

Bioetika

Etika – orvosi etika – fogalmak – történet

Etikai alapelvek az egészségügyben

A titoktartás

A tájékozott beleegyezés

A fájdalom és szenvedés etikai vonatkozásai

A haldokló beteg ellátásának etikai vonatkozásai

Az eutanázia

A szerv- és szövettranszplantáció etikai kérdései

Orvosbiológiai kutatások

Etikai kérdések a családtervezésben

A gyermekek ellátásának etikai kérdései

Különleges esetek ápolásának etikai kérdései

Allokációs problémák az egészségügyben

Etika – ethosz (görög szó)

Jelentése: szokás, **erkölcs**, **illem**, jellem, gondolkodásmód, hagyomány

Filozófiai jellegű tudomány – erkölccsel foglalkozó tudomány

Tárgya: erkölcs (társadalmi jelenség)

Funkciója: az emberek magatartásának szabályozása

- erkölcs tudatos megismerése
- helyesnek tartott emberi magatartást meghatározó normák összessége
- emberi cselekvés helyes, helytelen voltának tudománya, erkölcs formálója, mindennapi életünk fontos része
- „Minden dolgot figyelembe véve” mit kell tenni egy adott szituációban?

Gyökerei Szókratészig nyúlnak vissza:

- Szókratész óta kísért az a tévedés, hogy aki megismerte, hogy mi a jó, az teszi is azt, vagyis erkölcsösebben cselekszik

Szaketika: egyes foglalkozások, hivatások etikája

Etika részei

1. Deskriptív (leíró) etika – „van”

az erkölcs vizsgálatának tudományos módszere

- **erkölcsszociológia**

- egy adott társadalom tényleges erkölcsi állapotát írja le
- milyen elveket, normákat vallanak
- milyen elvek, normák szerint viselkednek
- hirdetett – gyakorolt normák

- **erkölcspszichológia**

erkölcsi normák tanulása, belsővé válása

„Az újszülöttek világra jövétele rendszeresen ismétlődő barbár invázió.”
(Talcott Parsons)

2. Normatív (preskriptív – előíró) etika – „legyen”

erkölcsileg helyes normák, viselkedések

- hogyan kellene az adott társadalomban az embereknek viselkedniük
- az erkölcsi jó és rossz elhatárolása

- **általános etika** – általános és elvont módon igyekeznek válaszolni:
„Hogyan kell élnem?”, „Mit kell tennem?”

„Ne ölj!” – „Emberhúst ne egyél!”

- **alkalmazott etika** – egy adott szakma gyakorlása közben felvetődő konkrét erkölcsi kérdésekkel foglalkozik

- az általános etika elveit próbálja alkalmazni konkrét problémákra

1960-as évektől külön diszciplína – mára számos ág:

környezetvédelmi etika, üzleti etika, újságíró-etika,
jogászetika, bioetika

Egészségügy: emberi élet, egészség védelme, az ember méltóságának tisztelete

3. Metaetika (analitikus etika)

etika ismeretelmélete – fogalmi analízis

- az etika alapjait, előfeltevéseit, az erkölcsi érvelés logikáját, szabályait vizsgálja
- az etikáról való gondolkodás
 - „Mi az erkölcs?”
 - „Mit jelent a jó, a rossz, a helyes, a helytelen?”
 - „Mit jelent az erkölcsi igazság fogalma?”
 - „Vannak-e az etikában objektív igazságok, vagy minden pusztán vélekedés, szubjektív ítélet kérdése?”

(normatív etikától kb. 50 éve különült el)

Ápolók etikai problémái közül:

- pártfogás
- felelősség
- lojalitás

Normatív etikai elméletek

(etika módszertana: hogyan lehet az erkölcsben érvelni)

- **Deontológiai** (formalista) elmélet
 - **Konzekvencialista** (teleológiai) elmélet
 - **Deontológiai elmélet: kötelességek tana** (deon – kötelesség, logosz – tudomány)
 - **szabályok, törvények tiszteletben tartása, követése**
 - „Teljesítsd kötelességeidet, tartsd be a mindenki által ismert erkölcsi szabályokat!” – függetlenül a következményektől
- Immanuel **Kant** (1724-1804): – kategorikus imperatívusz (feltétlen erkölcsi parancs)
- univerzalizáció elve – általános törvénnyé váljon:
 - „Cselekedj úgy, hogy akaratod maximája (cselekvés szubjektív elve) mindenkor az általános törvényhozás elvéül is szolgálhasson.”
 - az ember mint öncél – az ember nem lehet eszköz, csak cél:
 - „Cselekedj úgy, hogy az emberiséget mind saját személyedben, mind mindenki más személyében mindig célnak is, sohasem pusztán eszköznek tekintsd!”

Legelső – szabályban megfogalmazott – **kötelességek:** Tízparancsolat

„Ne ölj!” – „Ne hazudj!” – „Ne lopj!” – „Ígéreteidet tartsd be!”

(„Lehetőleg ne ölj!”) („Ritkán hazudj!”)

[Gyilkos keresi a barátomat: hol bujkál?]

„Legyen igazságosság, s vesszen a világ!”

