vagy halálának más módon hasznélvezői nem lehetnek. Nem lehet tanú a kezelőorvos és annak az egészségügyi intézménynek az alkalmazottja sem, melyben a beteget kezelik. E kívánság bármikor visszavonható. A betegnek tájékoztatnia kell döntéséről közeli hozzátartozóját, de ha erre képtelen, vagy nem kívánja hozzátartozóját értesíteni, ez nem lehet akadály a kívánsága teljesítésének. Mielőtt a beteg e kívánságának kifejezésre juttatására sor kerülne, kezelőorvosának minden részletre kiterjedő tájékoztatást kell adnia a betegség természetéről, a várható végkifejletről, és meg kell jelölni a lehetséges alternatívákat (pl. testi és lelki segélyszolgálat igénybevétele, fájdalomcsillapítás). Ha akár a kezelőorvos, akár a konzulens orvos feltételezése szerint a beteget e döntése meghozatalában

elmebeli állapota vagy pszichiátriai zavara befolyásolhatta, a beteget az e téren járatos szakorvoshoz kell utalniuk, s csak azt követően dönthetnek a szer/készítmény kiszolgáltatásáról, ha a szakorvos megállapította, hogy a beteg nem szenved kóros elmebeli vagy pszichés zavarban. A törvény kötelező várakozási időket határoz meg a beteg kívánságának kifejezésre juttatása és a szer kiszolgáltatása között, és rendelkezik a beteg kívánságára kiszolgáltató készítmény következtében történt elhalálozásának a végrendeletére, a szerződéseire és a biztosítási jogviszonyaira gyakorolt kihatásáról is. A törvény kimondja: rendelkezéseit nem lehet úgy értelmezni, hogy azok feljogosítják az orvost aktív eutanáziára, ugyanakkor biztosítja a törvény szerint eljáró orvosnak az eutanáziával vagy az öngyilkossághoz segítségnyújtás bűncselekményével és orvosetikai fegyelmi vétséggel kapcsolatos büntetlenségét.

Mindezek mellett a Szövetségi Legfelsőbb Bíróság 1997-ben azt mondta ki, hogy a gyógyíthatatlan betegség végső szakaszában lévő személy halálához nyújtott orvosi segítség törvényi tilalmazása sem alkotmányellenes. A határozathoz fűzött öt párhuzamos indokolás mindazonáltal nyilvánvalóvá teszi: a legfőbb bírák többsége hajlott arra, hogy a betegségük végső szakaszában nagy fájdalmakat elszenvedő, ítélőképességük birtokában lévő betegek jogát ahhoz, hogy segítséget kaphassanak életük befejezéséhez, legalább olyan erősnek tekintse, mint az orvosi kezelés visszautasításának a törvények által már régóta biztosított jogát.

Ausztráliában az Északi-Terület territóriumában 1995-ben törvényt fogadtak el a gyógyíthatatlan betegek jogairól (Rights of the Terminally Ill Act 1995.). E törvény lehetővé tette, hogy az a nagykorú személy, akinek betegsége ésszerű orvosi megítélés szerint rövidesen halálával fog végződni, s akinek betegsége a beteg számára elfogadható gyógymóddal sem kezelhető, súlyos fájdalma, szenvedése sem enyhíthető, kérhesse kezelőorvosa segítségét élete befejezéséhez. E törvény csak mintegy két évig volt hatályban. Az Ausztrál Államszövetség, módosítva az Északi Terület törvényhozási hatáskörét szabályozó 1978. évi törvényt, 1997-ben kimondta, hogy e hatáskör nem terjed ki olyan orvosi tevékenység engedélyezésére, melynek eredményeképpen az orvos szándékos tevékenysége folytán a beteg meghal. A törvény így érvényét veszítette, a hatálya idején a beteg halálához nyújtott orvosi segítséget azonban jogszerűnek ismerték el.

Az Európai Unióban az Európa Tanács egyes egyezményei tartalmazzak bizonyos támpontot az indítványokban felvetett kérdésekben való állásfoglaláshoz (Az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedói Egyezmény (1997. április 4), Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról (Párizsban, 1998. január 12) Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről szóló 2002. évi VI. törvény). A Biomedicina Egyezmény kimondja ugyanis, hogy egészségügyi beavatkozás csak azután hajtható végre, ha abba az érdekelt személy szabadon és tájékozottságon alapuló beleegyezését adta, továbbá, hogy ez a beleegyezés bármikor visszavonható (5. cikk).

Az Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése korábban már több alkalommal is foglalkozott a gyógyíthatatlan betegeket megillető alapvető emberi jogokkal [613 (1976) számú határozat, 779 (1996) számú ajánlás]. Ez utóbbi ajánlásban hangot adott annak a meggyőződésének, hogy az élet meghosszabbítása önmagában nem jelentheti az orvoslás kizárólagos célját, hanem ugyanolyan mértékben kell törekedni a szenvedések enyhítésére is.

A Közgyűlés átfogó jelleggel 1999. június 25-én elfogadott 1418. (1999) ajánlásában fejtette ki álláspontját ebben a kérdésben. Az ajánlás alapgondolata, hogy: "A halálos betegek és a haldoklók méltóságának tisztelete és védelme olyan kötelezettség, amely az ember méltóságának az élet végéig tartó sérthetlenségéből fakad. E tiszteletnek és védelemnek olyan körülmények kialakításában kell realizálnia, melyek között embertársaink méltó körülmények között halálozhatnak el" (5. pont). Az ajánlás amellet, hogy a tagállamok széles körű intézkedését szorgalmazza a haldoklással járó fájdalom, testi és lelki szenvedés csökkentésére, valamint a betegeket sújtó szorongás és a magárahagyottság érzésének, egyebek mellett hospice szolgálatok igénybevételével történő enyhítésére, két alapvető követelményt fogalmaz meg. Az egyik az, hogy a tagállamok biztosítsák, hogy a haldokló vagy a betegség végső szakaszába érkezett betegek *akaratuk ellenére gyógykezelésben ne részesüljenek*, a betegek mások által történő befolyásolásának vagy kényszerítésének kizárása mellett. A másik az, hogy a tagállamok a halálos betegek és haldoklók élettől való szándékos megfosztása tilalmának fenntartásával *szavatolják e betegek élethez való jogát*, biztosítsák, hogy a gyógyíthatatlan betegek halál utáni vágya ne képezhessen jogos igényt arra, hogy

életüknek más vessen véget. E követelmény magában foglalja azt is, hogy e betegek kívánsága életük befejezésére ne szolgálhasson olyan cselekmények jogalapjául, melyek a halál beálltának előidézésére irányulnak.

1.8.2 Különvélemények

Az emberi méltósághoz való jognak az Alkotmánybíróság az alapjogok sorában megkülönböztetett jelentőséget tulajdonított. Következik ez abból is, hogy az emberi méltósághoz és az élethez való jog az Alkotmánynak az alapvető jogokra és kötelességekre vonatkozó fejezete élén helyezkedik el, és azt az Alkotmány az ember veleszületett jogaként deklarálja. E két jog a 23/1990. (X. 31.) AB határozat szóhasználata szerint "minden mást megelőző legnagyobb érték" (ABH 1990, 88., 93.). Már ebben a határozatban megfogalmazást nyert az Alkotmánybíróságnak azon álláspontja is, hogy *az emberi élethez és az emberi méltósághoz való jog elválaszthatatlan egységet alkotó oszthatatlan és korlátozhatatlan alapjog*. A későbbiekben az Alkotmánybíróság elvégezte annak kimunkálását is, milyen összefüggésben érvényesül az emberi méltóság korlátozhatatlansága. Arra az álláspontra helyezkedett, hogy az emberi méltósághoz való jog csupán az emberi státus meghatározójaként, csak az élettel együtt fennálló egységben abszolút és korlátozhatatlan [64/1991. (XII. 17.) AB határozat, ABH 1991, 297., 308., 312.]. Ezért anyajog mivoltából levezetett egyes részjogosítványai (mint például az önrendelkezéshez és a személy testi integritásához való jogok) az Alkotmány 8. § (2) bekezdése szerint bármely más alapjoghoz hasonlóan korlátozhatók [75/1995. (XII. 21.) AB határozat, ABH 1995, 376., 383.].

A gyógyíthatatlan beteg döntése arról, hogy életének a rá váró szenvedésekkel teli hátralévő részét nem akarja végigélni, a beteg önrendelkezési jogának része, így vonatkoznak rá az Alkotmány 54. § (1) bekezdésének rendelkezései. A saját haláláról való döntés ugyanis mindenkit megillet, függetlenül attól, hogy egészséges vagy beteg, és ha beteg, betegsége az orvostudomány szerint gyógyítható-e vagy nem. A korszerű jogrendszerek, így a magyar jog sem tilalmazza az öngyilkosságot, csak az ahhoz nyújtott segítséget bünteti. A világnézeti szempontból semleges alkotmányos alapokon álló jogrendszer ugyanis sem helyeslő, sem helytelenítő álláspontot nem foglalhat el az ember saját életének befejezését elhatározó döntésével kapcsolatban; itt olyan szféráról van szó, melytől az államnak főszabályként távol kell magát tartania. Az állam e körben

csak annyiban jut szerephez, amennyiben ezt az élethez való jogra vonatkozó intézményvédelmi kötelezettsége elkerülhetetlenül szükségessé teszi. A fentiekből az Alkotmánybíróság álláspontja szerint két következtetés adódik.

Egyrészt az, hogy a gyógyíthatatlan beteg arra vonatkozó elhatározása: életét akár fájdalmainak, szenvedésének megrövidítése érdekében, akár más megfontolásból nem kívánja végigélni, ezért visszautasítja az életben tartásához feltétlenül szükséges orvosi beavatkozást, önrendelkezési jogának olyan része, melynek gyakorlását a törvény más alapjog védelméhez elkerülhetetlenül szükséges mértékben korlátozhatja ugyan, de nem vonhatja el.

Másrészt az, hogy a gyógyíthatatlan betegnek az a kívánsága, hogy életének nem pusztán az életfenntartó, életmentő orvosi beavatkozás visszautasításával, hanem az orvos tevőleges segítségével vessen véget, alkotmányossági megítélés szempontjából már nem tekinthető az életével, illetőleg halálával kapcsolatos önrendelkezési joga olyan részének, melyet a törvény más alapjog védelme érdekében akár teljes egészében is ne vonhatna el. Ebben az esetben ugyanis más személy: a beteg orvosa is cselekvő részesévé válik annak a folyamatnak, melynek során a beteg az élete befejezésének a méltóságával összeegyeztethető módját választja. Az orvos szerepe nem csak a beteg elhatározásának a teljesítésében áll; a kezelőorvos szükségképpen közreműködik, gyakran meghatározó módon, már a beteg döntésének kialakításában is, annak folytán, hogy felvilágosítást ad részére betegségének természetéről, várható lefolyásáról, életkilátásairól, a betegséggel járó fájdalom vagy szenvedés enyhítésének lehetőségéről. Az Alkotmánybíróság határozatában szereplő álláspontja szerint az, hogy az emberi méltósághoz való jog az élettel együtt fennálló egységben korlátozhatatlan, csak az olyan helyzetre vonatkozik, amikor az életet és az attól elválaszthatatlan emberi méltóságot mások korlátoznák. A méltó halálhoz való jog viszont nem az élettől való megfosztás, hanem az élet saját elhatározásból való befejezésének összefüggésében merül fel, még akkor is, ha egyes módozatainál a halálba induló beteg más személy az orvos segítségét kívánja igénybe venni. Ennek folytán a méltó halálhoz való jog az indítványokban megfogalmazott alkotmányos összefüggésben nem az élethez való joggal fennálló egységben jelentkezik, hanem ellenkezőleg; ezen életszakasz megélésének kényszeréből adódóan az emberi méltóság sérelme éppen az által következik be, hogy bár a beteg gyógyíthatatlan, az élet nem ér véget azon a ponton,

ahol élete a betegség elviselésével járó súlyos testi, lelki szenvedés, a kiszolgáltatottság és a reménytelenség érzése folytán kibékíthetetlen konfliktusba kerül méltóságérzetével. *Az emberi méltósághoz való jog nem az élethez való joggal elválaszthatatlan egységben jelentkezik, hanem fordítva: az egyik érvényesülésével együtt járhat a másik háttérbe szorulása.* Ezért pusztán a méltósághoz való joggal egységben jelentkező élethez való jognak az Alkotmánybíróság korábbi határozataiban kifejtettek szerinti korlátozhatatlanságára hivatkozással *nem állítható megalapozottan, hogy a gyógyíthatatlan beteg életének emberi méltóságával összeegyeztethető befejezésére vonatkozó önrendelkezési joga is korlátozhatatlan*”

A határozatban megfogalmazott párhuzamos indoklásokban Dr. Tersztyánszkyné dr. Vasadi Éva alkotmánybíró is a monista álláspont mellett tör lándzsát: „az élet és a méltóság tehát fogalmilag elválaszthatatlan. Így az emberi méltóság fogalmának téves értelmezése tükröződik minden olyan megfogalmazásban, mely az élet és a méltóság közötti konfliktus és választás lehetőségét felveti”. A bírónő indoklásában ugyanakkor meghatározza az élethez való jog időbeli határait, ami a dolgozatom szempontjából kiemelkedő jelentőségű: „az élethez való jog csak az élve születés és a haldoklás megkezdése között teljes, és az emberi méltóság ezen időben mindkét irányban túlterjeszkedik”.

Saját véleményem megegyezik Dr. Tersztyánszkyné dr. Vasadi Éva alkotmánybíróéval abban, hogy „az emberi méltósághoz való jogból, illetve az abból eredeztetett önrendelkezési jogból nem vezethető le sem a más személy keze általi, sem az állam segítségével történő elhalálozáshoz való jog, és a "méltó halálhoz (eutanáziához) való jog" sem, hanem csak az, hogy a betegeknek lehetőséget kell biztosítani bizonyos beavatkozások meghatározott feltételek mellett történő visszautasításához”, de nézetem szerint az önrendelkezés bármilyen állapotban megilleti a betegeket, akik bármilyen kezelést visszautasíthatnak.

Egyetértek az indoklásában szereplő azon felosztással, mely szerint a beteg életének megrövidítése (kezelésről való lemondás) csak a saját önrendelkezésén alapulhat: „az önrendelkezési jog érvényesülésére vonatkozó törvényi szabályozás területén a még alkotmányos és a már alkotmányellenes szabályozás közötti határvonal egyszer s mindenkorra adott. Az a szabályozás alkotmányos, amely a tájékozott, személyes, minden külső kényszertől és befolyástól mentes, szabad döntés lehetőségét biztosítja a

visszautasításról. A kezelésnek az ilyen visszautasítása nem a halált idézi elő, hanem elfogadja, hogy nem tudja azt megakadályozni”. Ugyanakkor a nemzetközi példák elemzése kapcsán láthattuk, hogy jogértelmezésének más részei nem „kőbe véselt” szabályok, de megfelelnek a jelenlegi hazai többségi véleménynek: „az Alkotmány az élethez való jog korlátozását kizárja. A halálos betegek és haldoklók élettől való szándékos megfosztása, bármilyen cselekedet vagy mulasztás, amelynek célja, hogy közvetlenül vagy közvetve halált okozzon, tilos kell hogy maradjon”. Az Alkotmánybíróság a határt a megengedett és meg nem engedett (jogellenes) orvosi tevékenységek között – ellentétben a fentiekkel – nem találta ilyen merevnek, a bírónő véleménye inkább a kánonjogi hagyományoknak felel meg.

Dr. Holló András alkotmánybíró párhuzamos indokolása és különvéleménye vitatja az önrendelkezés szűkítésének az Eütv.-ben leírt módjának alkotmányosságát, mellyel magam is egyetértek: „a passzív eutanáziának az Eütv.-ben szabályozott eljárása, a határozatban is felhívott rendelkezések szükségtelenül és aránytalanul korlátozzák a gyógyíthatatlan beteg önrendelkezési jogát, az életfenntartó kezelés visszautasítását”.

Az eljárás lépései közül vitatta a rövid idő (rövid időn belül halálhoz vezető alapbetegség) fogalmának pontatlanságát, a belátási képesség automatikus kétségbevonását (pszichiáter bevonása a három tagú bizottságba), a döntés megváltoztatásának kötelező megkísérlését, a beteg akaratának világos és meggyőző módon történő kiderítésének illetve az akarat újbóli kijelentésének szükségességét. Holló András véleményével gyakorló orvosként nem értek ugyanakkor mindenben egyet. Véleményem szerint az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítása esetén a rövid időn belül halálhoz vezető betegség feltételének elhagyására van szükség az önrendelkezés teljes érvényre jutásához, így ennek a feltételnek a meghatározása feleslegessé is válik. A pszichiáter részvételét a bizottság munkájában ugyanakkor nem tartom feleslegesnek, hiszen súlyos betegség esetén igen gyakori a tudati-, vagy hangulati zavar, amely ilyen állapotban a betegség szintjét el is érheti, és az sem kizárható, hogy több odafigyeléssel, gyógyszeres vagy nem gyógyszeres kezeléssel a zavar (és így a halálvágy is) megszüntethető. Az akaratnyilatkozat megismétlésének előírása felveti az önrendelkezés korlátozásának lehetőségét, így az alakosság (írásos

forma) betartása és a bizottság egyszeri összehívása véleményem szerint elég lenne a szilárd akarat bizonyosságának megítéléséhez.

Dr. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye szintén az önrendelkezés tágabb értelmezését vázolja fel. Álláspontja szerint az Eütv. 20. § (3) bekezdésének az a rendelkezése, mely szerint az életfenntartó, életmentő beavatkozás csak akkor utasítható vissza, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely "rövid időn belül" halálhoz vezet és gyógyíthatatlan," e két idézett szövegrészében alkotmányellenes. Az emberi méltósághoz való jog - és ennek részeként az önrendelkezési jog - magában foglalja a betegnek bármilyen orvosi kezelés, beleértve végső soron az életfenntartó és az életmentő kezelések visszautasításának a jogát is. Nézete szerint (és saját véleményem szerint is): „az emberi élethez való jog nem jelenti, nem jelentheti sem a méltó, sem a méltatlan emberi életre való kötelezést, sem az emberi élet meghosszabbítását különféle orvosi kezeléseik révén, a beteg határozott akarata ellenére. Ha ugyanis az embernek az élethez való joga átfordul az életre való kötelezéssé, ez már az önrendelkezési jognak a korlátozását, mégpedig a jog lényeges tartalmának a korlátozását jelenti. Az emberhez méltó és az emberhez méltatlan élet között objektív határ nem húzható meg. Az egyén a maga értékelő tevékenysége révén, mint konkrét, egyedi szubjektum dönt arról, hogy mely életet tart még méltónak önmaga számára, és mely életet tekint már méltatlannak”. Mivel a határozat az eutanázia fogalmát nem határozza meg Bihari Mihály pótlólag az eutanázia fogalmát körülírja, fajtáit meghatározza, jóllehet a felosztása nem egyezik mindenben a bioetikai irodalomban leírtakkal, nem említi meg a direkt és indirekt, valamint a kényszereutanáziát sem.

Dr. Bihari Mihály eutanázia felosztásával nem mindenben értek egyet, illetve a passzív és aktív eutanázia elkülönítése (nem csak Rachels szerint) nem minden esetben indokolt. Saját, a dolgozatban később részletesen leírt felosztásom szerint eutanáziának csak a halál bekövetkezésének előbbre hozását tartom azoknál a betegeknél, akik terminális állapotban vannak, de a haldoklásuk (szerveletelenség kialakulása) megkezdődése még nem történt meg. Nézetem szerint akár ebben az állapotban a halál időpontjának feltételezett előrehozása csak akkor lehet esetleg jogszerű, ha az a beteg önrendelkezésén alapul. A haldoklás (szerveletelenség) megkezdődése után vitatom a betegek életmentő vagy életfenntartó kezeléshez való automatikus jogát, hiszen ez a természetes halál el nem ismerését jelentené. A életmentő vagy életfenntartó kezeléshez

való jog parttalan alkalmazása azt jelentené, hogy minden betegnek az intenzív osztályon kellene meghalnia hosszú és hasztalan, ámde igen kellemetlen kezelést követően.

1.8.3 Az eutanázia határozat kritikája

Az eutanázia határozat kapcsán feltétlenül említést kell tenni arról, hogy a határozat kihirdetése után fellángolt egy vita, mely elsősorban az alkotmánybíróság jogértelmezését bírálta. A *emberi méltósághoz való jog „anyajogként” való értelmezése* több aggályt is felvetett. Az ellenvélemények egy része az alkotmányban nem nevesített jogok, az alkotmánybíróság általi levezetését tartotta elfogadhatatlannak, mondván hogy azzal „az alkotmányos kötöttség minimuma is eltűnik az erre alapozó alkotmánybírósági döntésekből, és tényleg csak a csupasz igazságérzet marad” [30]

Pokol Béla szerint a nem nevesített jogok kiolvasztása során az AB szükségszerűen eltávolodik az alkotmány írott szövegétől, és a testület az alkotmányozás terepére lép, melyre nincs hatásköre. Ez a gondolat megjelenik Schmidt Péter alkotmánybíró a halálbüntetést alkotmányellenessé nyilvánító 23/1990 számú ABH-hoz csatolt különvéleményében is.

A fenti szerzők szerint „a magyar alkotmánybírósági gyakorlat igazolására hozott külföldi példák lényegesen különböznek a magyar jogrendszer sajátosságaitól”. Így például az amerikai Legfelsőbb Bíróság is számos jogot vezetett le az alkotmányból, ám ezt az amerikai Alkotmány 9. és 14. kiegészítése (az egyenlő jogvédelem és a megfelelő jogi eljárás klauzulája) mint olyan procedurális rendelkezések tették lehetővé, melyek célja éppen az volt, hogy a szövetségi kormányzat olyan jogokat is elismerhessen, melyet a tagállamok önállóságuk miatt nem ismertek el. [31]

Sokan és sokat támadták a határozatban is feltűnő *oszthatatlansági doktrínát* és – e jogok monista értelmezését, elsősorban azért, mert nézetük szerint ez eleve lehetetlenné teszi az eutanázia alkotmányosságát Magyarországon. Az oszthatatlansági doktrína elleni támadásban több példát hoztak, amikor az élethez vagy a méltósághoz való jog áll önmagában. Így például a halottnak is van méltósága, vagy elképzelhető élet az emberi méltóság lábba tiprása mellett is [5]. A monista értelmezés esetén kétséges lehet az önrendelkezési jog kiterjesztése az olyan esetekre, amikor annak gyakorlása az élet szükségszerű megszüntetésével jár. [32] Mások szerint az AB az egységes

emberkép alkotmányos tétellé emelésével megsértette az állam semlegességének az elvét, mivel az oszthatatlansági tan a kánonjogi értelmezéshez hasonló.

A halál idejének önkényes megváltoztatását tiltó kánonjogi tanokkal szemben áll egy liberális elgondolás, mely az *állam semlegességének alapelvéből* indul ki és napjainkban nemzetközi trendnek tekinthető. A semlegesség fogalmának elemzésénél John Rawls szűkebb értelmezését használom, mely szerint „*az állam nem foglalhat állást polgárainak a jó életre vonatkozó versengő felfogásai között, s nem részesítheti előnyben e felfogások egyikét sem azon az alapon, hogy az lényegénél fogva értékesebb, vagy magasabb rendű más felfogásoknál.*”. A semlegesség Kis János szerint [33] relációs ismérv. Azaz azok, akik a semlegesség elvét védik, nem általában érvelnek e követelmény mellett, hanem csak egy meghatározott, szűk kontextusban. Természetesen nem is kívánatos az, hogy az állam minden viszonylatban semleges legyen, sőt a semlegesség nem jelenthet értékmentességet vagy értéksemlegességet sem! Ebben az esetben pontosításra szorul, hogy mely kérdésekben kell az államnak semlegesnek lennie, s melyekben nem.

Rawls az erkölcsi kérdéseket két részre osztja. Először is minden embernek van valamilyen elképzelése arról, hogy mi ad értelmet az életének, mit tekint értékes életnek, az erre vonatkozó felfogásokat nevezzük a jó életre vonatkozó felfogásoknak. Az erkölcs egy másik területe azzal foglalkozik, hogy másokkal szemben milyen magatartást kell tanúsítanunk. A másokkal szemben tanúsított magatartásunkra vonatkozó elvek körébe tartoznak az igazságosság követelményei. A rawlsi értelemben vett eszmény nem kíván semleges lenni sem az igazságosság versengő felfogásai tekintetében, sem a jó élet olyan felfogásaival szemben, melyek sértik az igazságosság elveit. Ebből adódik, hogy a rawls-i elmélet csupán a jó életnek az igazságosság elveit tiszteletben tartó felfogásaival szemben kíván semleges lenni.

Az állam cselekedetein elvileg számon kérhetjük, hogy az igazolásukat, illetve következményeiket tekintve legyenek semlegesek. A semlegesség itt tárgyalt felfogása nem követeli meg, hogy az állam intézkedései a jó élet valamennyi felfogása számára ugyanolyan következménnyel járjanak. Ez a követelmény nemcsak teljesíthetetlen, de nem is kívánatos. Egy viszonylag egyszerű példával élve: ha az állam bizonyos egyházi intézményeket azért támogat, mert a vallásos életformát magasabb rendűnek tartja az ateistánál, akkor megsérti a semlegesség követelményét, és fordítva szintén megsértene

a semlegesség követelményét, ha olyan szabályozást fogadna el, amely előfeltételezi az ateista állásponttal való azonosulást.

Rawls kiindulópontja, hogy „*a modern társadalmat a jó életre vonatkozó felfogások sokfélesége jellemzi, s ezzel a ténnyel, mint hosszú távon velünk maradó adottsággal kell számolnunk*”. Amennyiben az állam döntéseit, állásfoglalásait olyan érvekre alapozza, melyek feltételezik a jó élet valamely vitatott felfogásának igazságát, valamint az állam nem elégíti ki a nyilvános indoklás követelményét sem, polgárainak kisebb-nagyobb részét olyan okok alapján kényszeríti, melyek elfogadására ezeknek az állampolgároknak nincs indokuk. Ezeket az állampolgárokat tehát az állam valamely feltétlen kényszerítő ok híján kezeli a többi állampolgárától hátrányosabban, mintegy kifejezésre juttatva, hogy ők nem egyenrangú tagjai az adott politikai közösségnek.

Az eutanázia jó példája az ilyen morális konfliktusoknak. Feltételezhetjük, ha valahol, akkor itt biztosan nem lehet semleges az állam. Látnunk kell, hogy akármilyen magatartást tanúsítson is, a szemben álló felek közül legalább az egyik elfogadhatatlannak fogja tartani beavatkozását, feltéve, hogy az eutanázia megítélése integráns része erkölcsi felfogásának. Az állam itt nem tartózkodhat a beavatkozástól, noha világnézethez, hithez vagy erkölcsi értékrendhez kötődő, végső elvek konfliktusáról van szó.

Miután egyik oldalon sem látszanak mindenkire érvényes, kényszerítő erejű érvek, a kérdés eldöntése éppúgy preferenciáinkon és meggyőződésünkön múlik, mint más olyan erkölcsi viták esetében, ahol másból nem levezethető morális értékekre is hivatkozunk. Kis János szerint ilyenkor kaphat szerepet az összehasonlító erkölcsi teherpróba annak érdekében, hogy megállapíthassuk, vajon melyik fél számára jelent csekélyebb súlyú erkölcsi veszteséget meggyőződésének elvetése. Ezek szerint az eutanázia tiltásának hívei csupán közvetett sérelmet szenvednének el a megengedő szabályozás miatt, míg a megengedő gyakorlatot vallók egy része közvetlen sérelmet szenved el a tiltás miatt, hiszen az saját testük fölötti önrendelkezési jogukat az állam korlátozza. Tehát az eutanázia tiltása sokkal súlyosabb érdeksérelmet okoz annak a végstádiumban lévő gyógyíthatatlan betegnek, akit – leghatározottabb akarata ellenére – arra kényszerítenek, hogy tűrje elviselhetetlen kínjait, mint annak, akinek „csupán” legmélyebb meggyőződését sérti, hogy eutanáziát követnek el – másokon. Az elmélet szerint ahhoz, hogy ezt releváns elvként elfogadjuk, az is kell, hogy a személy

önrendelkezéséhez való jogát fontosabbnak tartjuk az élet feltétlenségének, szentségének értékénél! Ennek mérlegelésében rejlik a valódi probléma.

Egyáltalán nem biztos, hogy különböző jellegű erkölcsi „terhek” egymással összemérhetők. A „közvetlen kontra közvetett” érdeksérelem mércéje, mint „semleges” igazolási eljárás aligha lehet elfogadható annak, aki elviselhetetlennek érzi, hogy olyan társadalomban kell élnie, amelyben – az ő felfogása szerint – Istentől kapott életünket, mellyel valójában nem mi rendelkezünk, büntetlenül eldobhassuk magunktól, illetve mások elvehessék azt tőlünk saját engedélyünkkel.

Kis János könyvében elfogadásra ajánlja az egyenlő elismerés tézisé: *„Az állam el kell ismerje, hogy a politikai közösség tagjaként minden polgára mindenki mással egyenlő státussal rendelkezik”* ([33] 90. old.). A probléma szerinte az, hogy a modern demokráciában sokféle kultúra és világnézet verseng egyidejűleg, s emiatt a hit, a meggyőződés és az erkölcsi életfelfogások lényeges kérdéseiben az emberek nem érthetnek egyet egymással. Ennek ellenére mégiscsak egy egymás iránt szolidáris politikai közösség létrehozása volna célszerű, olyan szabályok segítségével, hogy a résztvevők valamennyien sajátjuknak érzék, melyre a modern filozófia a tolerancia eszméjét kínálta megoldásul. A tolerancia azonban nem gyakorolható mindig, bizonyos esetekben az elhatárolódás kötelezettsége is fennáll. Például az államnak el kell ítélnie a rasszista nézeteket, annak ellenére, hogy azok hangoztatását a szólásszabadság elve miatt nem tilthatja be. Ilyen esetben a polgároknak kell intoleranciát gyakorolniuk, melynek természetesen semmi köze nincs az erőszakhoz. A szerző szerint *„olyan magatartások tartoznak ide, mint a bojkott, a tüntető kerülés, a megvetés érzékeltetése, a társas érintkezésben gyakorolt diszkrimináció.”* ([33] 65. old.)

A nézeteltérések másik csoportját olyan kérdések alkotják, melyekben egyik félnek sincsenek kényszerítő erejű érvei, azaz mindkét rivális álláspont hívei jóhiszeműen kitarthatnak elveik mellett. Ekkor patthelyzet alakul ki, mert nem egyértelmű, hogy hol az igazság. Ilyen természetű az Isten létével kapcsolatos vita. Ekkor az államnak semlegesnek kell maradnia, azaz nemcsak a beavatkozástól, de mindenféle (akár pozitív, akár negatív – ([33] 98. old.) állásfoglalástól is tartózkodnia kell ([33] 14. old.)), és az állam polgárainak toleranciát kell gyakorolniuk egymás iránt ([33] 16. old.). Ugyanakkor patthelyzet esetén némely ügyek nem oldhatók meg az állam semlegessége mentén (erre Kis János az abortusz példáját hozza). E nehézségek megoldására két

kiegészítő eljárást ajánl a szerző, a nyilvános hozzáférhetőség téziséét és a már említett összehasonlító teherpróbát. Mindkettő ismeretére feltétlenül szükségünk van, ugyanis Kis a segítségükkel próbálja bebizonyítani, hogy az állam semlegessége miatt jelenti azt, hogy az abortuszt és az eutanázia önkéntes passzív és aktív formáját engedélyezni kellene.

A nyilvános hozzáférhetőség tézise értelmezése szerint így hangzik: „Hivatalos megnyilatkozásoknak a polgárok összességével egybevágó tudásközösséghez kell kötődniük” így „az állam a minden emberben közös értelemhez kell, hogy szóljon”. Ha a társadalom egy része (vallásos tudásközösség) olyan érvekkel operál, melyeket a társadalom többi része nem fogad el, mert nyilvánosan nem hozzáférhetőek (ilyenek például a személyes hiten vagy isteni kinyilatkoztatáson alapuló érvek), úgy az állam hivatalos megnyilatkozásainak alátámasztására kizárólag a mindkét csoport számára egyaránt hozzáférhető érvek jöhetnek számításba, melyek a racionalitáson nyughatnak. A tézis szerint a hiten/kinyilatkoztatáson alapuló érvek a világi érvek teljes rendszerének egy szűkebb részhalmazát képezik, ezért míg az utóbbiak az egész társadalom számára elfogadhatóak, az előbbiek csak a társadalom egy szűkebb közössége számára azok.

Az állam semlegessége mellett az *életmentő vagy életfenntartó kezelések visszautasításának szigorú feltételei* is a bírások keresttüzében álltak, mivel a kezelés visszautasítását az önrendelkezési jog általános megvalósulásának tartották. Vitatták a betegség jellegének szerepét az önrendelkezési jog gyakorolhatósága szempontjából, hangsúlyozva azt, hogy az élethez való jog állami védelme teljesíthető az eutanáziát kérő beteg valós szándékának ellenőrzésével. A bírások szerint a törvény alkalmazásával a jogalkotó és az AB az állami paternalizmus megtestesülésével az élethez való jogot az önrendelkezési jog fölé emeli, még azon az áron is, hogy az élethez való jogot kötelezettséggé változtatják.

Tóth J. Zoltán véleménye szerint az alkotmánybíróság az eutanázia-határozatban az önkéntes passzív eutanázia kapcsán elismerte, hogy az emberi méltósághoz – illetőleg annak egy részét képező önrendelkezéshez – való jog elsőbbséget élvez az élethez való joggal szemben, és ezzel egy „furcsa tudathasadásos helyzetbe került”, mivel ekkor az élethez és az emberi méltósághoz való jog nem valósul meg együtt.

Dolgozatom szempontjából talán a legfontosabb jogi probléma az *élettől és emberi méltóságtól való megfosztás önkényességének* a problémája. A kiindulási pont – az Alkotmány 54. § (1) bekezdése szerint „az élettől és az emberi méltóságtól senkit nem lehet önkényesen megfosztani”. Ebből Tóth J. Zoltán szerint egyenesen következik az, hogy nem önkényes megfosztás megengedett. Véleményét alátámasztja a 23/1990 ABH is: „nem zárja ki az élettől és az emberi méltóságtól történő nem önkényes megfosztás lehetőségét”. A határozatban az alkotmánybírák nem voltak egységesek abban, hogy mire terjed ki és mire nem a nem önkényes megfosztás. Lábady Tamás és Terstyánszky Ödön alkotmánybírák szerint például a jogos védelem esetén nem tekinthető az élettől való megfosztás önkényesnek. Ezzel élesen ellenkezik Sólyom László véleménye, aki szerint az élethez és méltósághoz való jogtól való megfosztás definíció szerint önkényes, és ezt nem csak a halálbüntetésre, hanem az élettől való minden megfosztásra érti, nevezetesen a jogos védelemre, a végszükségre, vagy az előljáró parancsára megvalósított életelvételre is. Sólyom szerint a jogos védelmi helyzetben azért nem lehet a támadója életét kioltó személyt felelősségre vonni, mert az a szituáció, amelyben életek közötti választásról van szó „jogon kívüli”, azaz ilyenkor a természeti állapot tér vissza, a jog pedig csak a természeti állapotnak a meglétét vizsgálja.

Tóth J. Zoltán vitatta Sólyom László elképzelését a természeti állapot feléledéséről, mivel valamit vagy jogosnak vagy jogellenesnek tart. Szerinte, amennyiben igaz a jogos védelmi helyzetre a jogon kívüliség, akkor a támadót nem lehetne elítélni és nem lenne a jogos védelem a Büntető törvénykönyvben szabályozva. Gondolatmenete alapján kell legyen olyan terrénuma az élettől való megfosztásnak, amely nem tekinthető önkényesnek, ilyen lehet a felsoroltak mellett az aktív és passzív eutanázia is. Érvei között szerepel még az is, hogy az alkotmány az élethez való jogról és nem kötelességről beszél, ami azt jelenti, hogy aki nem kíván élni e jogával, az ne legyen köteles tovább élni. A szerző ismételten aláhúzza, hogy a határozatban az AB saját véleménye is az volt: „az alkotmányos és alkotmányellenes szabályozás közti határvonal nem egyszer s mindenkorra adott”.

Személyes véleményem szerint is léteznie kell az életben olyan helyzeteknek, amelyekben az élettől való megfosztás nem önkényes, bár természetesen ilyen helyzetek a kivételek közé tartoznak, és számos egyéb feltételnek kell eleget tenniük.

1.9 Az eutanázia történelemben

A halál megkönnyítésének gondolata először az ókorban jelent meg, maga a fogalom is ógörög eredetű, „jó halált” jelent. A Hippokratésznak tulajdonított orvosi eskü tartalmazza az eutanáziát megtiltó parancsot: „halált okozó szert nem fogok senkinek sem kiszolgáltatni”. Ezzel szemben mind a görög, mind a római irodalomban és a gyakorlatban is ismert volt a sérült gyermekek elpusztítása, melyről Platón részletesen ír a Politeia című művében. Azt fejtegeti, hogy a nem egészséges gyermekek felnevelése mind családjuk, mind a közösség számára káros. Arisztotelész véleménye szerint, a törvényeknek kell biztosítani azt, hogy a torzszülöttek ne nőhessenek fel.

Másfelől az ókorban a szenvedések elől öngyilkosságba menekülést sem ítélték el, nem tartották közösség elleni cselekedetnek, az ókor nagyjai közül Szókratész és Seneca is ezt az utat választotta a „túlvilágba jutáshoz”. A római irodalomban is megjelenik az élet önkéntes feláldozása, melyet hősi cselekedetnek tartottak, és szintén „euthanasiaként” aposztrofáltak, így Cato öngyilkosságáról Plutarkhosz is beszámol a Párhuzamos életrajzokban.

A kereszténység elterjedésének hatására a középkorban a halálhoz való viszony alapjaiban megváltozott. Az orvos eszményképévé Jézus Krisztus vált, a keresztény gondolkodók a betegek szenvedésében a passió újraélését látták. A betegség és szenvedés felmagasztosult, az ember életével pedig Isten rendelkezhetett csak. A halálban a feltámadás és a túlvilági lét lehetőségét látták.

A jó halál fogalma Morus Utópiájában is megjelenik, mivel a halált a feltámadás előszobájának tartották. „...Ha azonban a betegség nemcsak gyógyíthatatlan, de állandó kínlódással és gyötrellemmel is jár, akkor a papok és más hatósági személyek igyekeztek rávenni a beteget, hogy ne habozzék meghalni, hiszen az élet kötelességeinek többé megfelelni nem tud, másoknak s önmagának terhére van...” [34] Az orvosi eutanázia gondolatát tartalmazza Francis Bacon „A tanulás előmozdítása” című esszéje is: „Nagyra becsülöm az orvos hivatását, nemcsak mert visszaállíthatja az egészséget, hanem azért is, mert mérsékelheti a fájdalmat, és nemcsak akkor, amikor ezzel gyógyít, hanem akkor is, amikor a jó és könnyű halált szolgálja [34]

Az újkor hajnalán a német nyelvterületen 1734-ben jelent meg Schulz disszertációja „De euthanasie medica, vom leichten Todt” címen. [24]

Az eutanázia gondolata igazán a XIX. század elején került a tudományos gondolkodás fókuszába. Ennek előfeltétele volt az orvostudomány bizonyos fejlettségi foka, valamint a kábító fájdalomcsillapítók és az injekciós tű kifejlesztése. Blasszauer Béla szerint Williams bízta az orvosokat, hogy „kloroformot vagy más anesztetikumot alkalmazzanak abból a célból, hogy azonnal megszüntessék a tudatosság állapotát, és a szenvedőt gyors és azonnali halálba segítsék” (Williams: Euthanasia, cit. [35])

A beteg embert Nietzsche a társadalom parazitájának nevezte „A bálványok alkonya” című művében, aki elveszti ezzel jogát az életre. Könyvében az orvosokra is új felelősséget helyezett azáltal, hogy az elfajzó élet elnyomását követelte a felemelkedő élet érdekében.

A XX. század elejétől mind az angol, mind a német nyelvterületen elterjedt az eugenika eszméje, mind a pozitív – a jó örökítő anyag kiválogatása – mind a negatív – a rossz génállomány kiszelektálása – irányzat megtalálható az irodalomban. Ezen irányzatok a szelekció érdekében lehetséges megoldásnak tartották a kasztrációt, sterilizációt, aktív halálba segítséget is. Az Egyesült Államokban Stoddard, Németországban Lenz és Binding írtak ebben a szellemben.

Az eutanázia múlt századi történetében nem mehetünk el szó nélkül az 1930-as évek fasiszta ideológiájú „kényszer eutanázia” programja mellett, kiemelve annak a fontosságát, hogy ez a program csak nevében tartalmazta az eutanázia kifejezést, de valójában egy ideológiai alapon történő tömeggyilkosságot jelentett. A program több lépcsőben zajlott, az elsőben az örökletes betegségben szenvedők sterilizációját végezték el, második lépcsőben a születési sérült vagy fogyatékos újszülöttek „speciális gyermekosztályokra” való szállítása történt meg. Később a harmadik lépcsőben sor került az elmebetegek, vagy felnőtt fogyatékos betegek megölésére is.

Az eutanázia kérdésköre az átélt borzalmak miatt a II. világháború után átmenetileg feledésbe merült, majd az orvostudomány fejlődésével és a szervpótló kezelések hozzáférhetővé válásával kapott új lendületet elsőként az Egyesült Államokban, majd az 1970-es évektől kezdve Európában (Benelux államok).

1.10 A SZENTÍRÁS életvédő rendelkezései

A kánonjogban az életvédelem az évszázadok folyamán sokat változott, a korai kereszténység még nem a fogantatás pillanatát tekintette az élet kezdetének, hanem az áttelepedés pillanatát. 1854-ben IX. Pius pápa erősítette meg, hogy az áttelepedés a fogantatással történik meg. A tízparancsolatban szereplő „Ne ölj” rendelkezésben az emberi élet a fogantatás pillanatától kezdve a természetes végéig védendő (Róm 2, 14-15). Az élet védelme már az Ószövetségben is megtalálható, s ez az Újszövetségben Jézus megjelenésével új erőt és lendületet kap, és tartalmilag egészen az ellenség szeretetéig tart. Isten parancsolatának mely az emberi életet oltalmazza a legmélyebb szempontja az, hogy feltétlen tiszteletet és szeretetet követel minden ember élete iránt. Az emberi élet Isten védelme alatt áll, ő lehelte az emberbe, az ő ajándéka, így véget vetni, visszavonni is csak neki van joga. Senki semmilyen körülmények között nem ragadhatja magához az ártatlan emberi élet közvetlen kioltásának jogát. Az emberi élet egyedül Istené, ezért aki ember életére tör bizonyos értelemben magára Istenre támad (Bölcs 16, 13-14). Az ember az egyetlen, akit Isten saját képére és hasonlatosságára teremtett, ez a Teremtő szentségéhez való hasonlatosság az ölés tilalmának legvégső alapja.

A hatályos Codex Iuris Canonici 1397. és 1398. kánonjában, a Codex Canonum Ecclesiarum Orientalium az 1450. kánonjában szereplő, élet elleni büntetendő cselekmények törvényi tényállásában foglalt rendelkezések által, büntetni rendeli az emberölést és kiemelve az eredményes magzatelhajtás bűnét is.

A II. János Pál pápa által törvényerővel kiadott Katolikus Egyház Katekizmusa (KEK) szerint a beteg vagy fogyatékos személyeket támogatni kell, hogy a lehetőséghez képest normális életet élhessenek, életük megrövidítése bármely indokkal erkölcsileg elfogadhatatlan. János Pál pápa Evangelium Vitae (EV) kezdetű enciklikájában is olvasható: „Senki és semmi nem hatalmazhat föl ártatlan ember megölésére, legyen az embrió vagy magzat, kisgyermek vagy felnőtt, öreg gyógyíthatatlan beteg vagy haldokló. Ezenfölül senki sem kérhet ilyen gyilkos beavatkozást sem önmaga, sem hozzátartozója számára; és sem kifejezetten sem hallgatólagosan bele nem egyezhet. Továbbá semmiféle tekintély sem hajthatja végre vagy engedélyezheti törvényesen” (EV 57). Az enciklikában a pápa az *eutanázia* fogalmát is definiálja „Olyan cselekvést

vagy mulasztást értünk alatta, mely természete és a végrehajtó szándéka szerint halált okoz, azzal a céllal, hogy megszüntessen minden fájdalmat” (EV 65). Az eutanázia elleni szabályozás a Katolikus Egyház Katekizmusa értelmében maga a kategorikus tiltás. „Bármilyen is indítéka vagy eszköze, a közvetlen eutanázia azt jelenti, hogy a fogyatékos, beteg, vagy a halál közelében lévő személyek életének véget vetnek. Ez erkölcsileg elfogadhatatlan. Ezért minden olyan cselekedet vagy mulasztás, amely akár önmagában, akár szándékosan halált okoz azért, hogy megszüntesse a fájdalmat, az emberi természet méltóságával és teremtőjének az élő Istennek tiszteletével súlyosan ellenkező gyilkosság.” A kánonjog szerint „az alany autonómiájának hangsúlyozása nem juthat el az autonómia forrásának, azaz önmaga létének megszüntetéséig.”

Az Egészségügy Pápai Tanácsa Az Egészségügyben Dolgozók Chartájában (EDC) szól az eutanázia megengedésének veszélyeiről is: „az eutanázia felborítja az orvos-beteg viszonyt. A betegek részéről azért, mert úgy viszonyulnak az orvoshoz, mint olyasvalakihez, aki a halált hozhatja el a számukra. Az orvosok részéről azért, mert többé nem abszolút módon az életet garantálják: a betegek félni fognak, hogy az orvos a halálukat okozhatja” (EDC 150.)

Ugyanakkor az orvosi beavatkozás visszautasítása nem minden esetben osztozik az erkölcsi elfogadhatatlanságban. „Indokolt lehet azonban a költséges, veszélyes, rendkívüli vagy a várt eredményhez képest aránytalan orvosi beavatkozás abbahagyása. Ilyen esetekben a *túlbugzó gyógyítás visszautasításáról* van szó. Nem ölni akarnak, hanem elfogadják a föltartóztathatatlan halált. A döntést a betegnek kell meghoznia, ha alkalmas és képes rá, egyébként a jogilag illetékeseknek, mindenkor tiszteletben tartva a beteg ésszerű akaratát és törvényes érdekeit” (KEK 2287). Ez a gondolat szintén megjelenik a *Iura et Bona* nyilatkozatban is (IB IV.). Mérlegelni kell, hogy a rendelkezésre álló gyógyítási lehetőségek tárgyilagosan arányban állnak-e a várható gyógyulással. A rendkívüli vagy aránytalan beavatkozásokról való lemondás nem azonos az öngyilkossággal vagy az eutanáziával; sokkal inkább az emberi állapot elfogadása a halál színe előtt (IB IV., EV 65). EDC is ír a *túlbugzó gyógyításról* (intenzív terápia kezelés) és *terápia makacsságról*, amelyek különösen kimerítőek és fájdalmasak a beteg számára és valójában mesterségesen meghosszabbított haldoklásra ítélik őket (EV 65.). „Ez ellentétes a haldokló személy méltóságával és azzal az erkölcsi kötelezettséggel, hogy elfogadjuk a halált és hagyjuk végül a maga útján lezajlani. A

halál az emberi élet elkerülhetetlen ténye, nem lehet értelmetlenül késleltetni, menekülve előle mindenáron” (AAS 72 (1980) 549).

A Chartában foglaltak szerint a „terminális állapotban lévő betegeknél úgy határozható meg közelebről az élethez való jog, mint a teljes nyugalomban, emberi és keresztény méltósággal megélt halál joga. Annak tudatában, hogy nem az élet urai, sem a halál legyőzői, az egészségügyben dolgozóknak a módszerek közül megfelelően, vagyis a betegekkel kapcsolatot tartva és reális állapotukhoz alkalmazkodva kell választaniuk” (II. János Pál pápa: Beszéd a Pápai Tudományos Akadémia által felállított két munkacsoporthoz; 1985. október 21.) „Nem az orvosokra és munkatársaikra tartozó kérdés, hogy döntsenek egy egyén életéről vagy haláláról. Egyszerűen arról van szó, hogy orvosként fel kell tenniük a kérdést és dönteniük kell szakértelmük és lelkiismeretük szerint a rájuk bízott beteg életének és haldoklásának tiszteletteljes gondozása tekintetében. Ez a felelősség nem jelenti mindig és minden esetben minden eszköz igénybevételét. Le is mondhatnak bizonyos módszerekről, hogy utat nyissanak az élethez hozzátartozó halál békés és keresztény elfogadásának. Ez tiszteletet is jelent az ilyen módszerek alkalmazását elutasító beteg kívánságával szemben” (Enchiridion Vaticanum 7 (1981. július 27.) 1234-1281, EDC 121.).

A Kongregáció szól a *kómában lévő ember kezeléséről* is. „A kómában lévő személy is alapvető emberi méltóságának birtokában van, ezért erkölcsileg nem megengedhető, hogy éhhalálra ítéljék a mesterséges táplálás felfüggesztésével. A mesterséges táplálás az élet fenntartására szolgáló rendes és arányos eszköznek minősül, ezért alkalmazása abban az esetben morálisan kötelező, ha a beteg szomj-, illetve éhhalálát hivatott megelőzni. Ez nem tulajdonképpen orvosi kezelésnek minősül, hanem az élet fenntartásának természetes eszközének.” Ez a gondolat megtalálható az Egészségügyi Dolgozók Chartájában is (EDC 120.)

A II. János Pál pápa által kiadott Katolikus Egyház Katekizmusa kitér a haldoklók megfelelő kezelésére is. „A beteg személynek általában kijáró gondoskodás akkor sem szüntethető meg, ha a halál bekövetkezése várható. Erkölcsileg megfelelhet az emberi méltóságnak a *kábítás alkalmazása* a haldokló szenvedésének csökkentésére, még azzal a kockázattal is, hogy napjait megrövidítik, ha a halált sem célként, sem eszközként nem akarják, csak előre látják, és mint elkerülhetetlen eseményt elviselik. A fájdalomcsillapító kezelés az önzetlen szeretet kiváltságos formája. Ilyen

meggondolással támogatni kell” (KEK 2279). Ez a gondolat a fájdalomcsillapító kezelésről már XII. Pius pápa beszédeiben is megjelent „megengedett narkotikummal csillapítani a fájdalmat akkor is, ha ez korlátozza a tudatot és megrövidíti az életet, föltéve hogy az adott helyzetben más eszköz már nincs, és nem akadályozza más erkölcsi és vallási kötelesség teljesítését” (XII. Pius pápa: Beszéd az orvosokhoz 1957.02.24.) Mindazonáltal „súlyos indok nélkül nem szabad megfosztani a beteget öntudatától”, hogy felkészülhessenek a végső találkozásra Istennel (EV 65). „Szem előtt kell tartani, hogy a beteg öntudatát csökkentő kábítószeres rendszeres alkalmazása nem lehet eszköze az egészségügyben dolgozók gyakran nem tudatos kívánságának, hogy a haldokló beteggel való kapcsolattartást csökkentsék. Ez esetben nem annyira a beteg szenvedésének enyhítése az, amit keresnek, mint inkább a szolgálatban lévők kényelme” (AAS 49 (1957) 144-145.).

Az Egészségügyben Dolgozók Chartájában szól továbbá az emberi és keresztény *méltósággal való meghalás jogáról*. „Ez reális és törvényes jog, amelyet az orvosi személyzet hivatva van védeni, a beteg ápolása és az élet természetes befejezésének elfogadása által. Gyökeres különbség van a halál adása, és a meghalásba való beleegyezés között: az előbbi az életet kioltó cselekedet, az utóbbi az életnek a halálig való elfogadását jelenti” (EDC 148.).

A kánonjog öngyilkosság elleni szabályozása is egyértelmű. „Az Isten által ránk bízott élet kezelői, de nem birtokosai vagyunk. Nem rendelkezhetünk vele. Súlyosan ellenkezik a helyes önszeretettel is. Ugyanakkor sérti a felebaráti szeretetet is, mert jogtalanul megszakítja a szolidaritás kapcsolatát a családi, nemzeti és emberi közösségekkel, melyekkel szemben kötelességeink vannak. Az öngyilkosság ellenkezik az élő Isten szeretetével. Az öngyilkosságban való önkéntes együttműködés ellenkezik az erkölcsi törvénnyel.”

1.11 Az eutanázia fogalmának meghatározása

Az eutanázia nem jogtudományi fogalom, hanem „a legnehezebb és legizgalmasabb etikai, filozófiai és jogi probléma”, mely Takács Albert szerint évszázadok óta tartja bűvkörében a jogtudósokat. A Csemegi-kódex megjelenésétől kezdve a hazai orvosi-, és jogirodalom is gazdag ebben a témában. [6, 24, 36-48]

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) 1998. évi Etikai Kódexének 49. pontjában az eutanáziát a következőképpen határozza meg: „az eutanázia az orvosnak foglalkozása körében megvalósított szándékos tevékenysége, mely a gyógyíthatatlan beteg halálára irányul, a beteg kérésére. Az aktív eutanázia esetén tevőleges, a passzív eutanázia esetén mulasztással megvalósuló magatartásról van szó.” E meghatározás szerint csak az nevezhető eutanáziának, amely a beteg kérésére történik és ha „az eutanáziát végző orvos a halál bekövetkeztének idejét, a természetes végnél korábbra helyezi”. A MOK által 1995-ben közzétett Etikai állásfoglalásában és az Etikai Kódexben a leghatározottabban ellenezte az eutanáziának minden formáját. [49]

Az Alkotmánybíróság sem határozta meg az eutanázia fogalmát, az 2003. évi 22. határozatában. A fogalmat úgy használta, hogy nem tisztázta a fogalom mögötti történéseket. A határozathoz csatolt különvéleményében Bihari Mihály alkotmánybíró az eutanázia fogalmának jogászai meghatározását írta le „a tudomány a gyógyíthatatlan, vagy a nagy szenvedéssel járó betegségben szenvedő, és az emberi méltóságot korlátozó, már-már méltatlan emberi élethelyzetbe jutott betegnek a halál választását, illetve a halál előidézését tartja általában eutanáziának. A halál választása jelentheti egyrészt az egyénnek azt az igényét, hogy ne hosszabbítsák meg mesterségesen a szenvedéssel, fájdalommal terhes, számára már méltatlannak tekintett életét, és hagyják meghalni. Az eutanázia fogalmába tartozik az is, amikor a gyógyíthatatlan beteg kívánságára nem várják meg a halál természetes bekövetkeztét, hanem azt megelőzően (mielőtt a halál önmagától is bekövetkezne) - önmaga vagy valaki másnak a közreműködésével - aktív cselekvéssel előidézik a beteg halálát.” [50]

Ellentmondás van a közel egy időben életbe lépett kamarai és a törvényi szabályozás között is, mivel a MOK állásfoglalásaiban tiltja, ugyanakkor az egészségügyi törvény a kezelés visszautasítása jogának elfogadásával valójában engedélyezi a beteg kezdeményezte passzív eutanáziát, melynek alkotmányosságát az AB elfogadta.

Dolgozatomban nagyon fontosnak tartom az életvégi döntések egyes eseteinek definiálását és elkülönítését. Nézetem szerint az eutanázia fogalmi elemei közül a legfontosabbak:

1. A cselekvés célja a beteg életének gyorsabb befejezése.

2. Motivációja kizárólag a gyógyíthatatlan beteg elviselhetetlen fizikai vagy lelki szenvedésének csökkentése lehet.
3. Alanya (kivitelezője) kizárólag az egészségügyi személyzethez tartozhat. Ez természetesen elsősorban orvost jelent, de elképzelhető az ápoló személyzet valamely más tagja által kivitelezett eutanázia is. Amennyiben más személy végzi el a beteg életének megrövidítését, úgy az kegyelemből ölést valósíthat meg.
4. Passzív alanya olyan személy lehet csak, aki szenvedéssel járó terminális állapotban van (betegség fennállása önmagában nem feltétel), de haldoklása még nem kezdődött el.

A haldoklás fogalma alatt dolgozatomban azt az állapotot értem, amikor a betegnél szervelégtelenség lép fel és élete csak orvosi kezeléssel tartható fenn, orvosi segítségnyújtás nélkül rövid időn belül véget érne. Véleményem szerint a haldoklás megkezdődése után az életmentő vagy életfenntartó kezelés abbahagyásáról beszélhetünk kizárólag. Nem értek egyet azokkal, akik az életmentő vagy életfenntartó kezelések korlátozását az eutanázia kérdéskörébe vonják bele. Véleményem szerint különbséget kell tenni a halál előrehozása, illetve a haldokló (szervelégtelen) betegek gyógyításának szabályozása között.

1.12 Az életvégi döntések büntetőjogi megítélése, kategorizálása

1.12.1 Aktív-passzív eutanázia elhatárolása (tevékenység vagy mulasztás problematikája)

Bár a szakirodalom evidenciaként kezeli az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetését, az etika vagy a jogtudomány képviselői gyakran hivatkoznak *Rachels* érvelésére, amelynek értelmében az aktív és a passzív eutanázia között – azonos szándék esetén – morális értelemben lényegi különbséget nem tudunk tenni. Az oxfordi etikus példájában két ember – hogy örökséghez jusson – különbözőképpen, de egyaránt megöli 6 éves unokaöccsét. Smith ezt aktív módon hajtja végre, úgy, hogy az éppen fürdő gyermeket vízbe fojtja, míg Jones mindezt passzív módon teszi: a fürdőszobába lépve látja, hogy a gyermek megcsúszott, fejét a kádba ütötte, és eszméletlenül beleesett a vízbe. Könnyen megmenthetné, ő azonban megvárja a

gyermek biztosan bekövetkező halálát. Mind szándékuk, mind cselekményük eredménye azonos volt, tehát tettük erkölcsi megítélése sem lehet eltérő pusztán azért, mert az egyiket cselekvéssel, a másikat tartózkodással hajtották végre.

A cselekvéssel vagy mulasztással elkövetett emberölésre hozott fenti példa bizonyos esetekben az eutanáziára is igaz lehet. Az eutanázia passzív, vagy aktív formáját tekintjük, az orvos szándéka ugyanaz: a beteg kínjainak megszüntetése; és mindkét esetben ugyanaz az eredmény is: a páciens halála. Mindkét esetben azonos a szándék és a következmény, és pusztán az a tény, hogy az egyiket cselekvéssel, a másikat tartózkodással hajtották végre, önmagában nem indokolja az eltérő morális megítélést. Ebből az eszmefuttatásból Kovács József véleménye szerint [13] az következik, hogy vagy mindenféle eutanáziát elfogadhatatlanként kell kezelnünk, vagy bizonyos esetekben mind az aktív, mind a passzív formát meg kell engednünk. *Rachels* érvelését általánosítva a negatív felelősség tanához jutunk, amely szerint „nem-tetteink” következményeiért ugyanúgy kell felelnünk, mint tetteink következményeiért. Ennek a tételnek az elfogadása számos erkölcsi problémát felvet, ezért a bioetikusok többsége szerint érdemes fenntartanunk a hagyományos megkülönböztetést. Levonható az a konklúzió is, hogy a passzív forma engedélyezése morális és jogi szempontból jóval kevesebb veszélyforrást rejt magában, mivel aktív eutanázia alkalmazásával nemcsak a haldokló, hanem az egészséges ember élete is befejezhető lenne. Úgy tűnik ugyanakkor, hogy az orvosi hivatás önmagáról alkotott képével is jobban összefér, ha az orvos nem megöli, hanem meghalni hagyja a betegét. A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe is utal a tradicionális megkülönböztetésre, de a „jó halál” minden formáját ellenzi [49].

1.12.2 Eutanázia-kegyelemből ölés megkülönböztetése

A szakirodalomban is megoszlanak a vélemények abban a tekintetben, hogy az eutanázia orvosi deliktum –e? Véleményem szerint a fenti két bűncselekmény között elhatárolási kritérium szerepel. Az egyik, hogy eutanáziát kizárólag orvos végezhet, mivel a szükséges gyógyszerekkel (kábitószer, altatók) való rendelkezés kizárólagos orvosi kompetencia. Ennek hangsúlyozása azért fontos, mert véleményem szerint nem végezheti a cselekményt az egészségügyben dolgozó más végzettségű személy (ápoló, gyógytornász, dietetikus) sem, mivel ezzel a tevékenységére vonatkozó szabályt (hatáskört) sért meg. A másik fontos elhatárolási kritérium az, hogy az eutanáziában részesülés feltétele a terminális állapot, a gyógyíthatatlan (irreverzibilis) belátható időn

belül halálhoz vezető betegség (állapot) megléte, mely a kívánságra ölés esetében abszolút nem követelmény. Így az eutanázia, a természetes úton is belátható időn belül bekövetkező halál siettetése.

1.12.3 Önkéntes-nem önkéntes eutanázia elhatárolása

A kortárs orvosi etikát és jogi irodalmat érintő részletes elemzés alapján kijelenthető, hogy jogszerű eutanázia kizárólag a beteg önrendelkezésén alapulhat. A különböző jogrendszerek egyaránt elvetik és bűncselekménnyé nyilvánítják a nem önkéntes, vagy kényszer eutanáziát is.

1.12.4 Direkt-indirekt eutanázia elkülönítése

A direkt eutanázia alkalmazása esetén az orvos egyenes szándékkal megöli a betegét. Az indirekt eutanázia esetén az orvos szándéka a beteg fájdalmainak enyhítésére irányul, a kezelés mellékhatása lehet azonban a beteg életének megrövidítése. Ebben az esetben a kezelőorvos tudata átfogja a halál bekövetkezésének lehetőségét (esetleges szándék), de a szándéka nem a halál létrehozására, hanem a szenvedés csökkentésére irányul. A büntetőjogi irodalomban *Nizsalovszky Endre* ezt a konstellációt nem sorolja az eutanázia fogalmi körébe, és utal *XII. Pius* pápa nyilatkozatára: „a fájdalom enyhítése morális szempontból akkor is megengedett, ha az a szenvedő életének megrövidítésével jár” [51]. Az „indirekt eutanáziára” vonatkozó egyes elméleteket dogmatikai szempontból annak alapján különböztethetjük meg, hogy az orvos cselekményét vagy nem tényállásszerűnek vagy nem jogellenesnek tekintik, és így zárják ki a büntetendőséget. *Horváth* szerint az orvos két irányú kötelezettsége, a fájdalom enyhítése és az élet megőrzése valójában társadalmilag elismert, egyenrangú érdekek kollízióját fejezi ki [37]. Az orvos ezért jogszerűen jár el, ha tudományos és etikai meggyőződése alapján, a végstádiumba jutott beteg esetében tevékenysége súlypontját a fájdalom csillapításra helyezi, akkor is, ha tudatában van annak, hogy ez a beteg halálát sietteti. *Horváth* az eredmény központú büntetőjogi gondolkodás jegyében elveti az ún. „kettős hatás” tanát, amely a katolikus morálteológiában alakult ki [52], és ez az érvrendszer az orvos szándékát figyelembe véve, szándéketikai alapon tekinti megengedettnek a fájdalomcsillapító szerek használatát. A Német Szövetségi Bíróság 1996-os állásfoglalása értelmében „ az orvosilag indikált, a haldokló kifejezett vagy feltételezhető kívánalmának megfelelő fájdalomcsillapítás akkor sem jogellenes, ha az –

elkerülhetetlen, számításbavett, de nem szándékolt következményként – a halál bekövetkeztét siettetheti”. [24] Az elméletben jelenleg meghatározó megközelítés szerint az ilyen kezelés ugyan formálisan kimeríti a kívánságra ölés (StGB 216. §) tényállását, azonban a büntetendőséget kizárja az a körülmény, hogy a méltósággal megélt, de rövidebb élet értékesebb jogi tárgyat jelenthet, mint a néhány nappal meghosszabbított kínszenvedés. Ezért a haldoklás folyamatában egymásnak feszülő társadalmi érdekek – egyrészt az életvédelem, másrészt a fájdalom nélküli létezés – kollíziója esetében a büntetőjognak az orvos büntetlenségével kell honorálnia a beteg döntését.

Változatlanul vitás kérdéseket vethetnek fel az indirekt eutanázia megengedhetőségének időbeli határai, hiszen – például daganatos megbetegedések esetében – már jóval a terminális állapot előtt elviselhetetlen kínok léphetnek fel. *Roxin* álláspontja szerint ezekben az esetekben – hasonlóan a nem kifejezett testi fájdalommal, hanem más tűrhetetlen szenvedéssel (fulladással) járó állapotokhoz – nem tagadhatjuk meg a hatékony fájdalomcsillapítást, amennyiben a páciens tájékoztattuk a lehetséges kockázatokról. [53] Más vélemények értelmében viszont a kábító fájdalomcsillapítás kérdésköre az aktív eutanázia „trójai falova”.

Ehhez a kérdéshez szorosan kapcsolódik még az ún. terminális szedálás gyakorlata is, amikor a fájdalomtól terhes betegség végső stádiumában a beteget valamilyen altatószer alkalmazásával szedált tudati állapotba helyezik. A szedáció ugyanebbe az esetkörbe sorolása egyelőre vitatott, egyesek pusztán a palliatív medicina standardját látják, mások titkolt aktív eutanáziát kiáltanak azzal, hogy itt nem a betegek megfelelő, emberies ellátásáról („*comfort care*”) van szó, hanem az ápoló személyzet tehermentesítéséről („*comfort for caregivers*”), mivel a súlyos betegek, haldoklók különösen kiszolgáltatottak lehetnek az esetleges visszaéléseknek. [24] Az „indirekt eutanázia” megítélésénél gyakran merül fel a megengedett kockázat kérdésköre is. A jogi és orvosi szakirodalomban az orvosi tevékenység kockázatán a beteg életének, egészségének vagy testi épségének olyan, a gyógyítás érdekében tudatosan előidézett, előre látható veszélyét és esetleges hátrányos változását értik, amellyel az adott gyógyító beavatkozás az orvosi foglalkozás szabályainak megtartása mellett járhat. *Erdősy* monográfiájában a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Btk. 171. §) magyarázatánál azt is kifejti, hogy a büntetőjog megengedi a beteg életének,

egészségének kockáztatását, és a kockáztatás esetleges sikertelensége esetén sem támaszt büntetőjogi felelősséget az orvossal szemben, ha a kockázat vállalás az orvosi foglalkozás szabályainak körében, a szabályok megszegése nélkül történt, és hátrányos következményei még gondatlanság címén sem róhatók az orvos terhére [54]. Ha az elkövető szándéka, akár eshetőleges (*dolus eventualis*) formában, de kiterjed a halál bekövetkeztére – mint az „indirekt eutanáziánál” –, úgy szándékos emberölés miatt kell felelősségre vonni. [26] Erdősy az orvosi tevékenység megengedett kockázatának jellegzetességeit egyrészt a kockázat sajátos tárgyában (az emberi életben és a testi épségben), az orvos és a beteg egybehangzó akarat-elhatározásában, a gyógyítási kockázattal előidézett veszély hosszabb ideig tartó fennállásában, és a nem kívánt következmény maximumának előre meghatározhatóságában látja. Ebből adódik a megengedettség feltételét képező arányosítás lehetősége, amely abban áll, hogy az orvos döntésének kialakításánál összeveti a tevékenysége elmaradásának esetében beálló kedvezőtlen változás valószínűségét a beavatkozás sikertelenségének valószínűségével, majd ennek fényében meghatározza azt a gyógymódot, amely előreláthatólag nem idéz elő nagyobb érdeksérelmet, mint a gyógykezelés elmaradásával járó egészségkárosodás.

Az arányossági elv alkalmazása működhet a kuratív ellátásoknál, de valószínűleg kevésbé értelmezhető a palliatív medicina esetében. A bizonyosan bekövetkező halál közelében aligha van értelme arányosítani az effektív fájdalomcsillapítással járó rizikót a halál korábbi eljövételével. Az „indirekt eutanázia” a kockázat-beleegyezés sajátos eseteként kezelendő, ahol a kockázat-beleegyezés azonban csak a rizikó egy bizonyos mértékére vonatkozhat, egy határon túl ugyanis az ölési szándék kerül előtérbe. Ebben az érelemben már nem akceptálhatja a jogrend sem a beteg akaratát, illetve a kockázatvállalás már nem igazolható megfelelő társadalmi hasznossággal.

A probléma tehát változatlanul az, hogy szembeállítható-e az emberi élettel más érték, jelen esetben a fájdalom nélküli létezés, ami legitimálhatná az emberélet, e különleges jogi tárgy veszélyeztetését. Ebben a szemléletben, amennyiben a fájdalomcsillapítás valóban az élet megrövidítésének reális kockázatával jár, dogmatikai szempontból nem található lényeges különbség az „aktív” és az „indirekt” eutanázia

között, így a kérdés úgy tehető fel helyesen, hogy feloldható-e az emberi élet abszolút büntetőjogi védelme a halál közelében, a haldoklás sajátos állapotában?

A büntetőjogi megítélés szempontjából nem tartható az a bioetikai irodalomban általánosan elterjedt feltételezés, amely éles határvonalat húz a büntetendő „aktív” és a büntetlen „indirekt” eutanázia fogalma közé. Mindkét forma ugyanis tényállásszerűen emberölési cselekmény. Ennek megfelelően, ha a jogbiztonság követelményeit szem előtt tartva kívánjuk biztosítani az „indirekt eutanáziát” végző orvos büntetlenségét, ezt jogszabályban kellene szavatolni.

A jelenleg hatályos Btk. alapján, annak hangsúlyozása mellett, hogy az „indirekt eutanázia” minden esetben tényállásszerű bűncselekmény, a leginkább elfogadható érvelési utat a végszükségi szabályokra való hivatkozás jelentheti. A végszükség szabályai az élet végén hozott orvosi döntések területén sem definiálhatják a cselekvési lehetőségeket vagy kötelességeket, pusztán a büntetőjogi felelősség alóli esetleges mentesülésre adnak lehetőséget. Ez az esetlegesség társadalmilag elfogadhatatlan következményekkel járna, mert így az effektív fájdalomcsillapításnál az orvos csak egy kivételes és ezáltal bizonytalan büntethetőségi akadályra hivatkozhatna. Mindennek fényében az „indirekt eutanázia” körébe eső cselekmények megnyugtató és jogbiztonságot teremtő szabályozásához hazánkban jogalkotói aktusra lenne szükség. Két elképzelhető technikai megoldás lenne, egyfelől maga a Btk. vezethetne be a Különös Részben új büntethetőségi akadályt, de talán célszerűbb lenne a fájdalomcsillapítással kapcsolatos orvosi jogosítványokat az egészségügyi törvényben pontosan meghatározni. Ez a szabályrendszer pedig a büntetőjog szempontjából jogszabályi engedélyként funkcionálhatna.

1.12.5 Önkéntes passzív eutanázia-életfenntartó vagy életmentő kezeléssel való lemondás elhatárolása

Az invazív orvosi beavatkozások büntetőjogi szempontból a tájékozott beleegyezés hiányában testi sértést valósítanak meg, attól függetlenül, hogy az orvos büntethetőségének kizárását az elmélet a jogellenesség vagy a tényállásszerűség szintjén oldja fel. Ez az oka annak, hogy minden orvosi beavatkozás büntetőjogi legitimitációt igényel. Ugyanakkor napjainkra elfogadottá vált az a nézet is, hogy az orvosi jogviszony szerződéses (polgárjogi) természetű, melynek ellenére van sajátos büntetőjogi vetülete is, nevezetesen az orvosnak betegek viszonylatában eredmény

elhárítási kötelezettsége keletkezhet. Az orvos esetében az eredmény elhárítási kötelezettséget az orvosi jogviszony hozza létre, melyet nem a szerződéskötés aktusa, hanem már a beteg kezelésének átvétele, a betegnek az orvos hatalmi körébe kerülése alapozza meg. A büntethetőség szempontjából döntő kérdés az, hogy hogyan vonható ki az orvos az eredmény elhárításának kötelezettsége alól. Erre a gyakorlatban sokféle válasz született. A Legfelsőbb Bíróság Büntetőjogi Kollégiumának 1032/1965. számú eseti döntése megállapítja, hogy az orvos a még akkor is köteles betegét megfelelő kezelésben részesíteni, ha a páciens életének megmentése lehetetlen, de fájdalma csillapítható, vagy élete néhány perccel meghosszabbítható. Azonban a büntetőjogi irodalomban Horváth mutatott rá arra [55], hogy az orvosnak nem feltétlen kötelessége az élet megtartása, az emberi létezés végstádiumában megváltozik az orvosi tevékenység iránya.

Az egészségügyi beavatkozásoknak van egy fontos, objektív korlátja: az indikáció, illetve annak hiánya. A német Szövetségi Legfelsőbb Bíróság definíciója szerint: „az orvosi indikáció alatt szakmai ítéletet kell érteni egy kezelési módszer értékességéről vagy értéktelenségéről, amely a konkrét esetre vonatkoztatva korlátozza az orvosi feladatkör terjedelmét.

Ezért a kérdést, hogy milyen kezelés alkalmazandó egy betegnél kizárólag az orvos (orvostudomány vagy valamely szakmai testület) fogja meghatározni. Az orvosi indikáció ebben az értelemben jelentősen korlátozza a beteg autonómiáját, mivel a fel nem ajánlott kezelést visszautasítani sem lehet. Azt mondhatjuk, hogy az orvos eredmény elhárítási kötelezettsége terjedelmének szükségszerű határai vannak, melyből az következik, hogy a beteg nem követelheti orvosától, hogy olyan terápiát alkalmazzon, mely objektíven kilátástalan. Ezt a magyar jogi szabályozás is tartalmazza (1997. évi CLVI törvény 7.§ (1-2)). Álláspontom szerint az orvos eredmény elhárítási kötelezettségét az indikáció hiánya objektíven megszünteti, mivel a kötelezettől nem várható el olyan cselekvés, mely alkalmatlan az eredmény elhárítására. Így válik a kezelés nem önkényes korlátozása a beteg autonómiájának korlátjává, melyből nem következik természetesen minden orvosi tevékenység leállítása. Ebben az esetben sem elhanyagolható a beteg komfort ellátása, azaz szenvedéseinek csillapítása vagy a folyadék és táplálék pótlás leállítása. A címben szereplő két fogalmat szinonimaként használja sok szerző, de egyetértve Jobbágyi Gáborral nézetem szerint szerencsésebb az

ellátás visszautasítását, mint betegjogot tekinteni, és az önkéntes passzív eutanázia fogalma helyett alkalmazni. Ebben az esetben ugyanis a cselekményben az orvos nem vesz és nem is vehet részt, így az eutanázia egyik tartalmi eleme nem valósul meg. Véleményem szerint ebben az esetben a beteg önrendelkezése felülírja az orvos beavatkozási kötelezettségét. Más szerzők véleménye szerint, az orvosnak folyamatos életmentési kötelezettsége van, így a cselekvéstől való tartózkodást tartják az önkéntes passzív eutanázia megtörténte során az orvos feladatának.

1.12.6 Aktív eutanázia-öngyilkosságban való közreműködés megkülönböztetése

Mindkét esetben a beteg kívánságára történik a halál időpontjának előrehozása. Az aktív eutanázia esetén az orvos cselekedete idézi ezt elő, míg az öngyilkosságban való közreműködés esetén az orvos segít a betegnek az öngyilkosság végrehajtásában, elsősorban tanácsokkal vagy gyógyszer felírásával. Cselekménye a halál beálltával nem áll ok-okozati összefüggésben.

1.12.7 A kezelés megszüntetése a beteg beleegyezésével vagy előzetes rendelkezése alapján

A kezelés megszüntetésének legkevésbé aggályos esete, ha a beteg aktuális akaratára alapozzuk az orvos eredmény elhárítási kötelezettségének megszűnését, melyre az egészségügyi törvény is lehetőséget ad (20.§ (3)). Büntetőjogi szempontból, ilyen esetben az orvos a tényállásszerűség hiányában nem büntethető, mivel nem terheli eredmény elhárítási kötelezettség, viszont ez nem jelenti a jogviszony teljes megszűnését, így a beteg komfort ellátását folytatni kell. Amennyiben a beteg visszavonja a kezelés megszüntetésére vonatkozó nyilatkozatát, úgy azt kell vizsgálni, hogy a folyamat elért –e a visszafordíthatatlanság határához. Ha ez még nem történt meg, újra megnyílik az orvos eredmény elhárítási kötelezettsége, ha ezen már túl vagyunk, úgy többé már nem áll fenn ez a kötelesség. Hazánkban az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasítását a jogalkotó jelentősen korlátozza, melyből több probléma is adódott. A bírálók elsősorban a rövid időn belül halálhoz vezető betegség időtartamának határozatlanságát, illetve a „megfelelő kezelés mellett is halálhoz vezető betegség” kitételének szükségességét vitatták legtöbbször. Ez a két kitétel a beteg autonómiáját jelentősen korlátozza, és azzal járhat, hogy a cselekvőképes beteget az orvos kénytelen akarata ellenére kezelni, mely erkölcsileg nehezen indokolható.

Az élő végrendelet és a helyettesített döntések problémája inkább a polgári jog terrénuma. A büntethetőség kizárására érvényesek az aktuális beleegyezésnél kifejtettek, feltéve hogy elfogadjuk az anticipált akaratnyilatkozat érvényességét. Amennyiben nem ismerjük el az egészségügyi akaratnyilatkozat érvényességét, amellyel a beteg le tud mondani az életmentő vagy életfenntartó beavatkozásokról, akkor jogi kötelezettséget alkotnánk a beteg életben maradására. Az egészségügyi akaratnyilatkozatok formai kellékeire és érvényességére országoként különböző szabályozások vonatkoznak, melyek ismertetése meghaladja e dolgozat kereteit. A szabályozás alapját jelentő Oviedói Egyezmény 9. cikke csupán azt írja elő a részes államok részére, hogy az orvosi kezelés időpontjában akaratnyilatkozat tételére képtelen betegek a beavatkozással kapcsolatban előzetesen kinyilvánított akaratát „figyelembe kell venni”, melyből nem következik hogy a nyilatkozat jogi kötelező erővel bír a kezelőorvos számára. A magyar egészségügyi szabályozásban az Eü. tv. hozza be és részletezi az élő végrendelet és a helyettes döntéshozó jogintézményét, valamint szabályait.

2. Célkitűzések

Céljaim az életvégi döntések vizsgálata etikai, jogi és gyakorló orvosi szempontból, valamint a betegautonómia érvényesülésének elemzése voltak. Feltételeztem, hogy a beteg autonómia sokszor nem jut érvényre, melyben a paternalista orvosi magatartás, az életvégi döntésekre vonatkozó ismeretek hiánya, és a jogszabály túl szigorú eljárási rendelkezései játszhatnak szerepet.

Az orvos és a beteg közös érdeke, hogy az egészségügyi ellátás jogszerű formában, etikusan menjen végbe. Bármely egészségügyi tevékenység feltétele a betegek tájékozott beleegyezése, aminek legszerűlekenyebb pontja a megfelelő információk átadása a betegek részére, írásban és szóban. Feltételezésünk szerint az információ átadása jól mérhető azon, hogy a betegek milyen formájú és tartalmú beleegyező nyilatkozatokat írnak alá, és ezzel jellemezhető a betegautonómia megvalósulása.

Első kutatásunk célja az volt, hogy felhívjuk a figyelmet a jelenlegi betegtájékoztatási gyakorlat és a jelenleg használatban lévő beleegyező nyilatkozatok hiányosságaira, ezzel segítve a beteg autonómia javítását. Másodlagos célunk volt egy olyan beleegyező nyilatkozat összeállítása, mely a lehető legtöbb szempontnak megfelel és a gyakorlatban is alkalmazható.

Második vizsgálatunk során az életvégi döntések hazai gyakorlatának megismerése céljából Magyarországon első ízben, országos felmérést végeztünk intenzív terapeuták között egy kérdőív segítségével 2008 évben. A vizsgálat tervezésénél két lényeges feltevésünk volt. Egyfelől azt gondoltuk, hogy a magyar intenzíves orvosok életvégi döntései paternalisztikusak, nem veszik eléggé figyelembe a betegek véleményét, önrendelkezési jogát. Másik feltevésünk, hogy Magyarországon - csakúgy, mint külföldön [56] - saját gyakorlat alakult ki a kezeléskorlátozásra, mely napi rutinná vált. Mindez a jogalkotók, az etikusok és a betegek véleményétől függetlenül, a közvélemény számára teljesen ellenőrizhetetlen formában megy végbe, melyről az orvostársadalom hallgatólagosan vesz tudomást.

A témára irányuló saját vizsgálataim ismertetése és nemzetközi adatokkal való összehasonlítása után céloom olyan megoldást találni, mely megkönnyítheti a betegek

önrendelkezésének érvényesülését, illetve az életvégi döntések meghozatalát, és elfogadható a betegek, az orvosok, a társadalom, és nem utolsósorban az egészségügyi vezetés, etikusok és jogászok számára is.

3. Módszerek

Az anesztéziai beleegyező nyilatkozatokra vonatkozó vizsgálatunk során 36 budapesti kórház és klinika (ez csaknem az összes, ahol műtéti beavatkozásokat végeznek) anesztéziai beleegyező nyilatkozatát hasonlítottuk össze különböző formai és tartalmi szempontok szerint. Azért választottuk az anesztéziai beleegyező nyilatkozatot, mert ezekre minden műtéti beavatkozás elvégzésénél szükség van, így nagy számban álltak rendelkezésünkre. Az összegyűjtött nyilatkozatok adatait az előre meghatározott szempontok alapján (1. táblázat) elemeztük [57].

Második kutatásunk során intenzív terápiás osztályon dolgozó orvosokat kérdeztünk meg a munkájuk során szerzett tapasztalataikról (TUKEB szám 215/2004) [58]. Egy négyoldalas kérdőívet állítottunk össze (ld. melléklet), melyet egy korábbi bevezető vizsgálatunkkal validáltunk. A kérdőíveket elektronikus formában interneten keresztül küldtük el a Magyar Intenzív Terápiás Társaság regisztrált tagjai számára, a válaszolók önkéntesen, anonimitásuk megőrzése mellett elektronikus vagy nyomtatott formában küldték azt vissza. A nemzetközi közleményekkel való összehasonlítás lehetősége miatt az angol terminus technikusok magyar megfelelőjét használtuk, ahol lehet kerültük az eutanázia fogalmának használatát is. A kérdésekre egyszerű vagy többszörös választással, illetve egy hatfokozatú lineáris skálán (0-5) a válasz értékelésével lehetett válaszolni. A statisztikai elemzést kétmintás t-próbával és variancia analízissel végeztük. A szokásos öt százalékos szignifikancia háttér mellett figyelembe vettük az 5-10 százalék közötti p értéket adó eltéréseket is, mint tendenciát. Ezzel valószínűleg nem követünk el hibát hiszen jelen esetben egy véges számú sokaságból egy relatíve nagy számú mintát vizsgáltunk (mely a sokaság több mint 20 %-a), így a valós p érték a számítottnál kisebbnek adódik.

1. táblázat: Az aneszteziológiai beleegyező nyilatkozatok elemzési szempontjai

Formai szempontok	Tartalmi szempontok
1. Van-e külön anesztéziára vonatkozó beleegyező nyilatkozat	1. Ismerteti –e röviden az eljárást
2. Az orvos aláírja-e a dokumentumot	2. A kezelési alternatívák megemlítése
3. Tanút alkalmaznak-e	3. Az egyes eljárási típusok előnyeinek, hátrányainak felsorolása
4. Van-e utalás a tájékoztatás egyéb formájára	4. A lehetséges szövődmények ismertetése
5. Mennyi a nyilatkozat terjedelme	5. A kockázatok valószínűségének meghatározása
6. Vannak –e behelyettesíthető szövegrészek	6. A beavatkozás előkészítésének ismertetése
	7. További ellátás, műtét utáni életmód felvázolása
	8. A beavatkozás kiterjesztésének felvetése
	9. Vértranszfúzió engedélyezése
	10. Egyéb információk közlése

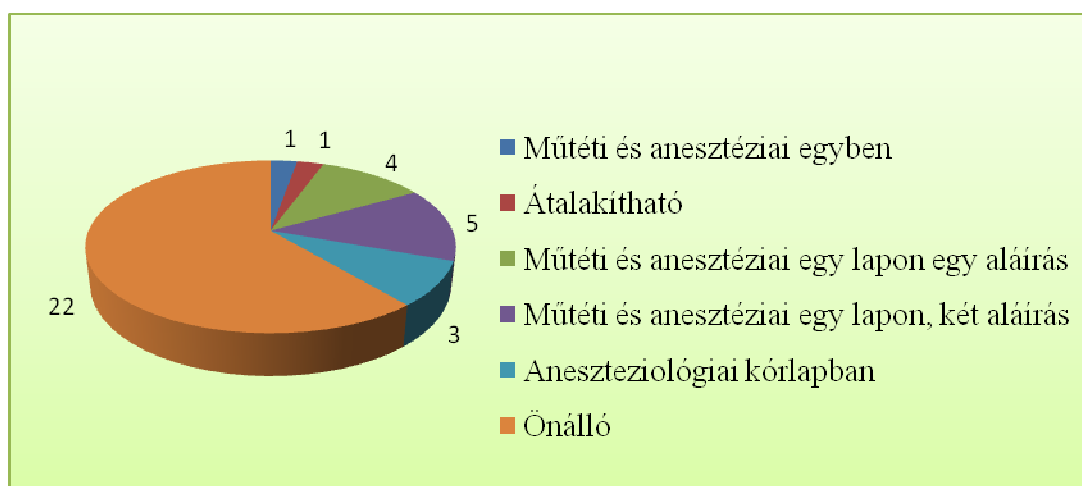
4. Eredmények

4.1 Tájékozott beleegyezés érvényesülésének vizsgálata

4.1.1 Formai szempontok vizsgálata

Az első formai szempontot (külön anesztéziai beleegyző) vizsgálva megállapítható, hogy csak egy kórházban volt közös a műtéti és anesztéziai beleegyző nyilatkozat. Egy másikban olyan nyomtatványt használtak, ami megfelelő kitöltéssel lehetett műtéti és lehet anesztéziai beleegyezés is. Négy egészségügyi szolgáltató használt olyan nyilatkozatot, amelynek egyik fele a műtéti, másik fele az anesztéziai beleegyezést adta meg (a beteg egyetlen aláírással járult hozzá mindkettőhöz), de mivel ezeket az altatóorvos is aláírta, külön kategóriába vettük. Öt helyen egy lapra került a műtéti és az érzéstelenítési hozzájárulás (ezek közül kettőben ez az általános kórlap része volt), de ezeket a beteg külön-külön írta alá. Három intézményben az aneszteziológiai dokumentáció (kórlap) tartalmazta a beleegyző nyilatkozatot. A többi 22 kórházban önálló, előre elkészített anesztéziai beleegyző nyilatkozatot alkalmaztak. (1. ábra)

1. ábra Az aneszteziológiai beleegyző nyilatkozatok megjelenési formái



A második formai szempont vizsgálatánál megállapítható, hogy két intézmény kivételével a nyilatkozatokat az orvos is aláírta. Ez nem törvényi előírás, de mindenképpen javasolható gyakorlat, mert ezzel igazolható, hogy a beteg beleegyezett

az érzéstelenítést végző orvos személyébe, aki a tájékoztatást személyesen is megadta, illetve ha a nyilatkozat tartalmaz egyéni elemeket, igazolja hogy azokat ő írta bele. (2. ábra)

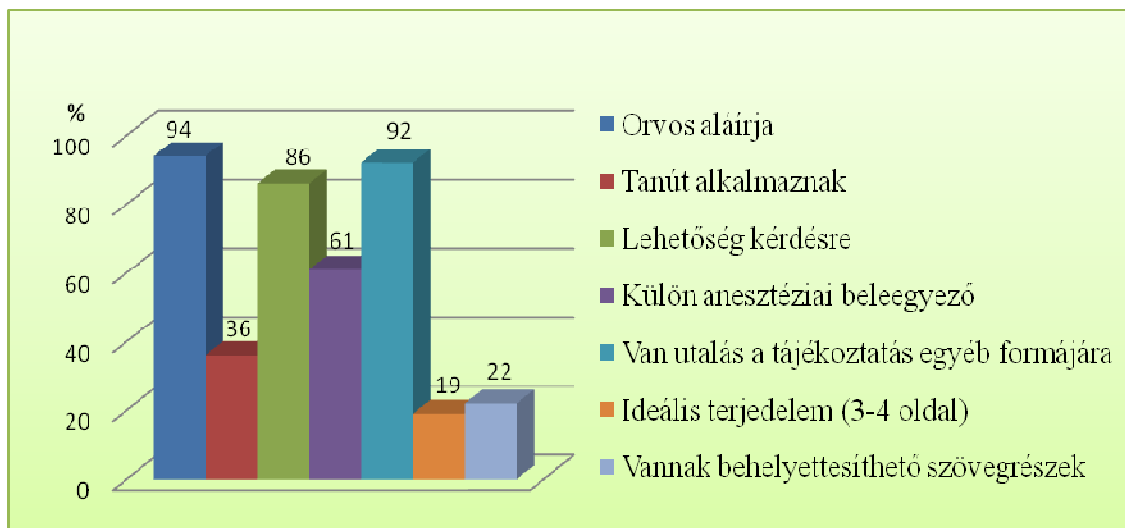
3. formai szempont: Tanú szükségességét szintén nem írja elő jogszabály, ennek ellenére alkalmazásuknak sok előnye van. Tanúk aláírásának helye 13 (13/36 36%) kórház beleegyező nyilatkozatában volt feltüntetve. (2. ábra)

4. formai szempont: Habár a szóbeli, egyéniesített tájékoztatás, a kérdések feltevésének biztosítása az egészségügyi szolgáltató törvényi kötelessége, a vizsgált 36 nyilatkozatból 33-ban (92%) igazolta a beteg aláírásával, hogy a tájékoztatást szóban is megkapta, és 31-ben (86%), hogy volt alkalma kérdések feltevésére (2. ábra). Ez ugyan nem garancia arra, hogy ez valóban meg is történt, viszont a nyilatkozatba való bevétel mégis javasolt, hiszen ha a beteg elolvassa a nyilatkozatot, értesül ezekről a jogairól, és így akár utólag is élhet velük.

5. A nyilatkozat terjedelme: nehéz meghatározni azt, milyen hosszú legyen a beleegyező nyilatkozat. Az egyoldalas (21 intézményben használtak ilyen (58%)) nyomtatványok biztosan túl rövidek ahhoz, hogy minden lényeges információt tartalmazzanak. A kétoldalas (8 darab (22%)) és a 3 oldalas (4 darab (11%)) nyilatkozatok tűnnek hazánkban általánosnak. Ezekben már ki lehet térni az alternatívákra, szövődményekre is. A négyoldalasak (3 darab (8%)) ritkák, bár a nemzetközi szakirodalom éppen a 4 oldalt tekinti „ideálisnak”, mely ábrákat is tartalmazhat úgy hogy az első oldalon vastagon ki legyen emelve a lényeg, hogy aki csak azt akarja elolvasni, az is megtehesse. (2. ábra)

6. formai szempont: 8 (22%) nyomtatványban voltak kipontozott részek, amelyeket az orvos szükség esetén, tollal kitölthetett (konkrét szövődmények, egyéb gyógyulást befolyásoló tényezők stb.) (2. ábra). Ezek használatát nem tartjuk szerencsésnek, hiszen egy esetleges jogvita esetén nehezen bizonyítható, hogy a megfelelő részek kitöltése a beteg aláírása előtt, vagy az után történt-e meg. Jobb megoldásnak tartjuk, ha kinyomtatás előtt egyéniesítik a nyilatkozatokat, és így adják a beteg kezébe.

2. ábra Az anesztéziái beleegyező nyilatkozatok lényeges formai szempontjainak százalékos előfordulása a budapesti kórházak beleegyező nyilatkozataiban



4.1.2 Tartalmi szempontok vizsgálata

1. tartalmi szempont: Bár a beleegyező nyilatkozatok egyik legfontosabb eleme lenne azon eljárás ismertetése, melybe a beteg beleegyezését várjuk, a vizsgált nyilatkozatok közül mindössze 14 (14/36 39%) tartalmazta az alkalmazandó eljárás rövid leírását (3. ábra).

2. tartalmi szempont: Abban a tizennégy nyomtatványban, amelyek ismertették az érzéstelenítési eljárást, általában két, tehát a javasolt mellett egy másik alternatív anesztéziái formáról (altatás, gerincvelői érzéstelenítés) is szóltak. Egy nyilatkozat ezek mellett még egy harmadik eljárást (plexus-érezéstelenítést) is ismertetett. (3. ábra)

3. Az egyes eljárási típusok előnyei, hátrányai: Megdöbbentően kevés, összesen kilenc (9/36, 25%) nyomtatványban tértek ki az egyes érzéstelenítési fajták előnyeire, hátrányaira (3. ábra). Ezek mind azok közül kerültek ki, amelyekben ismertették azok természetét is.

4. tartalmi szempont: Tíz nyomtatvány (10/36, 28%) említett meg az érzéstelenítéssel kapcsolatos lehetséges szövődményeket konkrétan (3. ábra).

Fontos kiemelni, hogy azok a nyilatkozatok, melyek azt az összefoglaló tételt tartalmazzák, miszerint a beteg aláírásával igazolja, hogy tájékoztatást kapott a kockázatokról és a lehetséges szövődményekről, nem vehetők figyelembe, hiszen, a

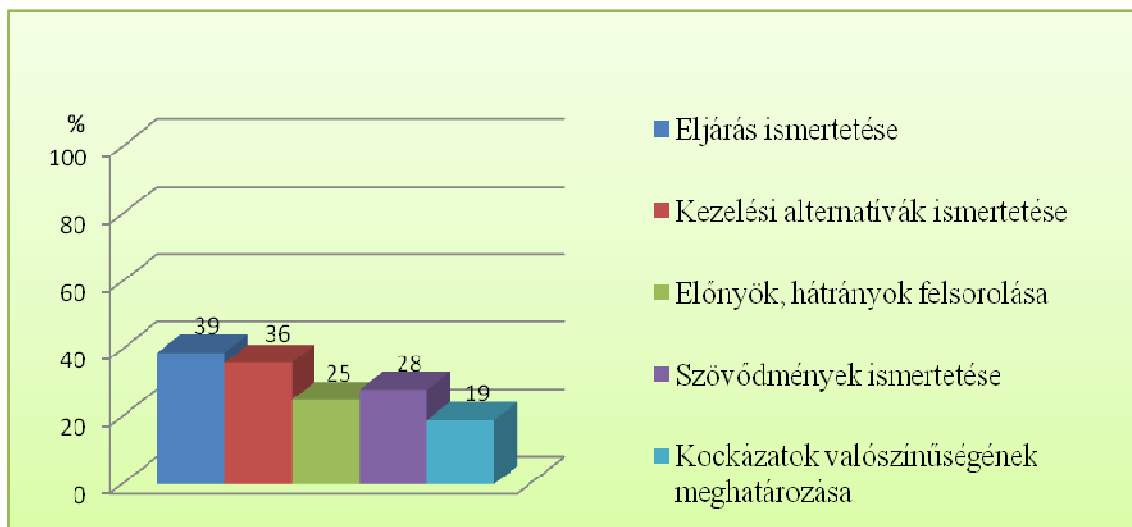
beteg nem tudja, hogy mik ezek a kockázatok és szövődmények, ezért azt sem tudja eldönteni, hogy ezekről valóban kapott-e felvilágosítást. Csak az egyes szövődmények konkrét megemlégtetésének van értelme, az általános formulának egyáltalán nincs.

A gyakrabban említett szövődmények voltak az anesztéziával kapcsolatban: allergiás reakció (6), a vénaszúrás helyének gyulladása (3), hányinger, hányás (6); az altatás kapcsán: aspiráció (7), fogsérülés (8), nyelészavar (5), nehéz intubálás (4); a gerincközeli érzéstelenítés kapcsán: fejfájás (5). Igazán súlyos szövődményeket (agyvérzés, keringésmegállás, malignus hypertermia stb.) 7 nyomtatvány említett (7/36 19%).

5. tartalmi szempont: A kockázatok valószínűségére csak 7 nyilatkozatban volt található utalás (7/36 19%) (3. ábra). Ezek közül öt bizonyos szövődményeknél konkrét számokat tartalmazott, bár az egyik tájékoztatóban szereplő 0,1-12 százalék közötti valószínűség közlése, a két szélsőérték közti két nagyságrendbeli különbség miatt értelmetlen. Az esélyek szöveges elkülönítése (nagyon ritkán, ritkán, gyakrabban stb.) volt jellemző.

Több nyomtatványban azonban egymás mellett találhatóak voltak az enyhe (fogtörés) és a súlyos (agyvérzés) szövődmények, valószínűségi megkülönböztetés nélkül, amelyek könnyen összezavarhatják a betegeket. Szintén 7 nyilatkozatban volt olvasható az az információ, hogy a szövődmények előfordulását nagymértékben befolyásolja a beteg állapota, alapbetegségei.

3. ábra Az anesztéziái beleegyező nyilatkozatok lényeges tartalmi szempontjainak százalékos előfordulása a budapesti kórházak beleegyező nyilatkozataiban I.



6. tartalmi szempont: 14 (14/36 39%) nyilatkozat írt arról, hogy hogyan készüljön fel a beteg az anesztéziára (leggyakrabban leírt szempontok: mikor ehet, ihat, dohányozhat utoljára, körömlakk, smink, ékszerek, protézis, szükségleteit végezze el stb.). (4. ábra) Ennek írásos rögzítése azért szükséges mert az orvosok számára sokszor természetes, hogy a beteg ezekkel a szempontokkal tisztában van, és azoknak megfelelően cselekszik, holott legtöbb esetben a betegekben fel sem merül, hogy a beavatkozás szempontjából ezek a tényezők fontosak lehetnek.

7. tartalmi szempont: az anesztéziával kapcsolatban arra vonatkozott, hogy a műtét után szükségessé válhat a beteg intenzív osztályon történő ápolása, esetleges lélegeztetése stb. Ezt 7 nyomtatványban említették meg (7/36 19%). A törvény által is előírt életmóddal kapcsolatos javaslatokat az aneszteziológusnak is meg kell adnia. Írni kell arról, hogy a műtét után mikor kelhet fel a beteg, mikor közlekedhet egyedül, mikor vezethet autót, mikor fogyaszthat szeszes italt, valamint hogy hivatalos iratot, szerződést a műtét utáni 24 órában ne írjon alá stb. Ezeket az „utasításokat” 12 nyilatkozat tartalmazta (12/36 33%) (4. ábra).

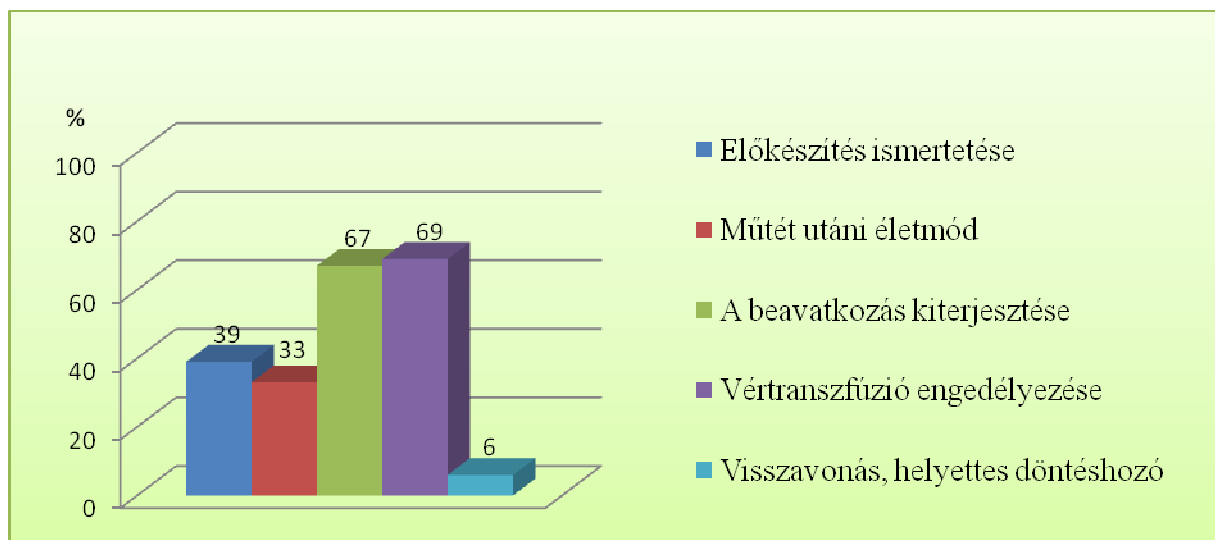
8. tartalmi szempont: A beavatkozás kiterjesztése, vér-transzfúzió engedélyezése, az anesztézia kapcsán is szükségessé válhat. Előfordulhat, hogy módosítani kell az előre megtervezett eljáráson (például a laringeális maszk nem helyezhető be megfelelően, és ezért intubálni kell a beteget). 24 (24/36 67%) nyilatkozatban a beteg előre hozzájárult aláírásával ezeknek a később felmerülő, az orvos által szükségesnek vélt módosításoknak az elvégzéséhez. (4. ábra)

9. tartalmi szempont: Mivel a vérzés minden invazív beavatkozás elkerülhetetlen szövődménye, és a műtét alatti vértranszfúzió adása aneszteziológus feladata, ezért említése nézetem szerint feltétlenül szükséges. Meglepő, hogy a vér (és vérkészítmény) transzfúzió engedélyezéséről csak 25 (25/36 69%) intézményben kellett nyilatkozniuk a betegeknek (4. ábra).

10. tartalmi szempont: Mindössze két (2/36 6%) nyilatkozat említette meg, hogy a beteg nyilatkozatát bármikor, formai előírásoktól függetlenül visszavonhatja, ugyancsak kettő hívta fel a figyelmet, hogy a beteg a tájékoztatásról lemondhat (4. ábra), és egyúttal mást megnevezhet, akit helyette tájékoztatni kell. Egy kórházban tartalmazta a

nyomtatvány, hogy a beteg kérheti más személy jelenlétét is a szóbeli tájékoztatás alatt, igaz ezt a jogot a törvény tételesen nem mondja ki.

4. ábra Az anesztéziái beleegyező nyilatkozatok lényeges tartalmi szempontjainak százalékos előfordulása a budapesti kórházak beleegyező nyilatkozataiban II.



4.2 Az életvégi döntések Magyarországi felmérése

4.2.1 Bevezetés

Az intenzív osztályokon fekvő betegek jogainak érvényesítése speciális problémákat vet fel világszerte, mivel ezeknek a betegeknek irodalmi adatok alapján 5%-a számít kompetensnek. Ennélfogva a betegek 95%-ában az életvégi döntéseket vagy a beteg korábban hozott, döntésképtelen állapotára vonatkozó rendelkezései (helyettes döntéshozó kijelölés, élő végrendelet, előzetes rendelkezés), vagy hozzátartozói és orvosai véleménye alapján hozzák meg. Másfelől jelentős probléma az is, hogy napjainkban az intenzív osztályon meghalt betegek túlnyomó többségét érinti a kezeléskorlátozás valamilyen formája a szakirodalom szerint, de az erre kidolgozott megoldások (kinél mikor állítsák le a kezelést?) nem egységesek a különböző országokban.

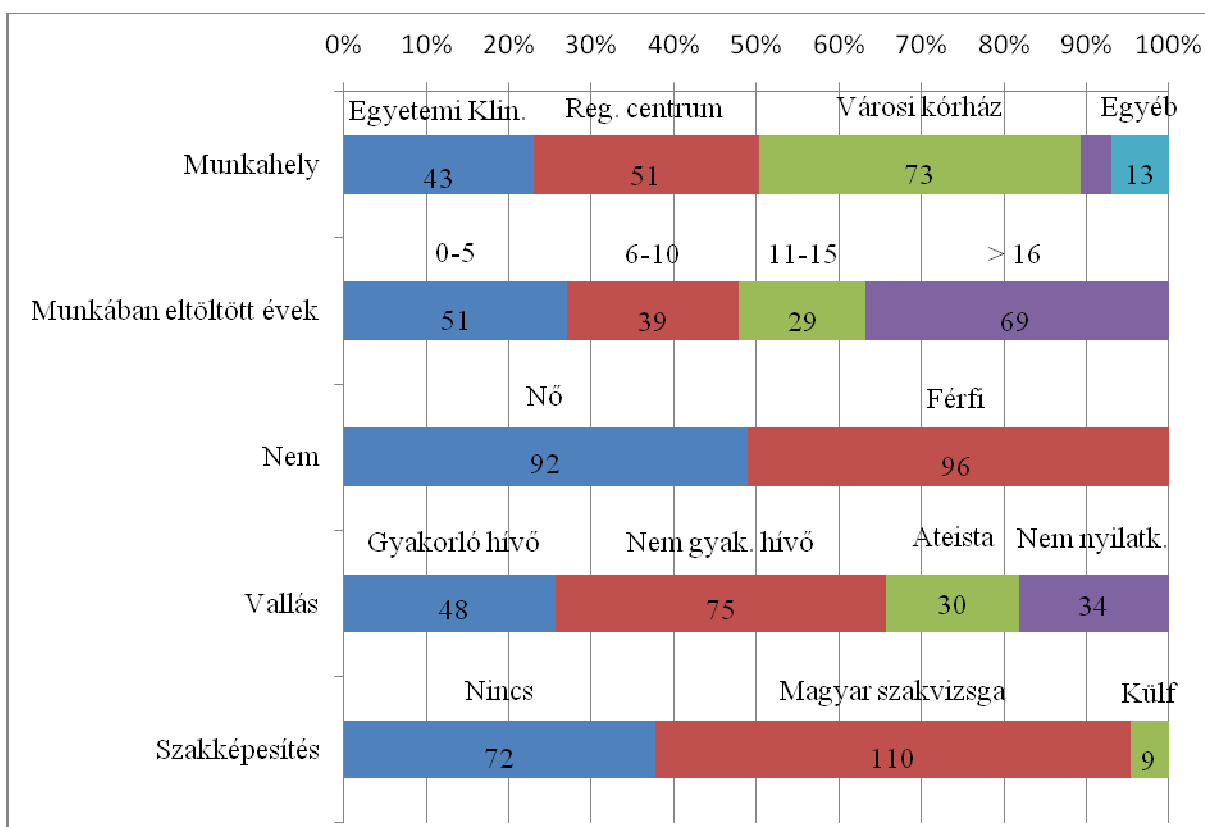
Magyarországon az egészségügyi törvény ugyan elismeri az orvosok számára a kezelés szabad megválasztásának jogát, de nem szól a kezelés haszталanságáról, és a kezelés korlátozásáról sem.

Az életvégi döntések etikus és jogszerű szabályozásának óriási jelentősége van mind a betegek, mind az egészségügyi dolgozók, mind az egészségügyi szolgáltató szempontjából. A betegeknek fontos az elnyújtott oktalan szenvedés csökkentése, valamint az élethez való jog és a méltósággal meghaláshoz való jog védelme. A helyzet rendezése után az egészségügyi dolgozók haszna a frusztráció és lelki kiégés csökkentése lenne, mely a jelenlegi jogi szabályozás, etikai irányelvek és gyakorlat ellentmondásai miatt alakult ki. Az életvégi döntéshozatal szabályozása az anyagi források szűkössége és a kezelési lehetőségek megsokszorozódása és drágulása miatt, az egészségügyi szolgáltató szempontjából is fontos, mert a rendezésnek szerepe lehet a költségek racionalizálásában és a korlátozottan rendelkezésre álló eszközök hatékonyabb elosztásában. Az életvégi döntések magyarországi összehangolása a legtöbb haszonnal azonban a betegek részére járna, mivel autonómiájuk jelentősen nőne, és egy átgondolt szabályozás a haldoklók oktalan szenvedését is tudná csökkenteni.

4.2.2 Eredmények

Az elküldött kérdőívet 191 intenzív osztályon dolgozó orvos töltötte ki, válaszadási arány 25.7 % volt. A válaszolók közül 92 nő (48.17%), 96 férfi (51.83%) volt. A megkérdezettek közül 43-an (22.5%) dolgoznak egyetemi intézményben, 51-en (26.7%) regionális centrumban, 73-an (38.2%) városi kórházban, 7-en (3.7%) specializált intenzív osztályon, 13-an (6.8%) egyéb helyen. A válaszolókból 51-en (26.7%) dolgoztak kevesebb, mint 5 éve, 39-en (20.4%) 6-10, 29-en (15.2%) 11-15, és 69-en (36.1%) több mint 16 éve. Intenzíves szakvizsgája a válaszolók közül 119 embernek (62.3%) volt, melyek közül 9-en (4.7%) külföldön szereztek szakképesítést. A válaszolók közül 48 vallását gyakorló hívő (25.1%), 75 vallását nem gyakorló hívő (39.3%) volt, míg 30-an (15.7%) ateistának mondták magukat, 34 kolléga (17.8%) pedig nem nyilatkozott. Az alcsoportokban szereplő elemszám összege nem mindenhol adja ki a 191-et, mivel nem mindenki válaszolt minden kérdésre. (5. ábra)

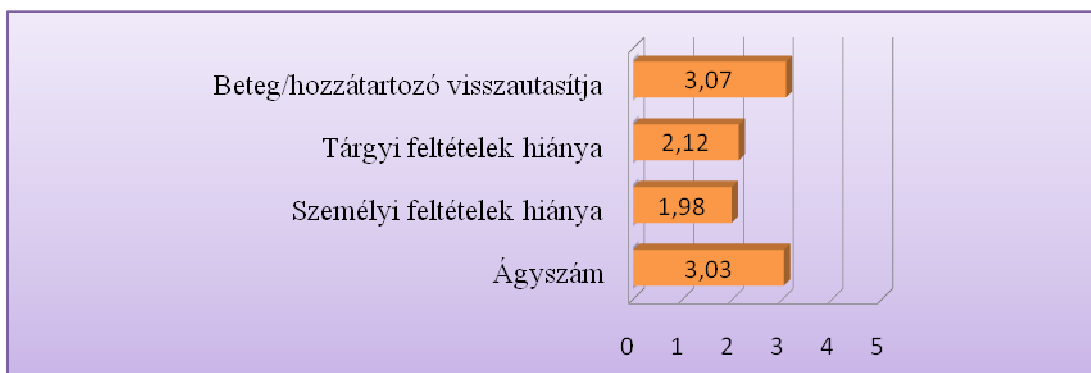
5.ábra A kérdőívet kitöltő intenzíves orvosok megoszlása az alcsoportok szerint



Kérdéseinket négy téma köré csoportosítottuk, melyek a döntéshozatali mechanizmust, a kezelés meg nem kezdését, a már folyamatban lévő kezelések felfüggesztését, illetve az életvégi döntések (DNR, kezeléskorlátozás, a haldoklási folyamat megrövidítése) gyakoriságának felmérését érintették [59]. (Kérdőívet lásd mellékletben)

Az első négy kérdésben arra voltunk kíváncsiak, hogy a *beteg felvételét* a szakmai indikációkon túl a beteg, vagy nem cselekvőképes (kompetens) beteg hozzátartozójának véleménye, a szabad ágyak, a rendelkezésre álló személyi és tárgyi feltételek mennyire befolyásolják. (6. ábra) Az 2. táblázat adatai alapján láthatjuk, hogy a hazai gyakorlatban az orvosok csak közepes mértékben veszi figyelembe a beteg vagy hozzátartozója kívánságát a intenzív osztályra való felvétel során (3.07, +/-1.56). Hasonló mértékben korlátozza a betegfelvételt a szabad ágyak száma (3.03, +/-1.40) (a rendelkezésre álló tárgyi feltételek kevésbé (2.12, +/-1.40), a személyi feltételek pedig alig befolyásolják (1.98, +/-1.48). Az alcsoportok összehasonlítása során több szignifikáns különbséget találtunk. Az egyetemi intézményekben dolgozókat kevésbé korlátozza a betegfelvételben a szabad ágyak száma, mint a kisebb városi kórházban dolgozókat (p=0.079). A munkában eltöltött idő szerint is különbség adódott a csoportok között, mivel a több mint 16 éve dolgozókat kevésbé korlátozza az ágyszám a betegfelvételnél (2.78, +/-1.58), mint a 0-5 éve (3.25,+/-1.32) (p=0.052).

6. ábra A kezelés meg nem kezdését befolyásoló tényezők fontossága



A következő témakörben a *kezelés visszavonását* befolyásoló tényezők fontosságára voltunk kíváncsiak. Elsőként az előbb említett véges számban rendelkezésre álló eszközöket néztük meg, hogy mennyire befolyásolják a már

megkezdett kezelés korlátozását. A magyar gyakorlatban az ágyak száma (2.28, +/-1.66), a tárgyi feltételek (1.85, +/-1.45) és a személyi feltételek (1.39, +/-1.44) csökkenő mértékben ugyan, de mégis jelentősen befolyásolják a kezelés visszavonását. (3/a táblázat)

Továbbiakban azt néztük meg, hogy a kezelés visszavonásával kapcsolatos döntést mennyire befolyásolja a beteg állapota, életkilátásai, kívánsága, hozzátartozóinak kívánsága, illetve az ápoló személyzet véleménye. (7. ábra) A válaszokból kiderült, hogy hazánkban a kezelőorvos dönt a beteg életéről, elsősorban a beteg távolabbi életkilátásai (3.82, +/-1,21) függvényében. Az alcsoportok között szignifikáns eltérést nem találtunk.

A kezeléskorlátozásban a második legfontosabb szempont a beteg aktuális állapota (3.71, +/-1.26). A férfiakat (3.91, +/-1.20) szignifikánsan jobban befolyásolja a beteg aktuális állapota a döntéshozatalban, mint a nőket (3.49, +/-1.30) ($p=0.022$). Más jelentős különbség az alcsoportok között nem adódott. Az azonos alcsoportokat összehasonlítva láthatjuk, hogy az életkilátások első és az aktuális állapot második helye néhány csoportban megfordul. Fontosabb az aktuális állapot az életvégi döntések meghozatala során az egyetemen dolgozóknak, a 16 évnél több ideje dolgozóknál, az ateistáknak, illetve a férfiaknak.

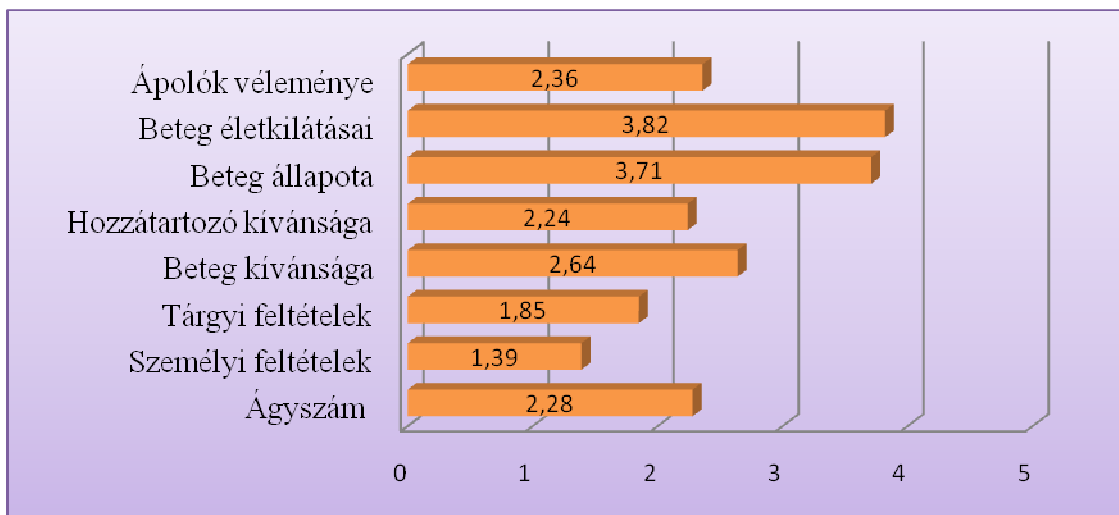
A beteg akaratát jóval kevésbé veszik az orvosok figyelembe Magyarországon a kezeléskorlátozásban (2.64, +/-1.61) mint a saját véleményüket (3.71, +/-1.26). Ebben a kérdésben jelentős különbségek adódtak az alcsoportok között, elsősorban a munkában eltöltött évek alapján. Az 0-5 éve dolgozók kevésbé veszik figyelembe betegük kívánságát, mint a 6-10 éve ($p=0.011$) és a 11-15 éve dolgozók ($p=0.020$). A legtapasztaltabb kollégák (több, mint 16 éve dolgozók) ugyancsak kevésbé hagyják érvényesülni a beteg kívánságát, mint a 6-10 éve ($p=0.015$) és a 11-15 éve ($p=0.028$) dolgozók. A kérdésben más szignifikáns különbséget nem találtunk az alcsoportok között.

Az ápolószemélyzet véleményét a kezelőorvosok nem tartják igazán fontosnak (2.36, +/-1.41). Az alcsoportok között szignifikáns különbséget nem találtunk.

A legkevesbé fontos a kezeléskorlátozásban a hozzátartozók kívánsága adataink szerint (2.24, +/-1.51), de itt jelentős különbségeket találtunk az alcsoportok elemzése során. Jobban figyelembe veszik a hozzátartozók kívánságát a vallásukat gyakorló hívők (3.00,

+/-1.32), mint az ateisták (1.87, +/-1.57) ($p < 0.001$), illetve a kérdésben nem nyilatkozók (1.58, +/-1.57) ($p = 0.001$). Szignifikánsan jobban veszik figyelembe a hozzátartozók véleményét a vallásukat nem gyakorló hívők (2.19, +/-1.36), mint a kérdésben nem nyilatkozók (1.58, +/-1.57) ($p = 0.023$).

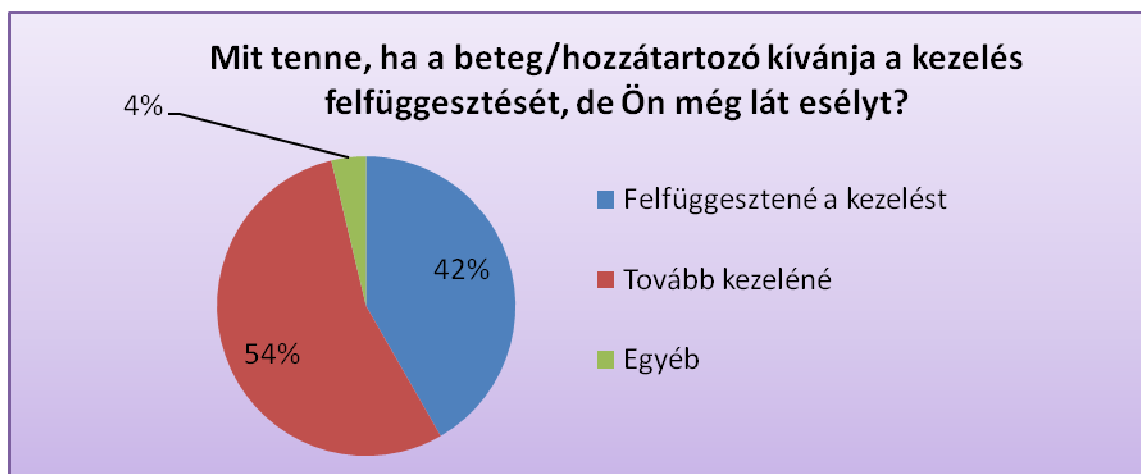
7. ábra A megkezdett kezelés korlátozását befolyásoló tényezők fontossága



A következő kérdésben arra kerestük a választ, hogy mit tenne a kezelőorvos, ha a beteg vagy hozzátartozója fel kívánja függeszteni a kezelést, de orvosuk még lát esélyt a beteg gyógyulására. (8. ábra)

Megfigyelhető, hogy a válaszolók kisebb része (41.7%) hagyja a betegek önrendelkezésének érvényesülését, amennyiben orvosi szempontból lát még esélyt a gyógyulásra. Az orvosok nagyobb része (54.5%) a kezelés felfüggesztésében inkább figyelmen kívül hagyja a beteg vagy hozzátartozójának kérését ilyen esetekben. A válaszok eloszlásában jelentős különbségeket nem találtunk az alcsoportok között.

8. ábra A beteg autonómia érvényesülése az intenzív terapeuták véleménye alapján



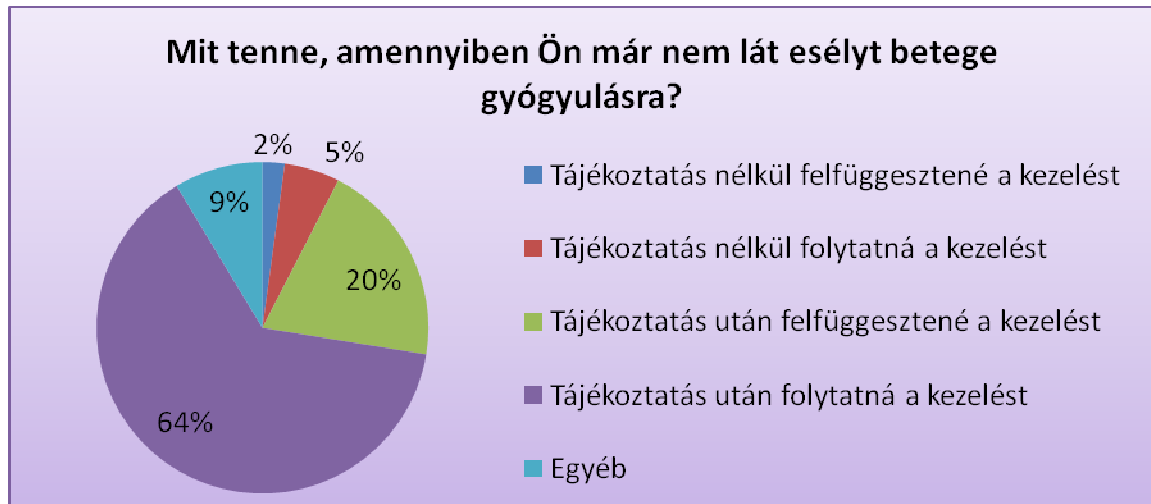
A témában feltett utolsó kérdésünk azt vizsgálta, hogy mit tesz az orvos abban az esetben, ha már nem lát esélyt betege gyógyulására.(9. ábra)

Az intenzíves orvosok nagyon kis része (7.56%) nem tájékoztatja a helyzet reménytelenségéről a hozzátartozókat (mivel ebben a szituációban a betegek kis részének tiszta a tudata), ebből 2.16% felfüggesztené, 5.4% pedig folytatná az általa haszталannak tartott kezelést. Az orvosok jelentős részénél (83.8%) megjelenik a kommunikációban a kezelés haszталansága. Ebben az esetben a válaszadók 63.8%-a választotta azt, hogy a meggyőződése ellenére is folytatná a kezelést, amennyiben a beteg vagy hozzátartozói ezt igényelnék, míg az orvosok 20%-a tájékoztatná a beteget vagy hozzátartozóját a helyzet reménytelenségéről, és a véleményüktől függetlenül abbahagyná a kezelést.

Az alcsoportok elemzése során látható, hogy leginkább a klinikán dolgozó orvosok válaszai nem felelnek meg a várt eloszlásnak ($p < 0.001$). A klinikán dolgozók kisebb része választotta a tájékoztatást követően a haszталan terápia folytatását. Ennek megfelelően inkább választották a tájékoztatás nélküli döntéshozatalt, illetve a tájékoztatást követő terápia leállítását. A másik eltérés az, hogy tájékoztatás után a klinikán dolgozók többsége leállítaná a kezelést a betegek illetve hozzátartozók véleményétől függetlenül, ellentétben a regionális centrumban vagy városi kórházban dolgozó orvosokkal. Jelentős különbség van az ateista orvosok ($p: 0.063$) és a vallási kérdésről nem nyilatkozó orvosok válaszainak kapott és becsült megoszlása között is

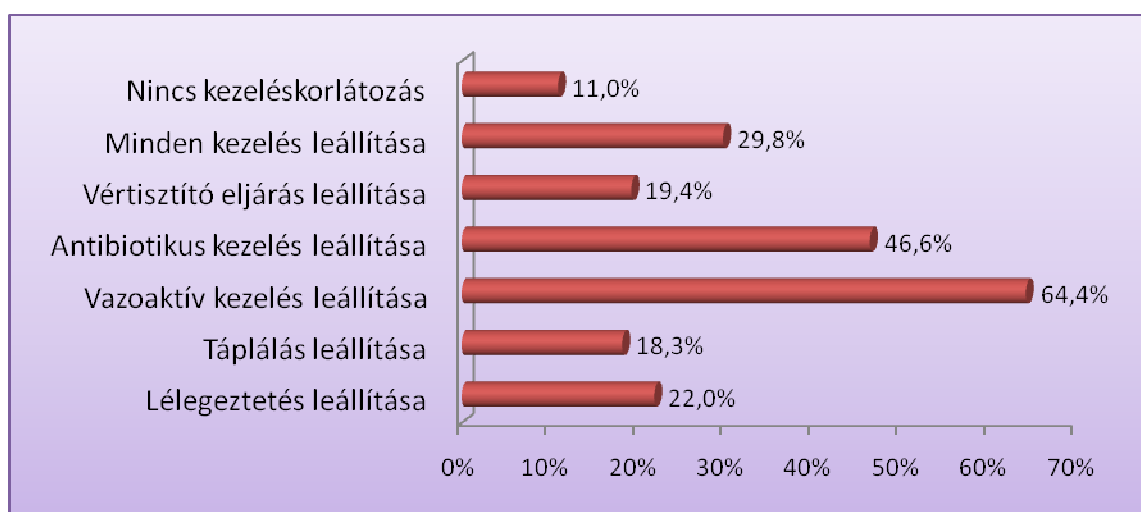
($p=0.015$), mivel a vallásos orvosokkal szemben a két alcsoport tagjai kisebb arányban választották hasztalannak vélt kezelés esetén a kezelés felfüggesztését.

9. ábra Az intenzív orvosok megoldási stratégiái szakmailag hasztalan kezelés esetén



A következő kérdésben arra kerestük a választ, hogy a kezelés korlátozását hogyan hajtják végre a különböző intenzív osztályokon, egyszerre vagy részlegesen korlátozzák azt, a döntés megszületése után. (3/b táblázat) (10. ábra) Láthatjuk, hogy a részleges korlátozások közül gyakoriságban a vazoaktív terápia leállítása vezet, ezt a válaszolók 64%-a jelölte be, ezt követi gyakoriságban az antibiotikum kezelés megszüntetése (47%). A többi szervfunkciót pótló kezelés korlátozásának gyakorisága (táplálás, lélegeztetés, vértisztítás) körülbelül a megkérdezettek 18-22%-ánál közel egyenlő arányban szerepel. A válaszolók 11%-a nyilatkozta azt, hogy kezelés korlátozást nem folytatnak, míg 30 %-a egyszerre állít le minden terápiát. Az alcsoportok között is lényeges eltérések adódtak. A válaszoló férfiak 38%-a állít le minden kezelést egyszerre, míg a nők 22%-a válaszolt hasonlóan. Egyetemi intézményekben életvégi döntésként sokkal ritkábban állítják le a lélegeztetést, mint a városi és megyei kórházakban (12% v 25-27%).

10. ábra A kezeléskorlátozás során az egyes szervpótló kezelések leállításának gyakorisága



A harmadik témakör fókuszában a DNR, a kezelés-korlátozás és a haldoklási folyamat megrövidítése gyakoriságának megismerése áll. (4. táblázat) Látható, hogy a DNR parancs (7,79%) és a kezelés-korlátozás (8,26%) a betegforgalom viszonylag nagy arányát érinti. A szakmában eltöltött idő befolyásolja a DNR gyakoriságának megítélését, az orvos minél tapasztaltabb, véleménye szerint a DNR parancsok száma annál kisebb, az al csoport analízisben szignifikáns különbség adódott a legfiatalabbak és a legöregebbek között ($p=0.010$), illetve a férfiak és nők ($p<0.001$) között is.

A kezeléskorlátozás gyakoriságának tekintetében is több szignifikáns különbség adódott az al csoportok között. A kezeléskorlátozás a betegforgalom legkisebb részét érinti az egyetemi intézményekben. A legfiatalabb orvosok (0-5 éve dolgozók) véleménye szerint szignifikánsan több kezeléskorlátozás történik (13,48%), mint tapasztaltabb kollégáik (6-10 évig $p=0.039$), (16 év felett $p=0.012$) szerint (6,93%, 5,94). Ugyanez a különbség tapasztalható a szakvizsgával nem rendelkező orvosok (14,18%) és a szakorvosok között is (6,06%) ($p=0.002$). A nők szintén kevesebbnek ítélik a kezeléskorlátozás gyakoriságát (6,27, +/-1,02) a férfiaknál (10,1, +/-0,98) ($p<0.001$).

A haldoklási folyamat megrövidítésének átlagos gyakorisága 9,44%, ennek megoszlása sem egyenletes. Ebben az esetben is jelentős különbség adódott a tapasztalatlan és rutinos orvosok véleménye között. A 0-5 éve dolgozók gyakoribbnak ítélik meg a haldoklási folyamat megrövidítésének előfordulását, mint a 16 évnél régebben dolgozók. ($p=0.079$)

A válaszolók 80%-a szerint a cselekvőképes beteg, illetve a cselekvőképtelen beteg hozzátartozója egyáltalán nem kezdeményezett életvégi döntést. A válaszolók 19.6 %-a nyilatkozott úgy, hogy volt ilyen kérés az osztályukon az elmúlt egy évben, és átlagosan 5 alkalommal merült fel ilyen igény.

Végül arra a kérdésre, hogy szükség lenne-e a kezeléskorlátozásról egy szakmai protokoll létrehozására a válaszolók 93 %-a nyilatkozott pozitívan, 7 %-uk szerint ilyen hazai irányelv létrehozása szükségtelen.

4.2.3 Korlátok

A felmérés korlátai közé tartozik, hogy a feldolgozott kérdőívekkel a magyarországi intenzíves orvosok körülbelül negyedének véleményét ismerhettük meg. A mintavételt nem randomizálhattuk, mivel a válaszadás teljesen önkéntes volt, így vizsgálatunk nem tekinthető reprezentatívnak. Másik korlátja a felmérésnek, hogy az adatok az orvosok retrospektív becslésén alapulnak.

2. Táblázat A kezelés meg nem kezdését a szakmai indikációkon túl befolyásoló faktorok hatásának erőssége, az alcsoportok szerint.

A beteg felvételt befolyásoló faktorok	Munkahely				A betegellátásban eltöltött évek				Végzettség			Vallásosság				Nem		Σ
	Egyetemi klinika (43)	Megyei kórház (51)	Városi kórház (73)	Egyéb (13)	0-5 (51)	6-10 (39)	11-15 (29)	>16 (69)	Általános orvos (57)	Szakorvos (119)	Külföldön szerzett szakképítés 9	Hívő, vallás-átgyakorolja (48)	Hívő vallás-átgyakorolja (75)	Ateista (30)	Nem nyilatkozik (34)	Férfi (97)	Nő (90)	
Szabad ágyak száma	3.00 (1.51)	2.88 (1.52)	3.12 (1.32)	3.15 (1.28)	3.25 (1.32)	3.28 (1.21)	2.93 (1.22)	2.78 (1.58)	3.18 (1.38)	3.01 (1.44)	2.78 (1.09)	3.29 (1.37)	3.39 (1.29)	2.87 (1.36)	2.12 (1.27)	2.98 (1.38)	3.07 (1.44)	3.03 (1.40)
Személyi feltételek	1.79 (1.44)	1.90 (1.60)	2.03 (1.39)	2.15 (1.57)	1.88 (1.42)	1.87 (1.58)	2.03 (1.21)	2.10 (1.59)	1.96 (1.50)	1.98 (1.50)	2.00 (1.41)	2.17 (1.48)	2.09 (1.57)	1.63 (1.03)	1.71 (1.53)	1.99 (1.52)	1.97 (1.46)	1.98 (1.48)
Anyagi feltételek	1.79 (1.57)	2.24 (1.35)	2.23 (1.32)	1.77 (1.36)	2.12 (1.44)	1.82 (1.21)	2.45 (1.38)	2.17 (1.48)	2.23 (1.45)	2.08 (1.41)	2.22 (1.39)	2.31 (1.31)	2.19 (1.40)	1.87 (1.31)	2.03 (1.60)	2.12 (1.45)	2.10 (1.37)	2.12 (1.40)
Beteg/hozzá tartozó elutasítása	2.67 (1.62)	3.16 (1.49)	3.34 (1.46)	2.08 (1.68)	2.82 (1.48)	3.49 (1.45)	3.07 (1.65)	3.00 (1.63)	2.88 (1.53)	3.13 (1.56)	3.11 (1.83)	3.36 (1.58)	2.92 (1.45)	3.46 (1.50)	2.70 (1.72)	3.23 (1.54)	2.89 (1.58)	3.07 (1.56)

Az adott hatás erősség jellemzése egy hatpontos skála szerint történt (0-nem fontos, 5 nagyon fontos), a kezelőorvos véleménye alapján.

A táblázatban a középértéket és az SD-t (zárójelben) tüntettük fel.

3/a Táblázat A kezelés visszavonását a szakmai indikációkon túl befolyásoló faktorok hatásának erőssége az alcsoportok szerint.

A kezelés visszavonását befolyásoló faktorok	Munkahely				A betegellátásban eltöltött évek				Végzettség			Vallásosság				Nem		Σ
	Egyetemi klinika	Megyei kórház	Városi kórház	Egyéb	0-5	6-10	11-15	>16	Általános orvos	Szakorvos	Külföldön szerzett szakvizsga	Hívő, vallását gyakorolja	Hívő, vallását nem gyakorolja	Ateista	Nem nyilatkozik	Férfi	Nő	
Szabad ágyak száma	2.16 (1.56)	2.16 (1.64)	2.49 (1.71)	2.15 (1.99)	2.68 (1.41)	1.97 (1.72)	2.67 (1.82)	2.00 (1.70)	2.43 (1.50)	2.22 (1.71)	2.89 (1.96)	2.40 (1.76)	2.52 (1.55)	2.31 (1.75)	1.44 (1.48)	2.16 (1.71)	2.37 (1.63)	2.28 (1.66)
Személyi feltételek	1.17 (1.39)	1.50 (1.46)	1.41 (1.42)	1.23 (1.54)	1.56 (1.34)	1.24 (1.62)	1.54 (1.37)	1.28 (1.44)	1.60 (1.30)	1.29 (1.44)	2.00 (2.00)	1.56 (1.60)	1.52 (1.46)	1.29 (1.18)	0.85 (1.13)	1.48 (1.52)	1.28 (1.34)	1.39 (1.44)
Anyagi feltételek	1.67 (1.41)	1.90 (1.46)	1.90 (1.49)	1.67 (1.44)	2.16 (1.47)	1.69 (1.59)	2.10 (1.59)	1.58 (1.23)	2.18 (1.42)	1.66 (1.39)	2.67 (2.06)	2.13 (1.50)	1.74 (1.38)	2.10 (1.42)	1.47 (1.52)	1.93 (1.45)	1.73 (1.44)	1.85 (1.45)
A beteg kívánsága	2.59 (1.73)	2.38 (1.71)	2.84 (1.52)	2.42 (1.44)	2.27 (1.27)	3.29 (1.33)	3.31 (1.56)	2.28 (1.79)	2.31 (1.36)	2.78 (1.78)	3.11 (1.76)	2.98 (1.45)	2.51 (1.48)	2.57 (1.97)	2.52 (1.69)	2.68 (1.68)	2.62 (1.53)	2.64 (1.61)
Hozzá tartozó kívánsága	2.18 (1.57)	1.92 (1.67)	2.33 (1.41)	2.69 (1.25)	2.32 (1.24)	2.74 (1.54)	2.31 (1.34)	1.89 (1.68)	2.18 (1.25)	2.23 (1.60)	2.11 (1.62)	3.00 (1.32)	2.19 (1.36)	1.87 (1.57)	1.58 (1.57)	2.18 (1.55)	2.31 (1.48)	2.24 (1.51)
A beteg állapota	3.98 (1.05)	3.73 (1.25)	3.71 (1.32)	2.85 (1.46)	3.62 (1.21)	3.69 (1.10)	3.79 (1.21)	3.79 (1.38)	3.73 (1.09)	3.72 (1.32)	3.33 (1.66)	3.60 (1.17)	3.60 (1.23)	4.17 (0.95)	3.81 (1.55)	3.91 (1.20)	3.49 (1.30)	3.71 (1.26)
A beteg életkilátása	3.70 (1.49)	3.78 (1.04)	3.95 (1.20)	3.54 (1.13)	4.04 (1.05)	3.97 (1.14)	3.86 (1.16)	3.55 (1.36)	3.89 (1.12)	3.83 (1.22)	3.22 (1.72)	3.81 (1.24)	3.86 (1.05)	3.87 (1.33)	3.66 (1.43)	3.80 (1.26)	3.84 (1.16)	3.82 (1.21)
Ápolók véleménye	2.15 (1.50)	2.29 (1.41)	2.49 (1.36)	2.46 (1.51)	2.44 (1.26)	2.41 (1.53)	2.29 (1.24)	2.33 (1.52)	2.46 (1.35)	2.28 (1.45)	2.67 (0.87)	2.67 (1.24)	2.26 (1.32)	2.34 (1.65)	2.19 (1.55)	2.49 (1.40)	2.23 (1.41)	2.36 (1.41)

Az adott hatás erősség jellemzése egy hatpontos skála szerint történt (0-nem fontos, 5 nagyon fontos), a kezelőorvos véleménye alapján.

A táblázatban a középértéket és az SD-t (zárójelben) tüntettük fel.

3/b Táblázat. A szervpótló kezelések visszavonásának módja

A különböző szervpótló kezelések megszüntetése	Nem		Munkahelye				A munkában eltöltött évek				Vallásosság				Σ
	Nő	Férfi	Egyetemi klinika	Megyei kórház	Városi kórház	Egyéb	0-5	6-10	11-15	>16.	Hívő, vallását gyakorolja	Hívő, vallását nem gyakorolja	Ateista	Nem nyilatkozik	
Lélegeztetés	21%	22%	12%	25%	27%	7%	23%	28%	24%	17%	23%	19%	20%	29%	22%
Táplálás	13%	24%	12%	14%	24%	14%	15%	5%	21%	27%	13%	19%	27%	18%	18%
Vasopressor kezelés	60%	68%	63%	69%	66%	43%	60%	69%	62%	66%	65%	62%	70%	65%	64%
Antibiotikum kezelés	39%	52%	56%	43%	49%	29%	48%	51%	41%	46%	52%	40%	53%	50%	47%
Vesepótló kezelés	17%	22%	16%	25%	18%	21%	19%	18%	10%	24%	21%	17%	20%	24%	19%
Egyik sem	12%	10%	7%	12%	12%	7%	10%	10%	14%	11%	13%	10%	13%	9%	11%
Minden kezelés egyszerre	22%	38%	49%	24%	22%	29%	17%	33%	41%	33%	40%	21%	43%	26%	30%

A táblázatban az adott szervpótló kezelés megszüntetésének becsült valószínűségét láthatjuk százalékban, a betegnél alkalmazott kezelés visszavonása esetén az alcsoportok szerint.

4. Táblázat Az intenzív osztályon hozott életvégi döntések aránya a betegforgalom százalékában

	Nem		Munkahelye				A munkában eltöltött évek				Vallásosság				Végzettség			Σ
	Nő(78)	Férfi (86)	Egyetemi klinika (36)	Megyei kórház (41)	Városi kórház (61)	Egyéb (10)	0-5 (40)	6-10 (33)	11-15 (25)	>16 (56)	Hívő, vallását gyakorolja (42)	Hívő, vallását nem gyakorolja (57)	Ateista (28)	Nem nyilatkozik (27)	Általános orvos (44)	Szak-orvos (98)	Külföldi szakvizsga (7)	
DNR	5.25% ⁵ (5.66)	10.41% ⁵ (9.94)	6.86% (8.07)	6.07% (6.65)	9.44% (8.62)	11.6% (14.59)	10.82% ² (9.86)	7.28% (7.19)	10.22% (10.79)	5.35% ² (6.14)	7.26 (7.10)	6.81 (6.32)	10.84 (11.62)	8.54 (10.77)	10.64% (10.09)	7.16% (7.96)	5.07 (3.67)	7.79% (8.49)
Kezelés korlátozás	6.27% ⁶ (8.27)	10.10% ⁶ (9.15)	6.79% (7.73)	8.40% (9.04)	9.38% (10.05)	8.00% (7.40)	13.48% ³ (12.12)	6.93% ³ (9.00)	7.28% (5.72)	5.94% ⁴ (5.28)	8.81 (9.96)	8.13 (8.25)	7.91 (6.41)	8.42 (11.08)	14.18 ¹ (12.70)	6.06 ¹ (5.76)	6.21 (3.00)	8.26% (8.91)
A haldoklás megrövidítése	8.95% (16.17)	9.53% (17.37)	11.40% (21.91)	9.52% (13.05)	7.20% (13.19)	6.25% (10.60)	11.30% (16.57)	10.17% (19.69)	10.76% (17.71)	6.51% (11.17)	6.78 (11.93)	6.06 (9.51)	10.65 (17.39)	18.26 (28.56)	12.52 (17.16)	8.41 (17.21)	3.01 (4.78)	9.44% (16.64)

A különböző életvégi döntések a kezelőorvos által becsült valószínűsége a betegforgalom arányában.

Az százalékos arány mellett fel van tüntetve az SD értéke (zárójelben). illetve a szignifikáns p értékek indexálva.

1 p=0.002 2 p=0.011 3 p=0.039 4 p=0.012 5 p=0.001 6 p<0.001

5. Megbeszélés

5.1 A tájékozott beleegyezés jogi és etikai problémái

A XX. század folyamán megváltozott az orvosi tevékenység társadalmi megítélése a fejlett országokban, a korábbi paternalista orvos-beteg viszony átadta a helyét egy mellérendelt, jogi elemekkel jelentősen átszőtt kapcsolatnak. Az orvosok egyre inkább egészségügyi szolgáltatókká váltak, akikkel a beteg, egészségi állapotának javítása érdekében jogviszonyt hoz létre. Ebben a jogviszonyban mindkét felet jogok illetik meg, és köteleességek terhelik. Ez a szemléletbeli változás sok vitát és új problémát szült mindkét oldalon.

Az orvos és beteg közti jogviszonynak azt a kapcsolatot kellene a jog eszközeivel szabályoznia, amely a bizalomra épül, és olyan alapvető elemei vannak, mint a remény fenntartása és az empátia, amelyek a jog számára értelmezhetetlenek [60]. Ezenkívül a jogtudomány az egészségügyi jogviszonyt egy vegyes, eredményi és gondossági elemeket is tartalmazó kötelmi jogviszonynak tekinti [61], melyet nehéz beleilleszteni a polgári jog szabályozási rendszerébe. A polgári jog rendszerint megpróbálja a feleket egyenrangú pozícióba hozni, melytől a gyakorlat nyilvánvalóan eltér, mivel az egészségügyi jogviszony alanyainak helyzete nagyon különböző (az orvos és a beteg kapcsolatában a két fél pozíciója nem egyenértékű, például az orvos tudástöbblettel rendelkezik, a beteg kiszolgáltatott, csak a beteg halhat meg a műtét során, stb.). A rendszerváltás után, a jogállamiság elején járó Magyarországon a betegek nagy része nincs tisztában az őket megillető jogokkal, de az rájuk háruló kötelezettségekkel sem.

A tájékozott beleegyezésnek az egyetemi képzésben és a szakirodalomban történő egyre komolyabb reprezentációja ellenére az orvos-társadalom tagjai sem ismerik készség szintjén a betegek ellátásával kapcsolatos, a jogszabályokban tételesen szereplő köteleességeiket és jogaikat, ami miatt sérülhetnek a betegek érdekei, és ami legalább ilyen fontos, szakmailag megfelelő gyógyító tevékenységük jogi szempontból támadhatóvá válhat.

A tájékozott beleegyezés kiemelkedő jelentőségű kérdés a betegjogok között. Giesen a helytelen orvosi gyakorlatot és a beteg tájékoztatása valamint beleegyezése

nélküli beavatkozást az orvosi felelősség két alappilléreinek tekinti [62]. A kártérítési pereket egyre nagyobb számban ennek a jognak a megsértésére hivatkozva indítják (ez a tendencia hazánkban is érvényesül). Ezek az eljárások sok elemükben eltérnek a hagyományos „műhiba” (az orvos szakmai szabályszegésére alapított) perekétől. Ezért fontos a gyakorló orvos számára a tájékozott beleegyezés jogi és etikai vonatkozásainak ismerete.

5.1.1. A tájékozott beleegyezés Magyarországon

A tájékozott beleegyezés mára kikristályosodott követelményeit világszerte a jog (azon belül is a törvénykezési gyakorlat) és a bioetika egymásra hatása hozta létre. A jog által sugallt esemény modellel szemben ahol a tájékozott beleegyezés egy egyszeri aktus, melyet követően a beteg aláírja a formanyomtatványt, a bioetika ma egyre inkább a folyamat modell mellett száll síkra. Ebben a tájékozott beleegyezés az orvos és a beteg egyezkedése, mely alternatívákat kutató beszélgetés, s nem egy egyoldalú informálás az orvos részéről.

A bíróságok abból indultak ki, hogy az orvosi beavatkozás önmagában jogellenes és csak a beteg (tájékozott) beleegyezése szünteti meg a jogellenességet. Lényegében ezt mondja ki hatályos Polgári Törvénykönyvünk is a személyhez fűződő jogokkal kapcsolatban (ahová az orvos által megsérthető jogok is tartoznak) a 75. §-ának (3) bekezdésében.

A tájékozott beleegyezés elemeiként hagyományosan a következőket nevezik meg: információközlés, döntéshozatali képesség, megértés, önkéntesség, döntéshozatal, melyek kölcsönösen feltételezik egymást. [63].

A jogszerű tájékozott beleegyezésnek bizonyos, a jogban meghatározott formai feltételi vannak, ezért ezekkel az alaki kötöttségekkel a bioetikai irodalom kevesebbet foglalkozik. Hazánkban minden invazív beavatkozás elvégzéséhez a beteg írásbeli hozzájárulása szükséges a hatályos jogszabályok szerint. Nemcsak a beleegyezésről, hanem a tájékoztatásról is fontos írásos dokumentum készítése, mivel a bírósági gyakorlat szerint az aláírt beleegyezés nem bizonyítja a tájékoztatást (pl.: a Magyar Köztársaság Legfelsőbb Bíróságának Pfv.III.22.083/1998/5-ös számú ítélete) [64].

A betegek jogait és ezen belül a tájékozott beleegyezést ma Magyarországon orvosi oldalról a Magyar Orvosi Kamra Etikai Kollégiumának IV. számú állásfoglalása a

beteg tájékoztatásáról [65], illetve jogi oldalról az 1997. évi CLIV. törvény szabályozza.

A tájékozott beleegyezés megvalósulásának legnagyobb problémája annak eldöntése, hogy konkrétan mely információk közlésével teljesül az orvosnak az a kötelessége, hogy a döntéséhez szükséges minden felvilágosítást megadott a páciensének. Másik gyakori probléma az, hogy az átadott információ teljességének és érthetőségének követelménye sokszor ellentétben áll egymással, illetve az átadott információknak jelentős félelmet keltő hatása van.

A jogszabályok alapján közölni kell a beteggel:

- Jogosult annak eldöntésére, hogy aláveti-e magát bármilyen beavatkozásnak;
- Mi a tervezett beavatkozás természete és célja. Terápiás beavatkozásoknál a beteg tudtára kell adni, milyen fokú gyógyulás érhető el, diagnosztikus eljárásoknál közlendő, hogy ezek eredménye mennyire megbízható;
- A beavatkozást végzők nevét, beosztását;
- Az állapotának orvosi megítélését, betegsége diagnózisát, annak kezelés nélküli prognózisát;
- A tervezett beavatkozás hátrányos következményeit. Ezek lehetnek átmeneti jellegűek (spinális érzéstelenítés utáni átmeneti fejfájás), szükségszerűek (amputálás) vagy esetlegesek (ezek az ismert kockázatok, lehetséges szövődmények, veszélyek) [66]. Az esetleges következményeknél a bekövetkezés valószínűségére is ki kell térni. Az irodalom alapján kiemelhető, hogy nem a kockázat nagysága a döntő, hanem az hogy mekkora a fenyegető kár, s az szerepet játszhat-e a beteg döntésében. Az aspecifikus kockázat (pl. felrobbanhat a műtőben az oxigénpalack, ledobhatja a beteget a műtősfű a hordágyról, stb.) ismertetésétől el lehet tekinteni, de a beavatkozás specifikus, inherens kockázatait általánosságban is közölni kell.
- Az alternatív beavatkozás lehetőségét annak előnyeivel és hátrányaival együtt;
- Az állapotnak megfelelő életmódi javaslatokat [67];
- Az utókezelés és kontrollvizsgálatok esetleges szükségességét;
- Közölni kell a beteggel, hogy joga van lemondani a tájékoztatásról és más személyt megnevezni, akit helyette tájékoztatni kell. Ezt a lemondását bármikor visszavonhatja [66];

- Joga van az alább felsoroltakkal kapcsolatban kérdést feltenni, amit az orvosnak legjobb tudása szerint meg kell válaszolnia.

5.1.2 Amikor a beleegyezéstől el lehet tekinteni

Természetesen vannak olyan helyzetek is, mikor a betegek beleegyezése szükségtelenné válik, de ekkor is meg kell kapniuk a megfelelő tájékoztatást. Ezekben az esetekben a beleegyezéshez való jog versenyez más fontos érdekekkel. A gyakorlatban ilyenek:

1. Közegészségügyi okok (például egyes fertőző betegek esetén), amikor a társadalmi érdek megköveteli ezen betegek elkülönítését, kezelését akár akaratuk ellenére is.
2. Sürgős esetekben a beteg beleegyezése vélelmezhető (feltételezett beleegyezés), ha a beteg életveszélyben van vagy a sürgős beavatkozással az életveszély megelőzhető. Ide tartozik a műtét kiterjesztésének esete is, mely csak akkor jogszerű, ha az orvos nem látta ennek lehetőségét előre, és a beteg érdekében feltétlenül szükséges a kiterjesztést elvégezni.
3. Ha a beteg lemondott a felvilágosításról, de ebben az esetben tudatosítani kell benne, hogy saját fontos jogáról mond le, és hogy ezt a döntését bármikor visszavonhatja, vagy megjelölhet olyan személyt, akit helyette tájékoztatni kell.
4. Az egyik legvitatottabb eset a terápiás privilégium, amikor az orvos a beteg érdekében titkol el bizonyos információkat, mert így a beteg nem hozhat tájékozott beleegyezést.
5. Végül ide sorolják még a cselekvőképtelenség állapotát is [68].

5.1.3 A tájékoztatott beleegyezéssel kapcsolatos kártérítési perek általános jellemzői

A tájékoztatás elmaradása következtében a betegek általában polgári eljárást indítanak, amelyben az ellenük elkövetett jogsértés miatt bekövetkezett kár megtérítését követelik.

A kártérítési perek során a felperesnek kell bizonyítania a károkozás tényét, a kár bekövetkezése és az alperes tevékenysége közötti okozati összefüggést, a kár nagyságát (összegét) és a károkozás jogellenességét. Az alperest terheli a bizonyítási kötelezettség a tekintetben, hogy úgy járt el, ahogy tőle az, az adott helyzetben elvárható. Ez alapján az orvos szakmai szabálysértésére alapított eljárásokban a betegnek kell bizonyítania minden lényeges elemet, viszont a tájékoztatás hiányára alapított perben a tájékoztatás

megtörténtét az alperesnek (orvos, kórház) kell bizonyítania, mert a legtöbb országban az orvosi beavatkozás tájékozott beleegyezés nélkül jogellenes. A megfelelő tájékoztatást (azt, hogy az orvos úgy járt el, ahogy tőle elvárható) az arra hivatkozónak, tehát az alperesnek kell bizonyítania, mely ma már a magyar Legfelsőbb Bíróság álláspontja is [69]. Ezért a beteg helyzete sokkal kedvezőbb ezekben a perekben, mint a többi „műhiba perben”. Ezért is nevezik eljárásjogi csodafegyvernek azt, hogy a beteg abban az esetben, ha az orvos szakmai szabálysértését, mulasztását bizonyítania nem tudja, inkább tájékoztatási pert indít helyette a kedvezőbb bizonyítási helyzet miatt. Speciális hogy a felvilágosítást érintő kérdések megítélését a bíróságok nem tekintik szakkérdésnek, ezért döntésüket sokszor szakértő bevonása nélkül hozzák meg [70].

5.1.4 Az orvosi beavatkozás büntetőjogi legitimációja : a tájékozott beleegyezés

Hazai büntetőjogunkban általánosan elfogadott az a vélemény, hogy az orvosi beavatkozás minden esetben tényállásszerűséget valósít meg. Az invazív gyógyító eljárások büntetendőségének kizárása így a jogellenesség szintjén történhet meg, amire különböző felfogásokat találunk. Dezső László írt arról, hogy az orvosi beavatkozásnál – a dolog természeténél fogva – hiányzik a cselekmény társadalomra való veszélyessége [28]. Napjainkban Földvári József képviseli a leghatározottabban, hogy az orvos diszpozíciószerű tevékenységének a jogellenességét a hivatásbeli kötelesség teljesítése, illetve gyakorlása zárja ki [71]. Belovics Ervin a hivatásbeli jogok gyakorlását, illetve a kötelezettségek teljesítését már a jogszabály engedélye alá vonja, tekintettel arra, hogy azokat az eseteket, amikor a beteg beleegyezésére nincsen szükség, az Eütv. taxatív szabályozza [45]. Ezt a tendenciát folytatja az új Btk. tervezete az engedély kategóriájának mint önálló jogellenességet kizáró oknak tervezett törvénybe iktatásával. Nagyon fontos kihangsúlyozni, hogy napjainkban az orvos hivatásbeli jogait nem ismerhetjük el jogellenességet kizáró oknak, így az orvosi beavatkozás kizárólag a páciens autonómiája (tájékozott beleegyezése) által legitimálható. A tájékozott beleegyezés tanának kibontásánál ismét utalnunk kell Albin Eser legújabb módszertani álláspontjára is, mely szerint a korszerű felfogás az orvosi tevékenység jogi vizsgálatánál nem elégedhet meg a hagyományos jogágak szűk kereteibe szorított *szektorális* szemléletével [72]. Az egészségügy bonyolult életviszonyait a legteljesebben egy most formálódó új diszciplína, az *integrált orvosi jog* írhatná le, amely dogmatikájában egyesítené a büntetőjogi, polgári jogi, közjogi szabályrendszert. A

tájékozott beleegyezés szükségszerűsége alól kivételt képez az a szűk kör, amikor az egészségügyi jogszabályok (elsősorban népegészségügyi okból) felhatalmazzák az orvost a beavatkozás elvégzésére. Mindez megfelel a hazánkban a 2002. évi VI. törvénnyel hatályba léptetett Biomedicina Egyezmény 5. cikkének: *„Egészségügyi beavatkozás csak azután hajtható végre, ha abba az érintett személy szabadon és tájékozottságon alapuló beleegyezését adta. Ennek a személynek előzetesen megfelelő tájékoztatást kell kapnia a beavatkozás céljáról és természetéről, valamint következményeiről és kockázatairól. Az érintet személy beleegyezését bármikor szabadon visszavonhatja.”*

Az Eütv. 129. §-ában szabályozott jog valójában nem kezelési jog, hanem a terápiás szabadság elvének a megfogalmazása, de a kiválasztott kezelést kizárólag akkor alkalmazhat az orvos, ha a beteg a törvény szabályai szerint beleegyezik [Eütv. 129. § (2) bekezdés a) pont]. Ettől csak akkor lehet eltekinteni – pontosan a beteg autonómiájának hiánya miatt vagy a közérdekre hivatkozva –, ha az egészségügyi jogszabályok felhatalmazzák az orvost a (kényszer) gyógykezelésre. A megfelelő tájékoztatás az orvosi beavatkozásnál a beteg (sértett) joghatályos beleegyezésének elengedhetetlen feltétele. A kontinentális jogrendszerekben a tájékoztatási kötelezettséggel szemben támasztott követelmények alapvetően a polgári ítélkezési gyakorlatban alakultak ki, de a büntetendőség kizárásához természetesen „kevesebbet” kell teljesíteni, mint a kártérítési felelősség elkerüléséhez. A tájékoztatás pontos tartalmát és terjedelmét illetően változatlanul erősen megoszlanak a vélemények. A tartalom megítélésénél konszenzus látszik kialakulni abban, hogy az ún. alap tájékoztatásra szinte minden esetben szükség van, vagyis a beteget fel kell világosítani a beavatkozás jellegéről, jelentőségéről, tipikus következményeiről, mindarról, ami alapján dönthet, hogy alá kívánja-e magát vetni az adott kezelésnek. A jogirodalom azonban ennél többet, az ún. „kiterjesztett alap tájékoztatást” ajánlja, amely az alkalmazott diagnosztikai és terápiás módszerek részletes ismertetésére, valamint a statisztikailag valószínű mellékhatások mellett a legsúlyosabb atipikus kockázatokra is kiterjed. A tájékoztatás terjedelme mindig a konkrét ügyhöz igazítandó, a legfontosabb tényező az adott beavatkozás invazivitása. Minél jelentősebb mértékben sérti a diagnosztikus-terápiás módszer a beteg testi épségét, annál részletesebben kell tájékoztatni a várható következményekről. Ezért az uralkodó jogirodalmi vélemény

értelmében kisebb jelentőségű, rutinszerű eljárásoknál (például vérvétel) a tájékoztatás szükségtelen, így annak elmaradása nem alapozza meg a büntetendőséget. A tájékoztatás „személyre szabott”, melynek során figyelembe kell venni a beteg képzettségét, intelligenciáját, korábbi ismereteit betegségéről. A tájékoztatási kötelezettség nem delegálható az egészségügyi segédszemélyzetre (szakápoló, asszisztens stb.), a szerzők többsége pedig kifejezetten csak a beavatkozást végző orvost akceptálja, már csak azért is, mert nem megfelelő felvilágosítás esetén büntetőjogi szempontból ő minősülne a testi sértés tettesének. Minél erőteljesebben invazív eljárásról van szó, a tájékoztatást annál korábban kell megejteni, kisebb jelentőségű műtétnél (például egy szemölcs eltávolítása) azonban elegendő röviddel a beavatkozás előtt. Az alakszerűséget illetően a jogirodalom nem követeli meg az írásbeli formát, a formai szabályok ugyanis elsősorban bizonyítási érdekeket szolgálnak, és nem büntetőjogi felelősséget állapítanak meg. Ajánlott viszont a „többlepcsős tájékoztatás”, amely formanyomtatványokat és szükség esetén személyes beszélgetést jelent. A tájékoztatás címzettje alapesetben természetesen maga a páciens, de ha „beleegyezési képessége” időlegesen vagy állandó jelleggel hiányzik, és ezért nem tud felelős döntést hozni, úgy a polgári jog szerinti törvényes vagy ügyleti képviselőjét kell felvilágosítani. A bonyolult tájékoztatási dogmatika kritikájaként említik, hogy az orvosi gyakorlatban a fenti követelményrendszer teljesítése bonyolultsága miatt gyakran lehetetlen. További nehézséget okoz, hogy az orvos és a beteg közötti információs szakadék a medicina fejlődésével egyre inkább áthidalhatatlanná válik, amit még a lelkiismeretes felvilágosítás sem küzdhet le. A beteg kénytelen ráhagyatkozni orvosra tudására, egyre kevésbé tudja, pontosan milyen kockázatot vállal a beleegyezéssel. A gyógyítók pedig – a másik oldalon – az esetleges jogi következményektől tartva, igyekeznek minél szélesebb körű tájékoztatással „elárasztani” a gyógyulni vágyókat, ami már nem feltétlenül segíti a páciensek döntését.

A magyar egészségügyi törvény részletes követelményrendszert ad a tájékoztatás tartalmáról. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium 2003-ban kibocsátotta a Kórházi Ellátási Kézikönyvet. Ennek Betegjogok, tájékoztatás és oktatás című fejezete sorolja fel a tájékoztatási kötelezettség részletszabályait. Németh ebből azt a következtetést vonja le, hogy az így keletkezett „*soft law*” megsértése adott

esetben – foglalkozási szabályként – a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Btk.171. §) elkövetési magatartásába illeszthető. [73]

Hazánkban polgári jogi szempontból Dósa dolgozta fel monografikus igényességgel a tájékoztatás dogmatikáját [74]. Álláspontja szerint a tájékoztatáshoz való jogkérdésében az európai bíróságok a *common law* esetjogához fogható kazuisztikát hoztak létre.

5.1.5 A tájékozott beleegyezés kritikája, orvosi megítélése

A tájékozott beleegyezés követelményére főleg az orvostársadalom tekint elítélően. Alkalmazása ellen a következők a fontosabb érvek:

1. A beleegyezés nem lehet kellően informált: felmérések bizonyítják, hogy a betegek az orvosok által közölt információknak csak egy kis részét tudják visszaidézni [75], és azt is, hogy ha az emberek betegek, rosszabb döntéshozónak minősülnek [76]. Ezen érvek ellen felhozható, hogy azért, mert a betegek rosszul döntenek, nem jelenti azt, hogy az orvosok jobb döntéshozók lennének. Nekik is ugyanúgy problémát jelent például a valószínűségi adatok értelmezése [77], valamint ők sem rendelkeznek minden információval, mivel nem ismerik a beteg értékrendjét, személyiségét megfelelően.

2. A betegek nem akarnak részt venni a döntési folyamatban: ebben a kérdésben is több felmérést lehet idézni. Egyikük szerint a magas vérnyomásban szenvedő férfi betegeknek csak az 53 százaléka akart részt venni a kezeléssel kapcsolatos döntési folyamatban [78]. Egy másik kimutatta, hogy minél betegbb valaki, annál kevésbé érdeklik őt a betegségével kapcsolatos információk, és annál inkább azt akarja, hogy a terápiás döntést az orvosa hozza meg [79], bár ezzel kapcsolatban vannak ellenérvek is. Kimutatták, hogy annak az esélye hogy valamely orvos eltalálja azt, hogy a beteg milyen mély felvilágosítást szeretne, és mennyire igényli a részvételt a döntéshozatalban nem több 50 százaléknál [80]. Ráadásul a legtöbb esetben az, hogy a beteg az orvosra bízta a döntést, nem jelenti azt, hogy nem szeretne minél részletesebb tájékoztatást kapni.

3. Túl sok időt vesz igénybe: ezt az érvet majdnem mindenki elfogadja. Ezért törekedni kell arra, hogy a beteg a tájékoztatás egy részéhez önállóan is hozzájusson. Az Egyesült Államokban például a betegek sokszor DVD felvételen kapnak információkat a beavatkozásról [81], de egy írásbeli tájékoztató elolvasása után is lehetőség van arra, hogy amikor a beteg az orvostól szóban is megkapja az egyénre szabott tájékoztatást, már főleg a beteg kérdéseire fókuszáljanak.

4. Ide sorolható még a terápiás privilégium igénye is az orvosok részéről.

Az orvosi hozzáállást jól tükrözi az a tanulmány, amit 1999-ben közöltek [82]. Ennek során 1057 orvos-beteg találkozást vettek hangszalagra, amelyek során 3552 klinikai döntés született. Ezeknek mindössze kilenc százalékáról mondható el, hogy megfeleltek a tájékozott beleegyezés kritériumainak. Az orvos ugyan a beteg hozzájárulása előtt a beszélgetések 71 százalékában ismertette a javasolt beavatkozás természetét, de már csak 11,3 százalékában szólt a lehetséges alternatívákról, 5,8 százalékban a várható előnyökről és szövődményekről. A megbeszélések 21 százalékában tértek ki a beteg kívánságaira, 5,9 százalékában a döntés során betöltött szerepére és mindössze 1,5 százalékában arra, hogy a beteg a közölt információkat megértette.

5.2 Az aneszteziológiai beleegyző nyilatkozatok hazai vizsgálatának megbeszélése

Az elmúlt évtizedben a tájékozott beleegyezés bizonyos kérdéseiben heves vita alakult ki a nemzetközi irodalomban. A legvitatottabb területek a tájékoztatás elkülönült vagy együttes formája, a tájékoztatás mélysége és egyéniesítése, a várható kockázatok közlése voltak. A különböző nézetek legfőbb oka az eltérő kulturális és jogfejlődésben keresendő, ezért inkább „nemzeti tájékozott beleegyezésről” beszélhetünk, annak ellenére, hogy a modern bioetikai elvek mindenhol szinte egyformák.

Több szerző [83] kutatása során azt találta, hogy a tájékozott beleegyezés nem felel meg céljának, mert nem védi az egyéni autonómiát. Ennek oka kulturális, szociális, gazdasági és a nemek közötti eltéréseken alapul, és megnyilvánul az egyedi véleményalkotásban is. Nagyon nehéz kezelőorvosként az önkéntesség, valamint a döntési képesség mértékének megítélése, mert ehhez általában nem rendelkezünk elég információval a betegekről.

Kiemelkedő probléma az is, hogy a hazai tapasztalatokkal párhuzamosan több kutatás szerint sokan úgy is aláírják a formanyomtatványt, hogy azt el sem olvassák, így rábízzák magukat a kezelőorvos döntésére [84]. Az információ átadása a beavatkozásról a tájékozott beleegyezés legsérülékenyebb pontja, de nélküle nem hozható megfelelő döntés a beteg részéről.

Hazánkban a sebészeti (manuális) beavatkozástól elkülönült aneszteziológiai beleegyező nyilatkozat még nem mindenhol terjedt el, noha az ilyen írásos elkülönített aneszteziológiai beleegyezést ajánlja a legtöbb aneszteziológiai szervezet világszerte [85, 86]. Ugyanakkor érdemes azt kiemelni, hogy vannak olyan szerzők is, akik vitatják az elkülönített beleegyezés létjogosultságát, mert jobbnak tartják, ha az adott beavatkozást végző operatőr és az érzéstelenítést végző altatóorvos együttesen, és egymást feltételezve végzi a tájékoztatást és a beleegyezés megszerzését [87]. Figyelemre méltó még, hogy habár a szóbeli, egyéniesített tájékoztatás, a kérdések feltevésének biztosítása az egészségügyi szolgáltató törvényi kötelessége ennek biztosítása és bizonyítása nem minden nyilatkozatban szerepel.

A valódi tájékozott beleegyezés megszerzése igen időigényes és fárasztó, különösen egy túlhajtott egészségügyi rendszerben. Az orvosok sok esetben inkább azt választják, hogy a jogszabályoknak formailag megfelelő, de tartalmilag nem teljes felvilágosítást adnak.

A hazai aneszteziológiai beleegyező nyilatkozatok tartalma nagyrészt meglehetősen szűkre szabott, mert egy-két oldalon nem lehet a szükséges mértékben tájékoztatni a beteget. Csekély részük ismerteti az eljárásokat, azok alternatíváit, és felmérésünk szerint körülbelül negyedük tér ki a lehetséges szövődményekre. Ez figyelembe véve azt a tény, hogy ezen elemeknek milyen fontos szerepe lehet egy esetleges peres eljárás alkalmával, elkésztően kis arány. A konkrétan megemlített kockázatok között is szegényes a különbségtétel, gyakran összefolynak a súlyos és a kevésbé súlyos, a gyakori és a ritkább szövődmények.

Sok klinikai vizsgálatot végeztek abban a témakörben, hogy a betegek mit akarnak tudni az érzéstelenítésükkel kapcsolatban. A válaszok azonban igen szerteágazóak voltak, egyesek csak egy egyszerű ismertetésre vágytak, míg mások kimerítő oktatást szerettek volna a beavatkozásról és szövődményeiről [88, 89]. Mindenesetre általánosságban kiemelhető, hogy egy előre elkészített rövid tájékoztató az anesztéziáról - a beavatkozás előtt átadva - növelheti a betegek és hozzátartozóik ismeretanyagát és csökkenheti szorongásukat is.

A felmérésünk szerint a beavatkozás előtti és utáni időszakról is csak a nyomtatványok kisebbik fele szól, pedig ezek írásbeli rögzítése nagyon fontos, mert ezeknek az információknak minden esetben garantáltan el kell jutniuk a beteghez. A

beleegyezéshez kapcsolódó jogokat csak a nyilatkozatok elenyésző hányada említi (azok sem teljes mértékben), ráadásul ezeket a jogokat sokszor az egészségügyi személyzet sem ismeri kimerítően, mivel jórészt a jogalkotás által generáltak. Ebből a megfontolásból mindenképpen jó lenne ezeket a beteggel írásban (is) közölni. Kedvező változásnak tekintettük az orvosi tájékoztatásban azt, hogy a nyilatkozatok kétharmada megemlíti a műtét kiterjesztésének eshetőségét, és külön beleegyezést kér az esetleges transfúzióhoz is.

A különböző alternatív aneszteziológiai módszerek ismertetése, illetve a páciensek választása közöttük is jelentősen korlátozott lehet, amennyiben az orvosok fontos információkat nem adnak át a konzultáció során. A betegek autonómiája így könnyen sérülhet, a beleegyezés formálissá válhat. Az irodalmi adatok alapján ez a helyzet nemcsak hazánkat jellemzi, hanem világszerte elterjedt, melynek okai szerteágazóak. A megfelelő önrendelkezés feltétele a korrekt tájékoztatás a különböző aneszteziológiai alternatívákról. Természetesen a beteg önrendelkezése, választási lehetőségei sérülhetnek egészségügyi alkalmasságának hiánya miatt, de ez a korlátozás nem lehet önkényes, megfelelő objektív adatokon kell alapulnia. Egy másik vizsgálatunkban kimutattuk, hogy míg az egészséges vagy enyhe egészségkárosodással rendelkező betegcsoportokban (ASA I.-II.) a betegek választási szabadsága szinte teljes, az egészségi állapot romlásával párhuzamosan a betegek választási lehetőségei egyre szűkülnek [90], így az egészségi állapot a beteg autonómia objektív határa lehet. Fontosnak tartom annak kiemelését is, hogy adott diagnosztikus vagy terápiás beavatkozáshoz alkalmazott aneszteziológiai módszerek jelentős földrajzi különbségeket mutatnak, illetve némely esetben a szedációt nemcsak aneszteziológus orvos, illetve nővér is alkalmazza[91].

5.3 A kezeléskorlátozás helyzete a hazai intenzív osztályokon

Míg a fejlett nyugati demokráciákban a betegek önrendelkezésének széles teret adnak, és már az önkéntes aktív eutanázia, valamint az orvos által asszisztált öngyilkosság legalizálásáról beszélnek, addig hazánkban jelentős lemaradás tapasztalható az életvégi döntések kérdésében. Ez tükröződik a társadalom és a társadalmi szervezetek csökkent aktivitásában, az orvostársadalom tartózkodásában,

illetve a jogalkotás konzervativizmusában is. Az egészségügyi törvény az önrendelkezést jelentősen korlátozza, mivel hazánkban csak az önkéntes, cselekvőképes beteg akaratnyilatkozatán alapuló, írásban rögzített, majd tanúk előtt megismételt kezelésről való lemondás törvényes az életmentő vagy életfenntartó kezelések vonatkozásában, csakis akkor, ha a beteg rövid időn belül, orvosi kezelés ellenére is halálhoz vezető, gyógyíthatatlan betegségben szenved.

Ugyanakkor mivel anyagi lehetőségeink messze elmaradnak a legfejlettebb államok lehetőségeitől, az a félelem kísért, hogy az intenzív osztályon végzett kezeléskorlátozás az életvégi szenvedéscsillapítást és a palliatív terápiát nem kiegészítené, hanem helyettesítené.

Kutatásunk alapján igazoltuk azon feltevésünket, hogy az orvosi gyakorlat a betegek önrendelkezését kevésbé veszi figyelembe, ezért kétséges és formális az emberi élet és méltóság védelme az intenzív osztályokon. Adataink alapján kiderült, hogy az intenzív orvosi munkát a betegek felvétele és a kezelés korlátozása kapcsán a szakmai szempontokon túl külső tényezők is jelentősen befolyásolják, leginkább a szabad ágyak száma döntő, hasonlóan más irodalmi forrásokban szereplő adatokhoz.

Kutatásunk adataiból az is jól látszik, hogy az életvégi döntések viszonylag gyakoriak az intenzív osztályokon (a betegek 3-9 %-t érintik) Magyarországon is [92], bár a külföldi adatok szerint a betegek valamivel nagyobb aránya részesül valamilyen kezeléskorlátozásban. Jelentős különbség ugyanakkor, hogy ezeket a döntéseket gyakran nem a beteggel vagy hozzátartozójával egyetértésben hozzák meg a kezelőorvosok hanem egyedül döntenek a kérdésben, és a döntés meghozatalában a legfontosabb tényező a beteg állapota és életkilátásai. Amikor egy kórházi osztályon eldöntik a kezelés-korlátozást, a kezelést nem egyszerre állítják le, hanem csak egy bizonyos szervpótló kezelést függesztenek fel (részleges korlátozás), amely így lassabban, több szenvedéssel, és drágábban vezet el a beteg életének befejezéséhez.

Érdekes hogy annak ellenére, hogy az életvégi döntések kérdése foglalkoztatja a társadalmat, ritkán kerül elő a kommunikációban, hiszen az orvosoknak csak 19 % nyilatkozta azt, hogy érkezett hozzá kérés kezeléskorlátozásra.

Miért alakult ki ez a helyzet hazánkban? Véleményünk szerint ez több okra vezethető vissza. Egyik a korábban hatályos egészségügyi törvény kedvezőtlen, paternalista szemléletmódja, mely még hosszan fejti ki hatását. A jelenleg hatályos

egészségügyi törvény, mely a betegjogokat széles kiterjesztette alig több, mint egy évtizede van hatályban. Másrészt a jogalkotók még ebben a törvényben is nagyon szűkre szabták az önkéntes kezeléssel való lemondás lehetőségét az életmentő vagy életfenntartó kezelések kérdésében, valamint nem tartalmaz a jogszabály egy szót sem az orvosi értelemben vett hasztalanságról és kezeléskorlátozásról sem.

A nem támogató bírósági és jogszabályi környezet pedig arra ösztönzi az orvosokat, hogy saját hatáskörben kezeljék a problémákat, mely a paternalizmus melegágya. Ebből következik, hogy nem tájékoztatják betegeiket megfelelően [57], nem megfelelően veszik figyelembe a páciens vagy a közeli hozzátartozó véleményét, és gyakran a saját szempontjaik alapján döntenek más élete felett. Fontos lenne ezért megfelelő ajánlások kidolgozása a kezeléskorlátozásra, valamint a hasztalanság egyértelmű törvényi megfogalmazása, hogy a kezelőorvosnak ne kelljen félnie a dokumentálás során beteg elkerülhetetlen halála utáni retorzióktól. A tényeknek megfelelő kommunikáció és dokumentálás nagyon fontos előnye az is, hogy a hozzátartozók egyéni felelősségvállalásuk segítségével választhatnának más kezelési alternatívát is ilyen helyzetekben (más intézményt, hospice-t, külön kórterem az elbúcsúzáshoz). Hasonlóképpen jelentőségteljes lépés a beteg önrendelkezésének lehetővé tétele oly módon, hogy az a gyakorlatban is érvényesülni tudjon. Mindezek szempontjából komoly előrelépést jelenthet, hogy kutatásaink felhasználásával az Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégiuma 2007-ben szakmai ajánlást adott ki az életmentő és életfenntartó kezelésekkal kapcsolatban, egyben törvénymódosítási javaslatot kezdeményezett az előzetes rendelkezések eljárási módjának egyszerűsítésére a betegek önrendelkezésének érvényesülése érdekében. [93].

5.4 Az életvégi döntések nemzetközi irodalma

Jean-Louis Vincent, mint a téma avatott szerzője egyik cikkében megállapítja, hogy az intenzív osztályok tele lehetnének a gyógyulás reménye nélküli emberekkel az életvégi döntések meghozatala nélkül, így a kezeléskorlátozást szükségszerűnek tartja az intenzív osztályokon. [56] Annak ellenére, hogy etikailag nincs jelentős különbség a kezelés meg nem kezdése és visszavonása között, mégis a kezelés visszavonása mellett száll síkra. Nézete szerint nagyobb biztonsággal eldönthető, hogy a beteg reagál-e az

adott kezelésre, és így szerveletlensége megszüntethető-e, ha adunk neki egy esélyt, és megkezdjük a kezelést. Saját adatai szerint az intézetében történt és kutatásában feldolgozott 109 haláleset közül 50-ben végeztek kezeléskorlátozást, 4-ben nem kezdték meg, míg 46 esetben vonták meg a hasztalan kezelést. [56]

Vincent professzor egy másik cikkében az életvégi döntések kulturális különbségeiről értekezik. Idézi Prendergast adatait, mely szerint az életvégi döntések gyakorisága jelentősen megnőtt, míg 1987-88-ban a halálesetek 51%-ában végeztek valamilyen kezeléskorlátozást, további öt év alatt ezek gyakorisága közel 90% lett. Más szerzők adatai szerint az intenzív osztályon történt halálesetek Belgiumban 65%, Kanadában 70%, Izraelben 9%-ában történt kezeléskorlátozás. Hivatkozik az ESICM által végzett felmérésre, mely adatai szerint a válaszadók 93%-a végzett már kezelés meg nem kezdést, de csak 77% végzett kezelés visszavonást saját gyakorlatában. A felmérés adatai szerint a válaszoló orvosok 40%-a ad nagy adag szedatívumot vagy opiátot a halál siettetésének reményében. Ugyanígy jelentős földrajzi különbségeket talál a mesterséges táplálás megszüntetésének kérdésében, a család bevonásában az életvégi döntésekbe, az egyedüli vagy kollektív döntéshozatalban [94].

Bosshard „A role for doctors in assisted dying?” című cikkében a belga, a holland, a svájci, a német, az angol és a norvég intenzív osztályos kezeléskorlátozási gyakorlatot tekinti át, az „assisted dying” fogalma alatt értve az önrendelkezésen alapuló eutanáziát és az orvos segítségével végrehajtott öngyilkosságot. Cikkében megállapítja, nemcsak a jogi szabályozásban vannak jelentős különbségek a fenti országok között, hanem az orvos etikai hozzáállás sem egyforma. Míg törvényes orvosi segítséget kaphatnak a betegek Hollandiában és Belgiumban az önkéntes aktív eutanáziához 2002 óta, Svájcban és Németországban pedig az orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság eltűrt, (bár az orvosi kamara ezt nem támogatja), addig mindkettő a büntetőjog által tiltott tevékenységnek minősül Norvégiában és Angliában. Különbség van a végrehajtó személyére vonatkozóan is, mert míg a holland és a belga eutanázia törvény kizárólag az orvos általi végrehajtást ismeri el jogszerűnek, a német vagy svájci szabályozás az öngyilkosságban való segítségnyújtást nem tartja orvosi privilégiumnak. [95]

Az Egyesült Államokban a hetvenes évektől napjainkig végbement változásokat elemzi John M. Luce „A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive

care units in the United States” című összefoglaló cikkében [96] Egy kitalált eset leírásával demonstrálja a kezelő orvos és a család egyet nem értését a terápia haszталanságáról, mely a bírósági tárgyalóteremig folytatódik. Az esetbemutató után elemzi a dolgozatomban is szereplő jogfejlődést, elsősorban a Quinlan és Cruzan ügy kapcsán. A beteg autonómia fejlődése során az USA-ban a megosztott döntéshozatali modell terjedt el (kezelőorvos és hozzátartozók közös döntéshozatala) a 90-es évektől, mely azonban nem adott választ minden kérdésre. A haszталanság fogalmának átalakulása kapcsán megállapítja, hogy bár nagy érdeklődés követte a túlélést előrejelző pontrendszerek működését az APACHE II. rendszer 1985-ös bevezetését követően, a pontrendszerek prediktív értéke mind pozitív mind negatív irányban elmaradtak a várakozásoktól. Ez azzal a kellemetlen következménnyel járt, hogy az orvosi kezelés haszталanságának fogalma nem lett népszerű az Egyesült Államokban, mivel a túlélés előzetes megbecsülése nem bizonyult kellően pontosnak. 1991-ben a Bioethics Task Force of American Thoracic Society megállapította, hogy „az életmentő kezeléseket bizonyos esetekben vissza lehet vonni a betegtől a beteg vagy hozzátartozók beleegyezése nélkül is”[97]. 1997-ben ugyanez a grémium bevezette a „marginálisan hasznos intenzív kezelés” fogalmát azokra az esetekre, amikor a kezelés költsége túl nagyknak bizonyult az elérhető javulásához képest [98].

Érdekes kísérletek történtek a 90-es években a döntéshozatali mechanizmusban jelentkező problémák kiküszöbölésére. Ilyen „policy” volt a San Francisco Bay Area Network of Ethics Committees (BANEC) 1999-ben leírt eljárási módja, mellyel a döntéshozatal szubjektivitását és a hozzátartozók ellenállását próbálták megcsökkenteni. Protokolljuk szerint amennyiben a kezelőorvos megállapította, hogy betege további kezelésének már nincs jótékony hatása, és ezzel a beteg családja nem értett egyet először egy másik orvos véleményét szerezték be. Amennyiben az eset megítélésében a két orvos véleménye egyezett tovább egyeztettek a beteg családjával, igyekezve őket meggyőzni a kezelés haszталanságáról. Ha ez ebben a második fordulóban nem sikerült, akkor a kezelőorvos a kórház etikai bizottságához fordulhatott. Ha az etikai bizottság véleménye nem egyezett a kezelőorvossal, úgy a beteg kezelését vagy egy másik orvos, vagy egy másik intézet vette át. Ha az etikai bizottság egyetértett a kezelőorvossal, akkor erről értesítették a családot, amely vagy bírósághoz fordulhatott a kezelés folytatásának megállapítása miatt, vagy a beteget egy másik intézménybe

vihette. Amennyiben beteg átirányításáról nem született megegyezés valamely más intézettel belátható időn belül, a betegnél a kezeléskorlátozást etikusnak tekintették.

Természetesen az ismertetett „BANEC guideline-t” számos kritika is érte, elsősorban azért mert az orvosi szempontokat részesítette előnyben a beteg és családja szempontjaival szemben, valamint azért mert az orvosi beavatkozásoknak általában volt valamely élettani eredménye, ezért a hasztalan kezelés valamely jótékony hatással mégis járt. Sok vita volt a hasztalanság fogalmának meghatározása miatt is, ezért az „Ethic Committee of the Society of Critical Care Medicine (SCCM) 1999-ben megállapította, hogy „csak azokat a kezeléseket lehet hasztalannak nyilvánítani, amelyek alkalmatlanok a kívánt élettani hatást kiváltására”. Az intenzíves kezeléseket véleményük szerint lehet nem megfelelőnek vagy nem javasolhatónak vélemezni drágaságuk vagy bizonytalan terápiás előnyük miatt, de nem lehet őket hasztalannak címkézni [99].

Egy másik ugyancsak érdekes kezeléskorlátozási kísérlet a Texas Advance Directives Act (TADA) alapján javasolt eljárás [100]. A törvény megengedte a kezelőorvosok számára, hogy a kezeléskorlátozás miatt a kórház etikai bizottságához forduljanak, amennyiben a beteg további kezelését már nem tartották hasznosnak. Ha a bizottság egyetértett az orvossal a kezelést le lehetett állítani egy 10 napos periódust követően (a család értesítése után), melyet a bíróság indokolt esetben meghosszabbíthatott. Egy 40 kórház adatain alapuló közlemény szerint [101] az etikai bizottságok az esetek 70%-ában egyetértettek a kezelőorvossal. Az etikai bizottság véleményének megismerése után az esetek 40%-ában a család beleegyezett a kezelés felfüggesztésébe, az esetek 44%-ában a beteg nem élte túl a 10 napos várakozási periódust, 16 % kezelését egy másik orvos vagy intézet folytatta, míg összesen 8 esetben javította a beteg állapotát az életfenntartó kezelések folytatása.

„Mi lehet a hasztalanság jövője” teszi fel a kérdést Luce. Napjaink vizsgálatai szerint a sok család igényel plusz időt az életvégi döntések meghozatalához, az idő mellett a jobb kommunikáció, és az etikai konzultáció segítheti a döntéshozatali mechanizmust.

2010 októberében a Lancet-ben jelent meg az amerikai és az európai tapasztalatok összegzéseként Randall Curtis és Jaen-Louis Vincent összefoglalója. [102] Érdekes három lépcsős megközelítést javasoltak a beteg-központú, illetve család-

központú döntéshozatali mechanizmus végrehajtásában. Elsőként a beteg prognózisát, illetve ennek bizonyosságát kell megbecsülni, majd a család döntéshozatali preferenciáinak vizsgálata következik. E kettő alapján kell stratégiát készíteni a beteg és családi faktorok figyelembe vételével. A család szerepe megnőtt az utóbbi időben, és a legelterjedtebbé a megosztott döntéshozatal, mely a paternalizmus (klinikus dönt) és a beteg autonómia (vagy a családi döntés) között helyezkedik el. A szerzők kiemelik, hogy az ideális döntéshozatalban a beteg kezelésében résztvevő interdiszciplináris team minden tagjának részt kell venni. [102]

Hogyan lehetne az életvégi döntéseket etikusabbá tenni? Az általuk megfogalmazott stratégia több szintű. Egyrészt az adott intenzív osztály azon szakmai irányvonalának (protokoll) világosnak és mindenki által megismerhetőnek kell lenni, amelyek a betegfelvételt, áthelyezést és a kezeléskorlátozást érintik. Pontosán meg kell határozni, hogy milyen feltételek esetén kezdenek palliatív vagy életvégi kezelést, a klinikusokat rendszeresen tovább kell képezni etikából, kommunikációs ismeretekből és az életvégi döntések kérdésében. Ugyancsak fontosnak tartják a családdal való kommunikáció javítását, mely véleményük szerint a nyitott intenzív osztály bevezetésével és rendszeres családdal történő interdiszciplináris konferenciák végzésével érhető el. A kezeléskorlátozás feltételeinek világos meghatározása, protokollok kialakítása, életvégi döntés tréningek tartása javasolt a teljes személyzet részvételével.

Milyen kulcslépésekkel lehet a kommunikációt javítani a személyzet és a család között? Már a találkozás előtt javasolt egy megbeszélés a kezelő team tagjai között a közölt információkról, a kommunikáció konzisztenciájának javítása céljából. A találkozást nyugodt csöndes környezetben kell végrehajtani, nem alkalmas rá a betegtér. A beszélgetés során fontos a család kívánságainak és panaszainak meghallgatása, megfelelő idő biztosítása erre a célra. Érezze a család, hogy empátiával viszonyulnak feléjük is, valamint nincs magára hagyva sem a beteg, sem a rokonság ebben a kényes helyzetben. Fontos a beteg életére és gyógykezelésére vonatkozó preferenciáinak kiderítése a beszélgetés során. A megbeszélés befejezéséül fontos summázni az információkat, rá kell kérdezni, hogy van-e még tisztázatlan kérdés, illetve biztosítani kell a családot a döntéseik tiszteletben tartásáról.

Élie Azoulay vezetésével kutatók egy csoportja értékelte ki a SAPS 3 study életvégi döntésre vonatkozó adatait [103], melyek szerint életvégi döntésben részesült a vizsgálatban szereplő 14.488 beteg 8.6 %-a (1239 beteg), melyből 677 esetben történt kezelés meg nem kezdés (54.6%), és 562 esetben kezelés visszavonás (45.4%). A kórházi intenzív osztályos halálozás 21%-nak bizonyult, melyből a kezeléskorlátozás után halt meg 1105 beteg. A kórházakban a kezeléskorlátozás utáni halálozás 80.3%-95.4% között mozgott, a kezelés meg nem kezdés után 86.4%, míg a kezelés visszavonása után 92.5% volt. Érdekes, hogy a kezeléskorlátozást érintő döntéseket a betegfelvétel utáni 2.-4. napon hozták meg átlagosan.

Vizsgálatukban összehasonlították a kezeléskorlátozással összefüggő független prediktorokat. Az életvégi döntések nagyobb gyakoriságával függött össze a betegek magasabb életkora, a kórházon belülről történő betegfelvétel, nem tervezett betegfelvétel, a felvételkor dokumentált infekció, nem sebészeti beteg vagy sürgős sebészeti beavatkozás, magasabb SOFA pontérték felvételkor, társbetegségek megléte (például súlyos szívelégtelenség NYHA IV.), haematológiai betegségek vagy solid tumor, felvételkor shockos állapot, neurológiai okból történő felvétel (cerebrovascularis történet, intracraniális tumor vagy anoxiás agykárosodás miatt coma), pancreatitis vagy más emésztőrendszeri betegség (kivéve a cholecystitist). Ezek a betegek nagyszámban vazoaktív kezelést igényeltek, illetve több időt töltöttek intenzív osztályon, mely tényezők szintén a kezeléskorlátozás prediktorainak bizonyultak, ugyanúgy, mint az ágyanként magasabb nővérszám is.

A pozitív hajlamosító tényezőkkel szemben hét negatív tényezőt is találtak, melyek a következők: diabétesz miatti betegfelvétel, a szívritmuszavarok, az akut tüdőkárosodás, cholecystitis, a kórházban lévő sürgősségi osztály, a folyamatos szakorvosi jelenlét (éjszaka és hétvégén is). A vizsgálat önmagában is nagy jelentőségű a bevont betegek és intenzív osztályok nagy száma miatt, de új adatokkal szolgált az eddig nem vizsgált tényezők összefüggéseinek vonatkozásában is. A közlemény fontos jövőbeni üzenete az, hogy az életvégi döntések alacsonyabb számával komolyan összefügg a sürgősségi osztályok megléte vagy a folyamatos szakorvosi jelenlét is, amely tényezők a elsősorban az intenzív osztályra beérkező betegek osztályozásán keresztül fejthetik ki hatásukat a szerzők szerint.

Hans-Henrik Bülow és szerzőtársai a világvallások hatását vizsgálták az életvégi döntések meghozatalára.[104] Mivel korunkra a nagyfokú etnikai keveredés mellett a vallások keveredése is jellemző, minden orvos számára hasznos a hasonlóságok és különbségek ismerete földrajzi régiótól függetlenül. A hazánkban gyakori vallások közül a katolikus egyház megengedi a kezeléskorlátozást, de tiltja a mesterséges táplálás beszüntetését és az eutanáziát is. A protestáns egyház véleménye szerint mindenféle kezeléskorlátozás megengedhető, és míg az egyház bizonyos irányzata tiltja az eutanáziát (például a német evangélikusok), addig például a Hollandiában védik az aktív eutanázia intézményét.

A zsidó vallás 3 fő iránya a reformista, a konzervatív és az ortodox. A Talmud és a rabbik különbséget tesznek az aktív és passzív cselekedetek, illetve a kezelés meg nem kezdése és visszavonása között. Az ószövetségen alapuló zsidó jogrendszer (Halacha) is tiltja a halál bekövetkezésének bármilyen siettetését, de ugyanakkor nem tartalmaz semmilyen kötelezettséget sem a haldoklók szenvedésének és életének meghosszabbítására sem. A Halacha megengedi valamely kezelés meg nem kezdését, de tiltja a már megkezdett kezelés visszavonását, ha ez a kezelés folyamatos. Amennyiben az életfenntartó kezelés intermittáló, a beteg kifejezett akaratából meg lehet szüntetni valamely már folyamatban lévő kezelést is, mivel itt minden kezelésnek független és új döntésen kell alapulnia. Így megengedett bármely életmentő vagy életfenntartó kezelés meg nem kezdése, például az intubáció és a lélegeztetés, az akut sebészeti beavatkozás, a kemoterápia, vagy dialízis esetén is. A mesterséges táplálást és a folyadékpótlást nem szüntethetik meg a kezelő csapat tagjai, mivel ezek a beteg alapellátásának és nem kezelésének minősülnek, így elhagyásukat az eutanázia egyik formájának tekintik. A betegnek joga van azonban bármely kezelést, így a táplálást vagy a folyadékpótlást is visszautasítani. Az aktív eutanázia és az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság is tiltott. A különböző vallási irányzatok nem egységesek a szervdonáció irányában, mivel egyesek az agyhalál kritériumain kívül a szívműködés irreverzibilis megszűnését is megkövetelik, mint a halál beálltának feltételét.

A vallás az életvégi döntések meghozatalában nemcsak a beteget vagy családját érinti, hanem az orvosokat is. Az Ethicus study group adatai alapján a kezeléskorlátozás módjában és a kezeléskorlátozásnak a betegfelvételtől eltelt idejében is kimutathatók eltérések a kezelőorvos vallási hovatartozása alapján. [105] A szerzők a beteg vallási és

kulturális hovatartozásának megismerését a kommunikáció sarokkövének tartják. Idézik és ajánlják J. Klessig cikkében megjelent ellenőrző lista használatát, kiemelve hogy az etikai problémák megoldásának egyik kulcsa a beteg saját egészségére vonatkozó ismereteinek, és terápiás lehetőségeinek tisztába tétele. [106]

A vallási hovatartozás fontosságát emeli ki Charles L. Sprung 2007-ben megjelent cikkében is [105]. A másfél évig tartó adatgyűjtés során 17 ország 37 centrumában 31417 beteg adatainak elemzését végezték el. A betegek közül összesen 4248 beteg halt meg (a betegek 13.52%-a). 3086 kezeléskorlátozás történt, akikből 190-nen nem haltak meg az intenzív osztályon, míg 2896 beteg (94%) elhalálozott az intenzív kezelés alatt. A szerzők megállapítják, hogy adataik alapján a kezelés meg nem kezdése gyakoribb a zsidó, a görög katolikus, vagy muszlim vallású orvosok között. Az ateista és a protestáns orvosok között a kezelés meg nem kezdése és a kezelés visszavonása hasonló gyakoriságú, míg a katolikus orvosok között a kezelés visszavonása szerepel nagyobb gyakorisággal. A haldoklás aktív megrövidítése (active shortening of the dying process) csak a katolikus, a protestáns és az ateista orvosok gyakorlatában jelent meg. Összefüggést találtak a felvétel napja és a kezeléskorlátozás megkezdésének napja, valamint beteg illetve a kezelőorvos vallási hovatartozása között is. Adataik alapján a két időpont között eltelt átlagos idő 3.2 nap, melynél rövidebb a protestáns (1.6), az ateista (2.4), hosszabb a katolikus (4.3), a zsidó (3.8) a görögkeleti (7.6) és muszlim (4.1) orvosoknál. Érdekes, hogy a beteg vallása és a betegfelvételtől a kezeléskorlátozásig eltelt idő is hasonlóan szorosán függ össze a vallási hovatartozással. A kezeléskorlátozás és a beteg halálának bekövetkezésének ideje között átlagban 0.7 nap telt el, de kiemelném, hogy a kezeléskorlátozásban részesült betegek közül 190-en túlélték a kezeléskorlátozást az intenzív osztályon. Adataik szerint a betegek 6%-a volt kompetensnek tekinthető a 3086 életvégi döntésben részesült betegből, míg a beteg kívánságairól 808 betegnél (26%) tudtak csak érdemi információt szerezni. Az életvégi döntést az esetek 68%-ában beszéltek meg a beteg családjával. Amennyiben a kezelőorvos protestáns volt, ilyen megbeszélésre az esetek 80%-ában, katolikus orvosoknál 70%-ban, ateista és zsidó orvosok esetén 63%-ban, görögkeleti vallású esetében 33%-ban került sor a család bevonása a döntéshozatalba.

Konzultációt az intenzív orvosok 62%-a tartott szükségesnek az életvégi döntés meghozatala előtt a beteget első ellátásban részesítő orvossal, illetve 78%-uk a

beteg ápolását végző nővérekkel. Gyakoribb volt ez az igény a protestáns, ateista vagy zsidó orvosok között, míg ritkább a katolikus vagy görögkeleti vallású orvosok esetében. Amennyiben az életvégi döntést nem egyeztették a beteg családjával (979 beteg) az esetek 93%-ban tudtak valamilyen indokot hozni erre. Az indok 41%-ban az volt, hogy „a beteg nem reagál a teljes intenzív kezelésre sem”, mely magyarázatnál is jelentős vallási különbségek adódtak. A kezelésre való válaszképtelenséget a görögkeleti orvosok 76%-ban, a muszlimok 56%-ban, a katolikusok 47%-ban, a zsidó orvosok 42%-ban, a protestánsok 31%-ban, végül az ateisták az esetek 30%-ában jelölték meg. A kezeléskorlátozás magyarázata 24%-ban az volt, hogy „a család nem értette volna meg a kezeléskorlátozást”, míg 29%-ban a család elérhetetlennek bizonyult.

Ugyanezen betegpopuláció más szempontból való elemzését végzi el Sprung professzor az „End-of-Life Practices in European Intensive Care Units” című cikkében [107]. A 3086 életvégi döntés közül 94 betegnél végeztek a haldoklási folyamat aktív megrövidítését az orvosok, aminek leggyakoribb módja a fájdalomcsillapító (ópiát) túladagolása volt önmagában, vagy benzodiazepinnel kombinálva, 4 beteg kapott izomrelaxánst, 6 beteg pedig barbiturátot. A leggyakrabban használt ópiát a morphin volt, mely alkalmazásában 73 beteg részesült, a beadott dózis nagysága 5-200 mg között mozgott, mely a terápiás dózisok sokszorosa. A leggyakrabban alkalmazott benzodiazepinnek a diazepam bizonyult (54 betegnél), a beadott dózis 20-200 mg között mozgott. Az átlagos morphine adag 13.4 mg volt óránként, míg az átlagos diazepam dózisa 13.8 mg/óra volt, így az általában alkalmazott dózisok megfelelnek a szokásosan adagoltnak. Fontos megemlíteni, hogy az említetteken kívül más gyógyszer – például kálium klorid – adagolására nem került sor egyetlenegy esetben sem. A haldoklási folyamat megrövidítése céljából 17 beteget extubáltak (18.1%), míg 125 esetben a kezelés visszavonásának részét képezte az extubáció (8.9%).

Érdekes adatokkal szolgál a kutatás az intenzív osztályos kezelés időtartamára nézve is. Az összes betegre vonatkozóan az intenzív osztályon az átlagos bennfekvéses idő 4 nap volt (1-11.1 nap), a kezeléskorlátozás meghozatalának időpontja átlagosan a befekvéstől számított 2.8 nap (0.6-9.8 nap) volt. A kezeléskorlátozástól a halál beálltáig terjedő átlagos időtartam 14.7 óra (2.9-54.7 óra) volt. A kezelés meg nem kezdésének eseteiben a kezeléskorlátozás és a halál bekövetkezte között átlagosan 14.3 óra (2.2-67.1 óra) telt

el, ez az idő a kezelés visszavonásának eseteiben átlagosan 4 óra (1.0-17.2 óra), míg a haldoklási folyamat megrövidítésének eseteiben átlagosan 3.5 óra (1.5-8.59) volt. Hasonló részletességű vizsgálat Magyarországon még nem történt, de sok tanulság levonható a cikk alapján. Az adatok alapján jól érzékelhető az, hogy a kezeléskorlátozás bár elfogadott gyakorlat Európában, ennek ellenére nem csak hazánkban hiányoznak az egyértelmű, világos protokollok. A halál előrehozatalában széles körben alkalmazott módszer az altató és fájdalomcsillapító gyógyszerek túladagolása, mely lehet, hogy a résztvevő orvosok lelkiismeretét megnyugtatja, de a lényeg változatlan marad: nem önkéntes aktív eutanázia történik jelentős számban.

A kommunikáció fontosságát húzza alá ugyancsak az Ethicus study adatainak felhasználásával Simon Cohen is [108]. A szerzők véleménye – és korábbi európai kutatások adatai – szerint az életvégi döntések meghozatalába a betegek, illetve nem kompetens betegek esetén hozzátartozóik bevonása 50%-100% között mozog. Az Ethicus study adatai alapján az intenzív osztályon meghalt betegek 73%-át érinti valamilyen kezeléskorlátozás, így napjainkban vitathatatlanul ez a leggyakoribb tényező a betegek halálában, így e döntések megfelelő kommunikálása a leggyakoribb kommunikációs problémának tekinthető az intenzív osztályokon. A már ismertetett adatokon kívül a szerző azt vizsgálta, hogy kit vonnak be az életvégi döntés meghozatalába. Az adatok alapján a döntést az esetek 92%-ában előzte meg konzultáció egy másik intenzív orvosossal (2833 esetben), az esetek 61%-ában az első ellátást végző orvosossal (1897 esetben), az esetek 39%-ában egy konzultánssal (1212 esetben), míg az esetek 78%-ában került sor a nővérek bevonására a folyamatba (2412 esetben.).

Az érdekelt felek közötti egyetértést, illetve az egyet nem értést is elemezték a vizsgált 3086 életvégi döntés eseteiben. Az orvos-nővér viszonylatban a résztvevők egyetértettek a kezeléskorlátozás kérdésében az esetek 83 %-ában (2550 esetben), illetve nem értettek egyet az esetek 0.6%-ában (20 esetben). Az intenzív orvosok és más orvosok viszonylatában a döntéshozatalban résztvevők egyetértettek a kezeléskorlátozás alkalmazásában 72%-ban (2205 esetben), illetve nem értettek egyet az esetek 2%-ában (64 esetben). A kezelő személyzet és a család viszonylatában a döntéshozatalban egyetértés az esetek 66 %-ában (2036 esetben) volt, míg az esetek 1%-ában (45 esetben) nem értettek egyet a kérdésben. Végül a személyzet és a beteg viszonylatában a kezeléskorlátozásban egyetértés 116 esetben (4%) történt, egyet nem

értés 21 esetben 0.6% fordult elő, míg az esetek 96%-ában konszenzus kialakítása nem volt kivitelezhető. Az adatok alapján jól látható, hogy a döntéshozatali mechanizmus során egyaránt figyelembe veszik a társszakmák, illetve az ápoló személyzet véleményét, illetve hogy a résztvevő felek véleménye jól korrelál egymással. A kezeléskorlátozást az esetek 79%-ában az intenzíves orvos, 11%-ban az első ellátást végző orvos, 4%-ban a család, 3%-ban valamely konzultáns orvos, 2%-ban a nővérek, míg az esetek 1 %-ában a beteg maga kezdeményezte.

6. Következtetések

6.1 A betegek autonómiájának elősegítése

A jogrendszerben és a bioetikában megvalósult paradigma-váltáshoz képest a mindennapi kórházi gyakorlat jelentős elmaradásban van az orvos-beteg kapcsolat terén. Ennek megváltoztatásához elengedhetetlen a felek „egyenrangúsítása”, illetve a beteg döntési helyzetbe hozása saját egészsége és élete felett. Ez csak szisztematikus és fáradtságos munkával, a betegek és az orvosok folyamatos tájékoztatásával, képzésével valósulhat meg.

Amennyire a polgári jogban nélkülözhetetlen két fél egybehangzó akaratnyilatkozata a szerződés létrejöttéhez, ugyanilyen nélkülözhetetlen „szerződési kellék” a beleegyező nyilatkozat az orvosi beavatkozások előtt, melyre hasonló formai szabályok érvényesek. A harmonikus, mindkét fél számára hasznos viszony feltételezi azt, hogy mindkét fél őszintén megosztja az információkat egymással, így elkerülhető a későbbi valódi vagy vélt sérelem, melynek tökéletes rendezése a továbbiakban (sem orvosi, sem jogi úton) már nem lehetséges. A betegek önrendelkezésének javítása miatt fontos feladatunk a betegek egyéniesített tájékoztatása a különböző aneszteziológiai módszerekről annak tudatában, hogy választási lehetőségeiket egészségi állapotuk is szűkítheti.

Kutatásaink alapján bizonyítást nyert, hogy a betegek önrendelkezése nem érvényesül megfelelően sem a preoperatív aneszteziológiai vizitek során, sem az intenzív kezelés alatt. A probléma megoldásában első lépcső lehet a kommunikáció javítása mind a betegekkel való találkozások, mind a hozzátartozókkal való megbeszélések során. Még az információ átadása előtti feladat a betegek értékrendjének, preferenciáinak megismerése, személyes beszélgetés vagy előzetesen írott források alapján, melyre a nemzetközi ajánlások meghonosítása lehet a megoldás.

A betegek és hozzátartozók tájékoztatásának hagyományos formái mellett (konzultáció és írásos tájékoztatók) – melyek igen időigényesek és drágák – meg kell teremteni annak a lehetőségét, hogy a betegek hozzáférjenek modern ismeretterjesztő kiadványokhoz, melyek több információt hordoznak, akár többször használhatók, és interaktívvá is tehetők. Ilyenek lehetnek interneten online hozzáférhető oldalak, a

beavatkozások filmen történő bemutatása, adatlapok kitöltése és rögzítése a beteg otthonából.

A hatályos jogi szabályozás alapján eljáró betegek önrendelkezésének előzetes formái nem érvényesülnek megfelelően, nagyrészt a bonyolult és költséges eljárási szabályok miatt. Nagy segítség lenne az önrendelkezés elektronikus formáinak elősegítése egy központi adatbázis kialakításával, valamint az élő végrendelet lehetőségének népszerűsítése, tömegessé válásának elősegítése is.

Az orvostársadalom számára fontos a modern etikai és jogi ismeretek átadása, rendszeres továbbképzések megszervezése, hiszen az orvostudomány robbanásszerű felgyorsulása miatt minden nap újabb és újabb etikai problémák jelentkeznek. Az orvosok nagyobb része egyetemi éveit a 1972. évi paternalista egészségügyi törvény szellemében képezte, etikai és jogi ismeretei szegényesek, elavultak. Ugyanilyen fontos lenne az intenzív osztályokon a megfelelő környezet kialakítása is, szükség lenne saját helységekre a látogatókkal való konzultáció céljára, illetve egy olyan helység kialakítására is, ahol a haldoklás utolsó fázisában a család szeparáltan el tudna búcsúzni szeretett tagjától.

6.2 Az életvégi döntések szabályozása

Véleményem szerint az életvégi döntések pontos definiálása és egymástól való elhatárolása szempontjából fontos annak az időintervallumnak a meghatározása, melyben ilyen döntések meghozatalára egyáltalán van mód. Ily módon a terminális állapot és a haldoklás megkezdődése fontos, mivel más-más életvégi döntést hozhatunk a két szakaszban. A haldoklás megkezdődésének meghatározása intenzív terápiás szakorvosként a munka mindennapi része, jóllehet hogy a jogtudományban a fogalom ismeretlen és semmilyen joghatás nem kötődik hozzá. A haldoklás messze nem azonos a terminális állapottal, ami egy daganatos betegség esetén hetekig, hónapokig tarthat, nem releváns a definíció szempontjából a fájdalom nagysága, illetve a mozgásképtelenség vagy ágyhoz-kötöttség foka sem. A haldoklás bekövetkezésének időpontja egy szerv vagy szervrendszer működésének olyan hiánya, amely a szervezet egyensúlyát megbontja, működését elégtelenné teszi, és minimum néhány perc vagy maximum napok alatt bekövetkezik a beteg halála, amennyiben nem tudjuk a visszajára

fordítani a folyamatot. Az emberi szervezet, egy bonyolult szabályozott rendszer, így általában azt is lehet mondani, hogy a szervezetben igen ritka valamely szervrendszer izolált elégtelensége, jellemzőbb ilyenkor a sok-szervi elégtelenség kialakulása. Ennek része lehet a tudati állapotban bekövetkező enyhébb vagy súlyosabb zavar, ami miatt a beteg önrendelkezése a haldoklás fázisában mindenképpen zavart szenved.

A haldoklás bekövetkeztének időpontja ily módon pontosan definiálható, aminek orvosi jelentőségén túl igen nagy jogi jelentősége is lehet a jövőben. Az alkotmánybíróság eutanázia-határozatából kiragadva Dr. Vasadi Éva néhány szavát: „az élethez való jog csak az élve születés és a haldoklás megkezdése között teljes”. Ebben az időintervallumban mindenki köteles tiszteletben tartani az élethez és emberi méltósághoz való jogot, ami kevés kivételtől eltekintve korlátozhatatlan. Ebben az intervallumban az ember életének meghatározója önmaga, döntéseiért a felelősséget is maga viseli. Ily módon egyetértek azokkal, akik véleménye szerint minden egészségügyi beavatkozáshoz a beteg beleegyezése szükséges, és igaz fordítottja is, nevezetesen hogy a beteg bármilyen kezelést visszautasíthat. Ebben a folyamatban a beteg véleményének befolyásolása véleményem szerint nem megengedett, az orvos feladata a szakmailag korrekt és a beteg személyére szabott felvilágosítás megadása, ily módon pedig a döntéshozatal folyamatos elősegítése.

A fentebb megfogalmazott véleményemnek több fontos folyománya van. Első, hogy a haldoklás megkezdődése kettéosztja a terminális állapot megkezdődése és a halál beállta közötti időintervallumot, így az eutanázia és az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság tényállása csak a haldoklási folyamat megkezdődése előtt valósulhat meg, mivel ezen cselekedetek célja a halál időpontjának előbbre hozatala. Természetesen a terminális állapot idejének lerövidítésére, csak a beteg önrendelkezésén alapulhat. A haldoklási folyamat megkezdődése után az orvosi kezelés célja a halál előrehozásával teljesen ellentétes, mivel ekkor általában már a szervelégtelenség megszüntetése, így a halál ellen való viaskodás a cél. Ebben a stádiumban a beteg autonómiáját egészségi állapota korlátozza, így véleményét kinyilvánítani nem tudja.

További folyománya, hogy míg az eutanázia és az orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság esetén az orvosi cselekvés motívuma a beteg szenvedéseinek csökkentése

és a könnyorületesség, az intenzív kezelés korlátozásában a kezelés haszталansága jut meghatározó szerephez.

Az életvégi döntések szempontjából azért is fontos a terminális állapot időintervallumának meghatározása, mivel mind az eutanázia, mind az orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság kizárólag rövid időn belül halálhoz vezető, gyógyíthatatlan betegség meglétéhez köthető. Ha a betegnél ilyen terminális állapot nem áll fenn, akkor életének kioltása a „mercy killing” tényállásaként értékelhető, illetve az orvos segítségnyújtása a beteg suicídiumához a Btk 168.§-a által pönalizált öngyilkosságban való közreműködés lehet. A terminális állapot definiálásával adós marad az egészségügyi törvény is, ami a törvény hatályba lépése után is a kritikák kereszttüzében állt. A terminális állapot vége objektíven könnyen definiálható, mint a haldoklási folyamat megkezdődése, az eleje azonban nem határozható meg pontosan. Azt lehet mondani, hogy a törvény a terminális állapot alatt egy három-hat hónapos időintervallumot ért, és jelenleg ennek pontosabb szakmai meghatározása a tudomány mai állása szerint nem lehetséges.

Jobbágyi Gábor véleményét osztom abban a kérdésben, hogy az önkéntes passzív eutanázia terminus technikus helyett helyesebb az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasításáról beszélni. Ebben az esetben a beteg önrendelkezése kerül előtérbe, orvosi cselekvés nem történik, csak mintegy fejet hajtunk a beteg autonómiájának megvalósulása előtt, így az eutanázia fogalmi elemei közül több nem valósul meg. Ilyenek például az orvos cselekvése és a könnyorületesség motívuma.

Sokkal praktikusabbnak látszik a nemzetközi szakirodalom terminus technicusait használni, ami elterjedésüknek talán legfontosabb motívuma lehet. Az önrendelkezésen alapuló eutanázia és orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság eseteit összevontan a haldoklási folyamat megrövidítése néven említik (active shortening of the dying process), és nem önrendelkezésen alapuló formáit egyöntetűen elvetik.

A haldokló, szervelegtelen betegek kezelésének mikéntje orvosi kompetencia, természetesen vannak ennek komoly jogi és etikai relevanciái is. Az orvos feladata ilyen esetben a beteg állapotához igazodva biztosítani a szakmailag indokolt kezelést minden esetben.

Az orvos döntési lehetőségeinek szempontjából új fogalom bevezetését javaslom. Az általam megfogalmazott csoportosításnak használatával didaktikusan

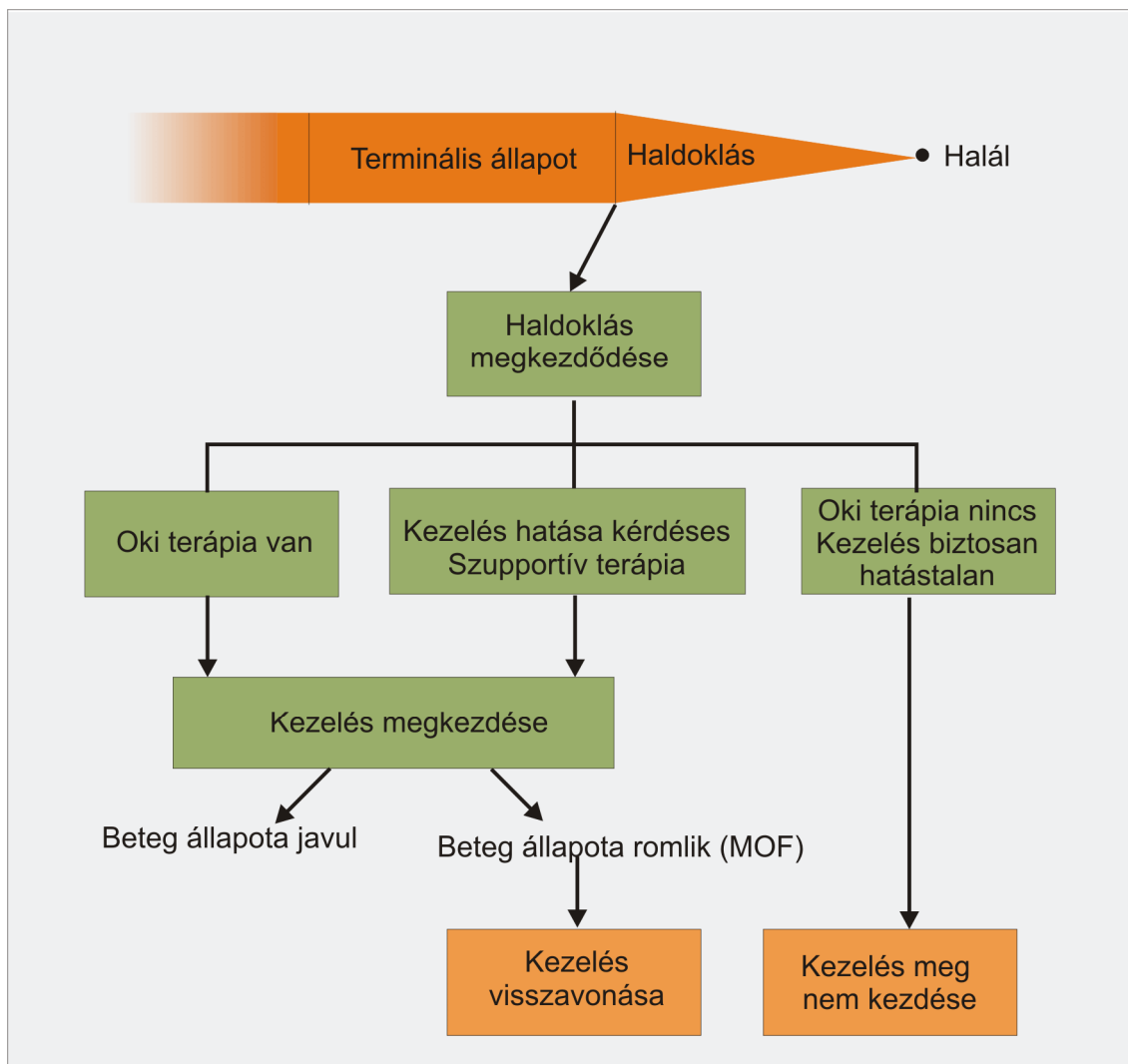
elválaszthatók a kezeléskorlátozás egyes esetei, illetve alkalmazásuk feltételei, de a csoportok közötti határok flexibilisek maradnak, mindenkor a tudomány aktuális állásához és az egészségügyi szolgáltató lehetőségeihez igazíthatók. Ez a fogalom az *életvégi triage*, mely alkalmazásával az intenzív osztályon a szervelégtelen betegeket három csoportra tudjuk osztani. (11. ábra)

Az első csoportot azok képezik, akiknek szervelégtelensége nagy biztonsággal megszüntethető, mivel rendelkezünk a szervfunkció pótlását és helyreállítását biztosító orvosi technikákkal, és a beteg általános állapota is lehetőséget ad a kezelésre. Ilyen például egy, a szív ingerképzési vagy ingervezetési zavara miatt kialakult kardiogén shockos beteg, akinél pacemaker beültetésével a keringési zavar megszüntethető, és további jó életminőségű évek várhatók, vagy egy veseelégtelen beteg, akinél dialízis kezelést alkalmazunk hosszú ideig.

A második csoportot azok a betegek képezik, akiknél a szervfunkció helyreállása biztosan nem várható (az ismerten terminális állapotban lévő betegek), akiknél a kezelést nem szabad megkezdeni. E betegcsoportban csak a beteg és a hozzátartozók minél nagyobb komfortjára, szenvedéseik csökkentésére törekedhetünk, kezelésük az intenzív osztályok helyett a terminális palliatív medicina vagy hospice kezelés terepére.

A szervelégtelen betegek harmadik csoportját azok alkotják, akiknél az orvosi kezeléssel nem biztosan szüntethető meg a szervelégtelenség (illetve a haldoklási folyamat), de azt sem lehet mondani, hogy reálisan semmi esély sincs a beteg állapotának rendezésére. Ezeknél a betegnél tehát meg kell kísérelni a gyógyítást a rendelkezésre álló eszközökkel, és folyamatosan meg kell figyelni a páciens a kezelésre adott reakcióit. Ha a beteg állapota az alkalmazott kezelés segítségével nem javul, a szervelégtelensége nem szüntethető meg, állapota stagnál vagy romlik, akkor ezeknél a betegeknél van helye a kezelés visszavonásának, és továbbiakban a komfort ellátás biztosításának.

11. ábra Az életvégi triage



Az életvégi triageban hozott döntéseknek szükségszerűen nem egyéni, hanem testületi döntésnek kell lenniük, melyben részt kell venni a beteg kezelését végző orvosoknak, ápolóknak, gyógytornászoknak is. Mivel a haldoklási folyamatban a beteg tudata már nem hozzáférhető, így a beteg hozzátartozóinak informálása és bevonása a kezeléskorlátozásba nem kerülhető meg. A kezelés meg nem kezdése vagy abbahagyása nem érintheti a fájdalom csillapítását vagy a beteg megfelelő szedálását, biztosítani kell a beteg és a hozzátartozók minél nagyobb komfortját, a betegnél fontos a táplálás és folyadékpótlás folytatása, törekedni kell mind a beteg megpróbáltatásának csökkentésére. Nézetem szerint a medicina lehetőségeinek a fejlődésével párhuzamosan, valamint az intenzív osztályokon végzett kutatások (halálozást előrejelző pontrendszerek, életminőség vizsgálatok) számának gyarapodásával a biztosan nem

megmenthető betegek aránya csökkenni fog, a biztosan megmenthetőek száma pedig egyre nagyobb lesz a jövőben.

A szervelettelen, haldokló betegek általában nem tekinthetők kompetensnek, mivel tudatuk alterált, nagyrészüket az eszméletlenség valamilyen fokán van, így autonómiájukat és ennek kinyilvánítását saját egészségi állapotuk korlátozza. A helyzet megoldásaként erősíteni kellene a betegek előzetes rendelkezésének elterjedését, elsősorban a kórházban fekvő betegek között. Mivel a betegek nagyobb része krónikus betegségben szenved és élete utolsó fázisában többször hospitalizálják, ezzel a módszerrel a betegek többségének véleményét meg tudnánk ismerni az életvégi döntések kérdésében. Amennyiben ezek a betegek meghatározzák preferenciáikat, leírják választásaikat ezeket a haldoklás folyamán – az életvégi triage alkalmazásakor, de attól függetlenül is – tiszteletben kell tartanunk. A beteg önrendelkezése megnyilvánulásaként előre lemondhat az intenzív kezelés alkalmazásáról, de nem igényelhet valamely orvosilag nem indokolt kezelést. Amennyiben nincs előzetes rendelkezése valamely betegnek, akkor a beteg állapotának megfelelő kezelést kell megkapnia.

A dolgozat összefoglalásaként ki kell emelnem, hogy nézetem szerint az élethez és emberi méltósághoz való jog az élve születés és a haldoklás megkezdése között sérthetetlen és korlátozhatatlan, viszont az egészségügyi ellátáshoz való szubszidiárius jog korlátozható. Az alkotmánybíróság értelmezése szerint csak az jelentené biztosan az egészségügyi ellátáshoz való jog sérülését, ha az ország valamely területén nem lenne semmilyen állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás. Az egészségügyi ellátáshoz való jog tehát mindenkor csak az adott időben és adott helyen, az állam által garantált ellátáshoz való hozzáférést garantálja, s nincs senkinek alanyi joga az állam által garantált ellátást meghaladó kezeléshez sem.

Másfelől a betegek egészségügyi ellátása során mindenkor a beteg autonómiájának maximális figyelembe vételével, a tájékozott beleegyezés kikristályosodott elvei mentén kell az ellátást biztosítani. El kell fogadnunk viszont azt a tényt, hogy a betegek önrendelkezését saját egészségi állapotuk korlátozhatja, természetesen ez a korlátozás nem önkényes, ekkor a döntés csak szigorú szakmai alapokon nyugodhat, és csak a kialakított protokollok alapján korlátozható valamely beteg kezelése. Vizsgálataink alapján kijelenthető, hogy a magyarországi helyzet még jelentősen javítható az

elfogadott etikai elvek, a hatályos jogszabályok és nemzetközi egyezmények alkalmazásával is, ugyanakkor sokat tehet mind az egészségügyi kormányzat, mind a szakmai szervezetek a helyzet további javításáért.

7. Összefoglalás

Irodalmi adatok szerint a fejlett egészségügyi ellátórendszerrel rendelkező országokban a betegek kisebb része kapja meg a tudomány jelenlegi állásának és az adott ország lehetőségeinek megfelelő teljes egészségügyi ellátást. Az intenzív osztályokon meghalt betegek többsége pedig halála előtt valamilyen kezeléskorlátozásban részesül. Ezért az intenzív osztályokon jelen pillanatban a legtöbb beteget és orvost érintő probléma a kezeléskorlátozás, melynek jogi és etikai vonatkozásait szerte a világon élénk érdeklődés kíséri. A gazdag irodalmi háttér ellenére az életvégi döntések egyes fajtáinak definiálása nem egységes, a döntéseket körülvevő etikai és jogi környezet országoként más és más. Irodalmi adatok szerint az intenzív kezelésben részesülő betegek kis része tiszta tudatú, így a többség önrendelkezésének érvényesülése nagy valószínűséggel zavart szenved. Ki határozza meg az életvégi döntést, amennyiben a beteg nem cselekvőképes, és nincs előzetes rendelkezése sem? Jelentős probléma a betegek és a hozzátartozók nem megfelelő tájékoztatása is, a kommunikáció módja és tartalma nem egységes, pedig megfelelő információ átadás a betegautonómia érvényesülésének elsődleges záloga. Kutatócsoportunk első ízben vizsgálta az életvégi döntések magyarországi helyzetét, valamint a betegek önrendelkezésének érvényesülését két különálló vizsgálat során. Egyrészt egy intenzív orvosoknak szóló kérdőív segítségével elemeztük a az életvégi döntések háttérében lévő okokat, a döntéshozatali mechanizmust, illetve a kezeléskorlátozás egyes fajtáinak gyakoriságát. Másrészt az aneszteziológiai beleegyező nyilatkozatok elemzésének segítségével elemeztük a tájékozott beleegyezés érvényesülésének problémáit. Vizsgálataink alapján kiemelhető, hogy a betegek autonómiája jelentősen sérülhet hazánkban elsősorban a közölt információ tartalmi hiányossága miatt. Az életvégi döntések meghozatala napi rutin Magyarországon is, de a döntéshozatal paternalisztikus, a kezelőorvos a döntéseket egyedül hozza meg. Kevésbé veszi figyelembe a család, illetve a beteg ellátását végző ápolók véleményét a kezeléskorlátozásról szóló döntés meghozatala előtt. Ugyanakkor a kezeléskorlátozás fajtái és módszerei tekintetében jelentős különbségeket találtunk más európai vizsgálatokhoz képest. Tapasztalataink alapján egy új sorolási módszert foglalmaztunk meg, mely segítheti az életvégi döntések meghozatalának mechanizmusát az intenzív osztályokon.

8. Summary

Based on literature data within countries possessing developed healthcare systems, only a fraction of patients receive complete medical treatment that corresponds to nationally accessible scientific state of the art therapy, with the majority of patients deceased in intensive care units having received some sort of therapy restriction. Currently therapy restriction is the major ethical and legal issue that affects the most patients and physicians throughout the world. Several important problems arise during therapy restriction. Despite its rich literature background, the definition of end of life decisions is not uniform, with the ethical and legal context surrounding end of life decisions varying from country to country. Based on multicentre studies with high numbers of patients, only approximately 5% of intensive care unit patients possess clear awareness, and hence the autonomy of the rest of the patients is likely to suffer distortions. If the patient is not autonomous and previous will is lacking then who is entitled to make end of life decisions? Providing insufficient information for patients and relatives is also a major issue; the content and form of communication is not uniform, although the primary step towards patient autonomy could be ensured through the appropriate flow of information. Our research group investigated the status of end of life decisions and patient autonomy status in Hungary through two separate studies. The first searched for reasons underlying end of life decisions, the mechanisms of decision making and the specific frequencies of therapy restriction types via analytical questionnaires sent out to intensive care unit physicians. During the second study we have assessed informed consent-related issues through the analysis of anaesthesiology informed consent forms. Based on our studies it is of note that patient autonomy can be severely impaired in Hungary primarily due to the lack of sufficient information provided. Making end-of-life decisions is also part of everyday routine in Hungary, but the process is paternalistic; the physician makes decisions alone and therapy restriction is not discussed with the patient's relatives, treating physicians or assistants prior to decision making. We have also found that the types and methods of therapy restriction in Hungary are rather different compared to the data of other European studies. Based on our experience we have defined a new classification method that may be helpful during the process of making end-of-life decisions in intensive care units.

9. Irodalomjegyzék

1. Elo, G., M. Dobos and L. Zubek, [*Ethical aspects of resuscitation*]. Orv Hetil, 2006. **147**(27): p. 1273-1277.
2. *Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care*, in *Rec (2003) 24*. 2003, Concil of Europe: European Union.
3. Kovács, J., *Igazságosság az egészségügyben*, in *A modern orvosi etika alapja*. 1999, Medicina Könyvkiadó Rt.: Budapest. p. 170-180.
4. Polcz, A., *Ideje a meghalásnak*. 1998, Budapest: Pont Kiadó.
5. Tóth, J.Z., "*Oszthatatlan és korlátozhatatlan?*" - *Gondolatok az emberi élethez és méltósághoz való jogról az eutanáziahatározat kapcsán*
Journal of Legal Theory, 2005(1).
6. Tóth, G.A., *Az emberi méltósághoz való jog és az élethez való jog*, in *Emberi jogok*, G. Halmai and G.A. Tóth, Editors. 2003, Osiris: Budapest. p. 255-361.
7. Halmai, G., G.A. Tóth and G. Kardos, *Az emberi jogok általános kérdései*, in *Emberi jogok*, G. Halmai and G.A. Tóth, Editors. 2003, Osiris: Budapest. p. 35-135.
8. Santosuosso, A., *Constitution and common law in bioethics*. Bioethics, 2001. **15**(5-6): p. 485-490.
9. Gold, J.A., *The Quinlan case: a review of two books*. Am J Law Med, 1977. **3**(1): p. 89-94.
10. Luce, J.M. and T.A. Raffin, *Withholding and withdrawal of life support from critically ill patients*. Chest, 1988. **94**(3): p. 621-626.
11. Annas, G.J., B. Arnold, M. Aroskar, P. Battin, D. Bartels, T. Beauchamp, D. Brock, A. Buchanan, A. Caplan, C. Cohen and et al., *Bioethicists' statement on the U.S. Supreme Court's Cruzan decision*. N Engl J Med, 1990. **323**(10): p. 686-687.
12. Barton, R.S., *Cruzan v. Director, Missouri Dept. of Health*. Issues Law Med, 1991. **6**(4): p. 409-413.

13. Kovács, J., *Eutanázia*, in *A modern orvosi etika alapjai*, J. Kovács, Editor. 1999, Medicina Könyvkiadó Rt.: Budapest. p. 395-466.
14. Mason, J.K., *Euthanasia*, in *Law and Medical Ethics*, J.K. Mason, R.A. McCall Smith, and G.T. Laurie, Editors. 2002, Butterworth, HVG-Orac Budapest. p. 528-568.
15. Bostrom, B.A., *Knight v. Beverly Health Care Center: in the Supreme Court of Alabama*. *Issues Law Med*, 2001. **17**(2): p. 205-207.
16. Annas, G.J., *"Culture of life" politics at the bedside--the case of Terri Schiavo*. *N Engl J Med*, 2005. **352**(16): p. 1710-1715.
17. Bostrom, B.A., *Pettis v. Smith and Braddock. In the Louisiana Court of Appeal*. *Issues Law Med*, 2005. **20**(3): p. 271-273.
18. Mason, J.K., *Consent to treatment*, in *Law and Medical Ethics*, J.K. Mason, R.A. McCall Smith, and G.T. Laurie, Editors. 2002, Butterworths, HVG-Orec: Budapest. p. 309-363.
19. Mason, J.K., *Medical futility*, in *Law and Medical Ethics*, J.K. Mason, R.A. McCall Smith, and G.T. Laurie, Editors. 2002, Butterworths, HVG-Orac: Budapest. p. 504-527.
20. Angell, M., *The case of Helga Wanglie. A new kind of "right to die" case*. *N Engl J Med*, 1991. **325**(7): p. 511-512.
21. Cranford, R.E., *Helga Wanglie's ventilator*. *Hastings Cent Rep*, 1991. **21**(4): p. 23-24.
22. Dósa, Á., *Aktív eutanázia? Döntött az Európai Emberi Jogi Bíróság*. *Lege Artis Med*, 2002. **12**(5): p. 344-346.
23. Vajda, A., *Méltóság a halálban. Eutanázia*. *Lege Artis Med*, 2002. **12**: p. 331-334.
24. Filó, M., *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban*. ELTE Jogi Kari Tudomány, ed. I. Varga. 2009, Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
25. Busch, B., *Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása*, in *Orvosi felelőség*, S. Péter, Editor. 2006, Semmelweis Kiadó: Budapest.
26. Györgyi, K. and A.I. Wiener, *A büntető törvénykönyv magyarázata*. 1999, Budapest: CompLex Kiadó.

27. Bárd, K.G.B.L.K.M.É.W.A.I., ed. *Büntetőjog-Általános rész.* 2003, KJK Kiadó: Budapest.
28. Dezső, L., *Az orvos büntetőjogi felelőssége.* 1979, Budapest: BM Könyvkiadó.
29. Griffiths, J., H. Weyers and A. Maurice, *Euthanasia and Law in Europe.* 2008, Oxford: Hart Publishing.
30. Pokol, B., *Aktivista alapjogász vagy parlamenti törvénybarát? A magyar alkotmánybíráskodásról.* Társadalmi Szemle, 1992(4).
31. Droddy, J.D., *Originalist Justification and the Methodology of Unenumerated Rights, The Michigan State DCL Law Review,* 1999(4): p. 809.
32. Takács, A., *Az eutanáziához való jog.* Fundamentum, 2003(1): p. 125-133.
33. Kiss, J., *Az állam semlegessége.* 1997, Budapest: Atlantisz.
34. Blasszauer, B., *A jó halál.* 1984, Budapest: Gondolat.
35. Blasszauer, B., *Eutanázia.* 1997, Budapest: Medicina
36. Angyal, P., *Az ember élete elleni bűncselekmények és a párviadal.* A magyar büntetőjog kézikönyve. 1928, Budapest: Athenaeum.
37. Horváth, T., *Eutanázia és büntetőjog.* Állam- és Jogtudomány, 1972. **XV**(1).
38. Korinek, L. and Z. Ferencz, *Etikai és büntetőpolitikai megoldások az eutanázia értelmezésében.* Jogtudományi Közlöny, 1978. **12**: p. 312-317.
39. Bán, T., *Az Emberi Jogok Európai Egyezménye és a magyar jog.* Acta Humana, 1992. **6-7**: p. 1-162.
40. Sándor, J., *Az élet vagy az emberi méltóság?* Világosság, 1995. **36**(7): p. 41-50.
41. Sajó, A. and J. Sándor, *A gyógyíthatatlannak vélt halálos beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében.* Magyar Tudomány, 1996. **41**(103): p. 771-786.
42. Gyöngyösi, Z., *A beteg önrendelkezési joga,* in *Az élet és test feletti rendelkezések joga,* Z. Gyöngyösi, Editor. 2002, A HVG-ORAC Lap- és Könyvkiadó: Budapest. p. 111-226.
43. Tarr, G., *Élet és egészség, orvos és beteg, jog és erkölcs, az emberi méltóság fogalom szférájában.* 2003, Budapest: Püski Kiadó.
44. Sári, J., *Alapjogok.* 2004, Budapest: Osiris Kiadó.
45. Belovics, E., *Büntetőjog.* 2004, Budapest: HVG-ORAC.

46. Jobbágyi, G., *Eutanázia*, in *Orvosi jog. Hyppokratésztől a klónozásig*, G. Jobbágyi, Editor. 2008, Szent István Társulat Az Apostoli Szentszék Könyvkiadója: Budapest. p. 145-169.
47. Élő, G., *Életvégi döntések az intenzív terápiában - az újraélesztés etikai és jogi vonatkozásai*, in *Mental Health*. 2006, Semmelweis University: Budapest.
48. Hámori, A., *Az eutanázia fogalmi meghatározása, fajtái; erkölcsi- és jogi minősítése és kánonjogi vonatkozásai*, in *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelet az Egyház tanításában.*, A. Hámori, Editor. 2009, JEL Könyvkiadó: Budapest. p. 171-211.
49. *Orvosetikai Statutum. Etikai kódex. Eljárási szabály*, in *Etikai kódex*. 1998, Magyar Orvosi Kamara: Hungary. p. 12-13.
50. Bihari, M., *Különvélemény az Alkotmánybíróság 22/2003. sz. határozatához*. Magyar Közlöny, 2003. **43**: p. 3624.
51. Nizsalovszky, E., *A szerv- és szövetátültetések joga tekintettel más rendhagyó orvosi műveletekre*. 1970, Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
52. Hámori, A., *Életvédelem a katolikus egyház jogrendjében világi jogi összehasonlítással*. 2006, Budapest: Szent István Társulat.
53. Roxin, C., *Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe.*, in *Medizinstrafrecht*, C. Roxin and U. Schroth, Editors. 2001, Boorberg: München.
54. Erdősy, E., *A megengedett kockázat a büntetőjogban*. 1998, Budapest: Akadémiai Kiadó.
55. Horváth, T., *Az élethez való jog*. Acta Humana, 1995. **18-19**: p. 14.
56. Vincent, J.L., *Withdrawing may be preferable to withholding*. Crit Care, 2005. **9**(3): p. 226-229.
57. Zubek, L., B. Tokey, L. Szabo and G. Elo, *[Ethical and legal problems of informed consent]*. Orv Hetil, 2007. **148**(25): p. 1155-1162.
58. Zubek, L., L. Szabo, C. Dioszeghy, J. Gal and G. Elo, *End-of-life decisions in Hungarian intensive care units*. Anaesth Intensive Care, 2011. **39**(1): p. 116-121.
59. Zubek, L., L. Szabo, J. Gal, A. Ollos and G. Elo, *[Practice of treatment restriction in Hungarian intensive care units]*. Orv Hetil, 2010. **151**(38): p. 1530-1536.

60. Association, A.M. *Informed Consent*. 2011 [cited 2011 02.09.].
61. Appelbaum, P.S., C.W. Lidz and A. Meisel, *Informed consent: legal theory and clinical practise*. 1987, New York: Oxford University Press.
62. Dawes, P.J. and P. Davison, *Informed consent: what do patients want to know?* J R Soc Med, 1994. **87**(3): p. 149-152.
63. Kőszegfalvi, E., *Egészségügyi és betegjogi kézikönyv*. 2001, Budapest: KJK-Kerszöv.
64. Cassell, E.J., A.C. Leon and S.G. Kaufman, *Preliminary evidence of impaired thinking in sick patients*. Ann Intern Med, 2001. **134**(12): p. 1120-1123.
65. Dósa, Á., *Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért*. Állam- és Jogtudomány, 2002. **43**(1-2): p. 23-72.
66. Kovács, J., *Az orvosi beavatkozásokba való "tájékozott beleegyezés" elve a modern orvosi etikában*, in *A modern orvosi etika alapjai*, J. Kovács, Editor. 1999, Medicina Könyvkiadó Rt: Budapest. p. 127-156.
67. Dawson, N.V. and H.R. Arkes, *Systematic errors in medical decision making: judgment limitations*. J Gen Intern Med, 1987. **2**(3): p. 183-187.
68. White, S.M. and T.J. Baldwin, *Consent for anaesthesia*. Anaesthesia, 2003. **58**(8): p. 760-774.
69. Dósa, Á., *Az orvos kártérítési felelőssége*. 2004, Budapest: HVG-ORAC.
70. Butow, P.N., M. Maclean, S.M. Dunn, M.H. Tattersall and M.J. Boyer, *The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support*. Ann Oncol, 1997. **8**(9): p. 857-863.
71. Földvári, J., *Magyar Büntetőjog*. 2006, Budapest: Osiris Kiadó.
72. Eser, A., *Suizid und Euthanasie als human und sozialwissenschaftliches Problem*. 1976, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
73. Németh, I., *Az egészségügyi önrendelkezési jog megsértésének büntetőjogi vonatkozásai*, in *Keresztmetszet. Tanulmányok fiatal büntetőjogászok tollából*, K. Karsai, Editor. 2005, Pólay E. Alapítvány: Szeged.
74. Dósa, Á., *A tájékozott beleegyezés az európai államok jogában és a nemzetközi dokumentumokban*. Acta Humana: Emberi jogi közlemények, 1996. **25**: p. 47-61.

75. Garden, A.L., A.F. Merry, R.L. Holland and K.J. Petrie, *Anaesthesia information--what patients want to know*. *Anaesth Intensive Care*, 1996. **24**(5): p. 594-598.
76. Braddock, C.H., 3rd, K.A. Edwards, N.M. Hasenberg, T.L. Laidley and W. Levinson, *Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics*. *JAMA*, 1999. **282**(24): p. 2313-2320.
77. Butow, P.N., S. Dowsett, R. Hagerty and M.H. Tattersall, *Communicating prognosis to patients with metastatic disease: what do they really want to know?* *Support Care Cancer*, 2002. **10**(2): p. 161-168.
78. Jones, M.A., *Informed consent and other fairy tales*. *Med Law Rev*, 1999. **7**(2): p. 103-134.
79. Bellew, M., K.R. Atkinson, G. Dixon and A. Yates, *The introduction of a paediatric anaesthesia information leaflet: an audit of its impact on parental anxiety and satisfaction*. *Paediatr Anaesth*, 2002. **12**(2): p. 124-130.
80. Bolcs, A., M. Nagy and E. Pordan, [*Questions of medical responsibility*]. *Orv Hetil*, 1991. **132**(35): p. 1935-1938.
81. Jobbágyi, G., *Orvosi jog. Hippokratésztől a klónozásig*. 2008, Budapest: Szent István Társulat Az Apostoli Szentszék Könyvkiadója.
82. Meisel, A. and L.H. Roth, *What we do and do not know about informed consent*. *JAMA*, 1981. **246**(21): p. 2473-2477.
83. Lavelle-Jones, C., D.J. Byrne, P. Rice and A. Cuschieri, *Factors affecting quality of informed consent*. *BMJ*, 1993. **306**(6882): p. 885-890.
84. *A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának IV. számú állásfoglalása a betegek tájékoztatásáról*. *Orv Hetil*, 1991. **32**(2): p. 237-241.
85. Anaesthetist, A.a.N.Z.C.o. *Recommendations for the pre-anaesthesia consultation*. 2008; Available from: <http://www.anzca.edu.au/resources/professional-documents/ps7.html>.
86. Association, A.M. *Informed Consent*. 2006; Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion808.shtml>.
87. Strull, W.M., B. Lo and G. Charles, *Do patients want to participate in medical decision making?* *JAMA*, 1984. **252**(21): p. 2990-2994.

88. Törő, K., *Az orvosi jogviszony*. 1986, Budapest: KJK.
89. Veatch, R.M., *Abandoning informed consent*. *Hastings Cent Rep*, 1995. **25**(2): p. 5-12.
90. Zubek, L., L. Szabo, P.L. Lakatos, J. Papp, J. Gal and G. Elo, *Double balloon enteroscopy examinations in general anesthesia*. *World J Gastroenterol*, 2010. **16**(27): p. 3418-3422.
91. Zubek, L., L. Szabo, J. Gal, P.L. Lakatos, J. Papp and G. Elo, [*General anesthesia during double balloon enteroscopy--Hungarian experiences*]. *Orv Hetil*, 2010. **151**(48): p. 1976-1982.
92. Halmai, G., *Eutanázia: az élethez való jog része vagy korlátozása? Élet és Irodalom*, 2003. **XLVII**.(19.).
93. Kollégium, A.é.I.T.S., *Az életmentő és életfenntartó kezelésekkel kapcsolatos etikai ajánlás*. 2007: Aneszteziológiai Útmutató.
94. Vincent, J.L., *Cultural differences in end-of-life care*. *Crit Care Med*, 2001. **29**(2 Suppl): p. N52-55.
95. Bosshard, G., B. Broeckaert, D. Clark, L.J. Materstvedt, B. Gordijn and H.C. Muller-Busch, *A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries*. *J Med Ethics*, 2008. **34**(1): p. 28-32.
96. Luce, J.M., *A history of resolving conflicts over end-of-life care in intensive care units in the United States*. *Crit Care Med*, 2010. **38**(8): p. 1623-1629.
97. *Withholding and withdrawing life-sustaining therapy. This Official Statement of the American Thoracic Society was adopted by the ATS Board of Directors, March 1991*. *Am Rev Respir Dis*, 1991. **144**(3 Pt 1): p. 726-731.
98. *Fair allocation of intensive care unit resources. American Thoracic Society*. *Am J Respir Crit Care Med*, 1997. **156**(4 Pt 1): p. 1282-1301.
99. *Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments*. *Crit Care Med*, 1997. **25**(5): p. 887-891.
100. *HEALTH & SAFETY CODE*, in *Advanced Directives*. 1999: US, Texas.

101. Smith, M.L., G. Gremillion, J. Slomka and C.L. Warneke, *Texas hospitals' experience with the Texas Advance Directives Act*. Crit Care Med, 2007. **35**(5): p. 1271-1276.
102. Curtis, J.R. and J.L. Vincent, *Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit*. Lancet, 2010. **376**(9749): p. 1347-1353.
103. Azoulay, E., B. Metnitz, C.L. Sprung, J.F. Timsit, F. Lemaire, P. Bauer, B. Schlemmer, R. Moreno and P. Metnitz, *End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database*. Intensive Care Med, 2009. **35**(4): p. 623-630.
104. Bulow, H.H., C.L. Sprung, K. Reinhart, S. Prayag, B. Du, A. Armaganidis, F. Abroug and M.M. Levy, *The world's major religions' points of view on end-of-life decisions in the intensive care unit*. Intensive Care Med, 2008. **34**(3): p. 423-430.
105. Sprung, C.L., P. Maia, H.H. Bulow, B. Ricou, A. Armaganidis, M. Baras, E. Wennberg, K. Reinhart, S.L. Cohen, D.R. Fries, G. Nakos and L.G. Thijs, *The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units*. Intensive Care Med, 2007. **33**(10): p. 1732-1739.
106. Klessig, J., *The effect of values and culture on life-support decisions*. West J Med, 1992. **157**(3): p. 316-322.
107. Sprung, C.L., S.L. Cohen, P. Sjøkvist, M. Baras, H.H. Bulow, S. Hovilehto, D. Ledoux, A. Lippert, P. Maia, D. Phelan, W. Schobersberger, E. Wennberg and T. Woodcock, *End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study*. JAMA, 2003. **290**(6): p. 790-797.
108. Cohen, S., C. Sprung, P. Sjøkvist, A. Lippert, B. Ricou, M. Baras, S. Hovilehto, P. Maia, D. Phelan, K. Reinhart, K. Werdan, H.H. Bulow and T. Woodcock, *Communication of end-of-life decisions in European intensive care units*. Intensive Care Med, 2005. **31**(9): p. 1215-1221.

10. Saját közlemények jegyzéke

Disszertációhoz kapcsolódó külföldi folyóiratban megjelent közlemények

1. **Zubek L**, Szabó L, Diószeghy Cs, Gál J, Élő G: End-of-life decisions in Hungarian intensive care units. *Anaesth Intens Care* 39(1):116-121 2011.
2. **Zubek L**, Szabó L, Lakatos PL, Papp J, Gál J, Elő G: Double balloon enteroscopy examinations in general anaesthesia. *World J Gastroenterol* 16(27):3418-3422 2010.

Disszertációhoz kapcsolódó hazai folyóiratban megjelent közlemények

1. **Zubek L**, Szabó L, Gál J, Lakatos PL, Papp J, Élő G: Kettősbalon-enteroszkópiás vizsgálatoknál végzett altatások során szerzett hazai tapasztalatok. Beteg-autonómia az anesztéziában. *Orvosi Hetilap* 151(48):1976–1982. 2010.
2. **Zubek L**, Szabó L, Gál J Öllös Á, Élő G: A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon. *Orvosi Hetilap* 151(38):1530-1536. 2010.
3. **Zubek L**, Tókey B, Szabó L, Élő G: Jogos védelem: a tájékozott beleegyezés jogi és etikai problémái. *Orvosi Hetilap* 148(25) 1155-62, 2007
4. Élő G, Dobos M, **Zubek L**: Az újraélesztés etikai vonatkozásai. *Orvosi Hetilap* 147(27):1273-7, 2006

Disszertációhoz kapcsolódó idézhető absztraktok

1. **Zubek L**, Szabó L, Gál J, Élő G: Decision making process of therapy restriction in Hungarian intensive care units. *Intensive Care Medicine* 2010 36 (Suppl 2) S386 AB1196
2. **Zubek L**, Élő G, Szabó L: End-of-life decisions in Hungarian intensive care units [abstract]. *Critical Care* 2010, 14(Suppl 1);P602.
3. **Zubek L**, Élő G: Életvégi döntések magyarországi gyakorlata az intenzív osztályokon. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2009;39(S1):EA8.
4. Élő G, **Zubek L**, Péntes I: Etika és jog az intenzív terápiában. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2002;32(S2):Sz40.

5. Élő G, **Zubek L**: A gyakorló orvos jogi felelőssége. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 31. Évf. 1. Suppl. 21. 2001
6. **Zubek L**, Péntes I: Az orvosnak is vannak emberi jogai? (Az emberi jogok vonatkozásai az egészségügyi dolgozókra) *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 30. Évf. A MAITT 30. Nemzeti Kongresszusa Előadás-Kivonatok 56. 2000

Disszertációhoz nem kapcsolódó külföldi folyóiratban megjelent közlemények

1. Lakatos PL, Horváth HC, **Zubek L**, Pák G, Pák P, Fuszek P, Nagypál A, Papp J: Double-balloon endoscopy for small intestinal disease: a single-center experience in Hungary. *Medical Science Monitor*. 16(3):MT22-27, 2010
2. Lakatos PL, Fuszek P, Horváth CH, **Zubek L**, Haller P, Papp J: Double-balloon Enteroscopy for the Diagnosis and Treatment of Obscure Bleeding, Inflammatory Bowel Diseases and Polyposis Syndromes: We See More but do we Know More? *Hepato-Gastroenterology* 55:133-137, 2008

Disszertációhoz nem kapcsolódó hazai folyóiratban megjelent közlemények

1. Lakatos PL, Horváth HCs, **Zubek L**, Pák G, Németh A, Rácz I, Pák P, Fuszek P, Nagypál A, Gemela O, Papp J: A kettős ballonos endoszkópia szerepe a vékonybélbetegségek diagnózisában és kezelésében összehasonlítva a kapszulás endoszkópiával. *LAM* 19(11):691-7, 2009
2. Bognár G, Ledniczky G, Palik É, **Zubek L**, Sugár I, Ondrejka P: Wilkie's syndrome. *Magyar Sebészet*. 61(5):273-7, 2008
3. Lakatos PL, Fuszek P, Horváth HC, **Zubek L**, Papp J: A kettős ballonos endoszkópia szerepe a vékonybél betegségeinek diagnózisában és kezelésében: kezdeti tapasztalataink az első 25 vizsgálat során. *Orvosi Hetilap* 147(40):1939-44, 2006
4. Sipos P, **Zubek L**, Sperlágh M, Ondrejka P: Femoralis neuropathiát okozó retroperitoneális hematoma. *Magyar Sebészet*. 55(1):36-9, 2002

Disszertációhoz nem kapcsolódó idézhető absztraktok

1. **Zubek L**, Péntes I: Ami vagy mi? Szívultrahang kardiális dekompenzációban. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 35. Évf. 2. Suppl. 34. 2005
2. **Zubek L**, Élő G: Lenni vagy nem lenni? Érdekérvényesítés a különböző orvosi tevékenységi formák tükrében. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2002;32(S2):Sz41.
3. Kiss D, **Zubek L**, Élő G, Péntes I: A masszív pulmonális embolizáció operatív kezelése. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2002;32(S2):P24.

4. **Zubek L**, Élő G, Péntes I.: Érdekérvényesítési lehetőségek az egészségügyben. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 31. Évf. 1. Suppl. 8. 2001
5. **Zubek L**, Szalai J, Pác O, Élő G, Soltész I, Péntes I: Toxémia okozta SIRS. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 31. Évf. 1. Suppl. 26. 2001
6. Varga I, Diószeghy Cs, Hauser B, **Zubek L**, Péntes I: Klinikai tapasztalataink az intrapulmonalis perkusszionáló lélegeztetéssel. *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* XXVIII. Évf. II. Suppl. 11-12. 1998

11. Köszönetnyilvánítás

A dolgozat létrejöttében kisebb-nagyobb részt vállaló tanárain, kollégáim száma igen nagy, így csak a munkám folyamán legnagyobb segítséget nyújtó személyek kiemelésére szorítkozhatom. Mindenekelőtt munkahelyi vezetőim segítségét köszönöm, a kutatás elindításában Dr. Péntes Istvánnak, a dolgozat megírásában és a publikációk megjelentetésében Dr. Gál Jánosnak tartozom hálával.

Dr. Kovács József a téma vezetését mindenkor „etikusan” végezte, a kezdetben csapongó gondolataimat finom kézzel terelte a helyes irányba, és nagy szerepe volt az életvégi triage megfogalmazása során felmerülő etikai kérdések helyes megválaszolásában. Szintén sok gyakorlati segítséget kaptam Doktori Iskolánk vezetőjétől Dr. Bitter Istvántól, aki a doktori képzés viszontagságai alatt biztos kézzel irányította utamat a végső cél felé.

A legtöbb gyakorlati segítséget Dr. Élő Gábortól, kutatótársamtól kaptam, akivel sok-sok napot beszélünk át az életvégi döntések hazai helyzetéről, és személyesen is nagy szerepet vállalt a vizsgálatok megtervezésében. A kutatások gyakorlati megvalósítását Horváth Lilla, Óllós Ádám, Szegi Szabolcs, és Szigeti Szabolcs TDK-s hallgatóim segítették munkájukkal.

Az eredmények statisztikai értékelésében nagy segítséget jelentettek Dr. Prohászka Zoltán tanácsai, aki elfoglaltsága ellenére sokszor már a vizsgálat tervezésében is részt vett.

Mindenképpen ki kell emelnem Charles Sprung és Jean-Louis Vincent professzorok nevét, akik a témában kiemelkedő nemzetközi irodalmi munkásságuk mellett gyakorlati tanácsokkal is elláttak a téma feldolgozása és prezentációja során.

Végül kutatócsoportunk másik állandó tagjaként köszönetet szeretnék mondani feleségemnek Dr. Szabó Lénának, aki az „otthoni háttér” megteremtése mellett nagy segítséget nyújtott az adatok statisztikai elemzésében, az ábrák elkészítésében és a nyelvi lektorálás területén.

12. Melléklet

Életvégi döntések az intenzív osztályon kérdőív

1.Milyen munkakörben dolgozik?

- a) orvos b) nővér c) gyógytornász d) egyéb.....

2.Milyen típusú intenzív osztályon dolgozik?

- a) Egyetemi klinika
b) Regionális centrum (megyei kórház)
c) Városi kórház (multidiszciplináris)
d) Monodiszciplináris intenzív osztály
e) Egyéb:.....

3.Hány éve dolgozik intenzív osztályon?

- a) 0-5 éve b) 6-10 éve c) 11-15 éve d) több mint16 éve

4.Neme: a) Nő b) Férfi

5.Világnézete

- a) Hívő, vallását gyakorolja
b) Hívő, vallását nem gyakorolja
c) Ateista
d) Nem nyilatkozom

6.Szakmai képzettsége

- a) Magyar általános orvosi diploma
b) Magyar intenzív terápiás szakvizsga
c) Intenzív terápiás szakápoló
d) Diplomás ápoló
e) Általános ápoló
f.) OKJ-s ápoló
g) Külföldön szerzett szakképesítés
h) Egyéb:.....

Kérjük, jelölje be a 0-5-ig terjedő skálán, hogy az alábbi szempontok mennyire játszanak szerepet gyakorlatukban. (0-egyáltalán nem, 5-nagyon fontos szempont).

7. Befolyásolja-e az intenzív osztályos *betegfelvételt* a szabad ágyak száma?

0 1 2 3 4 5

8. Befolyásolják-e az intenzív osztályos *betegfelvételt* a rendelkezésre álló személyi feltételek?

0 1 2 3 4 5

9. Befolyásolják -e az intenzív osztályos *betegfelvételt* a rendelkezésre álló tárgyi feltételek?

0 1 2 3 4 5

10. Ha a beteg vagy a beteg hozzátartozója visszautasítja a beteg intenzív osztályra történő szakmailag indokolt felvételét, ezt a kérést figyelembe vesszük.

0 1 2 3 4 5

11. Az *intenzív kezelés* korlátozását befolyásolja a rendelkezésre álló ágyak száma.

0 1 2 3 4 5

12. Az *intenzív kezelést* esetenként személyi feltételek hiánya miatt korlátozzuk.

0 1 2 3 4 5

13. Az *intenzív kezelést* tárgyi feltételek hiánya miatt kényszerülünk korlátozni.

0 1 2 3 4 5

14. Amennyiben előfordul a kezelés korlátozása, az erről hozott döntést megalapozza:

a) A beteg kívánsága:

0 1 2 3 4 5

b) A belátási képességgel nem rendelkező beteg hozzátartozójának kérése:

0 1 2 3 4 5

c) Az intenzív osztályos kezelések korlátozásáról szóló döntést alapvetően a beteg aktuális állapotának teljes körű ismerete alapján hozzuk meg (a beteg/hozzátartozó kívánsága ebben az esetben másodlagos).

0 1 2 3 4 5

d) Az intenzív osztályos kezelések korlátozása tekintetében figyelembe vesszük a betegség hosszú távú kilátásait, különösen a lehetségesen elérhető életminőséget.

0 1 2 3 4 5

e) Az ápoló személyzet (nővérek- gyógytornászok-dietetikusok) véleménye:

0 1 2 3 4 5

Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre!

15. Részleges terápia korlátozás történik-e osztályukon? Amennyiben igen, kérjük jelölje meg, hogy milyen formákban fordulhat ez elő? (több lehetőséget is megjelölhet)

- a. Igen, a lélegeztetés megszüntetésével.
- b. Igen, a táplálás felfüggesztésével.
- c. Igen, a vasoaktív terápia leállításával.
- d. Igen, az antibiotikus kezelés leállításával.
- e. Igen, a vértisztító eljárás leállításával.
- f. Nem történik kezelés korlátozása osztályunkon
- g. Amennyiben korlátozzuk a kezelést, minden terápiát egyszerre állítunk le

16. Az Ön megítélése szerint a teljes betegforgalom kb. hány százalékánál történt osztályukon:

- a. DNR:....
- b. Kezelés meg nem kezdése/visszavonása:.....
- a. A haldoklás rövidítése (fájdalomcsillapítók/altatók adásával):.....

17. Kezdeményezett-e a kezelt beteg illetve hozzátartozója életvégi döntést az elmúlt évben? Ha igen, hány alkalommal?

- a. Nem
- b. Igen,alkalommal

18. Mit tenne, amennyiben a beteg illetve hozzátartozója kívánja a kezelés felfüggesztését, de Ön még lát esélyt?

- a. Igyekeznek meggyőzni a beteget/hozzátartozót a kezelés szükségességéről, amennyiben ez sikertelen, a kívánságnak megfelelően felfüggesztem a kezelést.
- b. Igyekeznek meggyőzni a beteget/hozzátartozót a kezelés szükségességéről, amennyiben ez sikertelen, figyelmen kívül hagynám a kívánságot, és tovább kezelném a beteget
- c. Egyéb,éspedig:.....

19. Mit tenne, amennyiben Ön már nem lát esélyt betege gyógyulásra.

- a. Nem tájékoztatom sem a beteget sem a hozzátartozókat a beteg állapotáról és felfüggesztem a kezelést.
- b. Nem tájékoztatom sem a beteget sem a hozzátartozókat a beteg állapotáról és folytatom a kezelést tovább.
- c. Tájékoztanám a beteget illetve hozzátartozót a beteg állapotáról, és véleményüktől függetlenül felfüggeszteném a kezelést.
- d. Tájékoztanám a beteget illetve hozzátartozót a beteg állapotáról, igyekeznék meggyőzni a kezelés hiábavalóságáról, de ennek sikertelensége esetén folytatnám a kezelést.
- e. Egyéb, éspedig:.....

20. Létezik-e terápiás protokoll az osztályukon bármilyen betegséget illetve kezelést illetően?

- a. Igen, írásos
- b. Igen, szóbeli
- c. A szakma szabályai szerint járunk el, protokoll nélkül

21. Létezik-e DNR protokoll az osztályukon?

- a. Igen, írásos
- b. Igen, szóbeli
- c. Nem