A szabályok betartása önmagában érték (nem azért, mert hasznos)

Ne hazudj! ≠ Mindig mondd meg az igazat!

– az igazság elhallgatása nem azonos a hazugsággal

pl. a betegnek mindig igazat kell mondani

– a hazugság mindig az alapvető kötelesség megszegése

– mindenkinek joga van ahhoz, hogy ne hazudjanak neki

Egészségügy: az élet megmentésének, megóvásának kötelessége

Aranyszabály (Újszövetség): „Amit akartok, hogy veletek tegyenek az emberek, ti is tegyétek velük.” (Máté, 7:12)

mai negatív – pozitív megfogalmazása

- **Konzekvencializmus**: (konzekvencia – következmény)

[teleológiai elmélet: (telosz – cél)]

a tettek a következményekkel összhangban helyesek vagy helytelenek

- **Utilitarizmus** – hasznosság elve (haszonelvűség)

a legtöbb embernek a legtöbb jót

Jeremy **Bentham** (1748-1832) – „a lehető legnagyobb *boldogság*
(kvantitatív hedonista) a lehető legtöbb ember számára”

John Stuart **Mill** (1806-1873) – vannak magasabb és
(kvalitatív hedonista) alacsonyabb rendű örömök

„Jobb elégedetlen embernek lenni, mint elégedett disznónak;
jobb elégedetlen Szókratésznek lenni, mint elégedett ostobának.”

érték, *jó* fogalma változik: boldogság, öröm, élvezet, egészség, bátorság,
tudás

– *tett-utilitarizmus*

- az egyén helyzetében melyik a legjobb, a leghasznosabb cselekvés
- egy cselekvés helyessége vagy helytelensége annak függvénye, hogy milyen mértékben járul hozzá a jó maximalizálásához

(haldokló barát – betétkönyvet gazdag ismerősnek – művesekezelésre)

– *szabály-utilitarizmus*

- a cselekvés helyessége vagy helytelensége az elfogadott társadalmi szabályokhoz való alkalmazkodástól függ

közlekedés – szabályok nélkül káosz – kiszámítható legyen

Orvosi etika – bioetika

(különbség: a problémák megközelítési módjában)

Hippokratész (Kr. e. 460–377): hagyományos, vagy tradicionális orvosi etika

- ami orvosilag jó eljárás – erkölcsileg is jó – paternalisztikus
 - nem ártani
 - jogtalanságot nem elkövetni
 - titoktartás kötelezettsége

Orvosi etika: gyógyítás sajátos erkölcsi normarendszere

- tradíciókra, orvosi testületek által összeállított orvosetikai kódexekre támaszkodik → orvosi szakma értékrendjét tükrözi
 - „*kódexetikai*” megközelítés (hivatás etikai standardjai)
- létező kódexek nyelve: az orvos kötelességei oldaláról fogalmaztak
- egyik fél hatalmi pozícióban van (tanár–diák, ügyvéd–ügyfél, orvos–beteg)

Egyéb elnevezések: orvosetikai problémák megközelítésének egy–egy fontos szempontját hangsúlyozzák:

klinikai etika, egészségügyi etika, nővéretika, ápolásetika

Bioetika: a modern biológia és orvostudomány által felvetett erkölcsi kérdések szisztematikus filozófiai vizsgálata

1960–70-es évektől alakult ki, a medicinában történt változások nyomán:

- teamek gyógyítanak
- technikaorientált (diagnosztikai vizsgálatok, labor leletek, gépek, agresszív terápiák)
- kutatás–kísérletezés
- hatékonyság, egyenlőség, igazságosság
- jótékonyág–gyógyítás

(ami szakmailag eredményes – erkölcsileg esetleg elfogadhatatlan lehet)

Etika iránti érdeklődés felerősödik

⇒ a hagyomány már nem elegendő az új erkölcsi kérdések megválaszolásához

Bioetika kialakulásának két fő oka:

- modern egészségügyi ellátás:
 - csapatmunka (orvos, nővér, ápoló, dietetikus, pszichológus, filozófus, teológus, jogász, biológus, mérnök, gyógytornász, szociológus)
 - nem orvos társadalom részvétele az egészségügy etikai normáinak kialakításában
- betegek beleszólási igénye:
 - egészségügyi ellátásuk körülményeibe
 - az azt irányító erkölcsi elvek kialakításába

erkölcsi pluralizmus – viták

létező kódexek nyelve: a betegek jogai oldaláról fogalmazzák meg a deklarációkat

bioetika – az ápolás területén jelentkező morális problémákat is magában foglalja

Ápolásetika

külön diszciplína – nem csak az orvosi etika része – más nézőpont

Feladata:

- klinikai, ápolási szituációkban felmerülő speciális erkölcsi problémák megvitatása, megoldása (Magyarország: gyakorlatban feszültségek: pl. ápolói anamnézis, ápolói diagnózis)

Egészségügyi ellátás nemcsak orvosi ellátás!

Egészségmegőrzésben, betegségek megelőzésében, konstruktív életvezetés elsajátíttatásában:

- ápolók, egészségnevelők, gyógytornászok, természetgyógyászok, laikus gyógyítók szerepe

Ápolás iránti legfontosabb erkölcsi követelmény: beteg jóllétének biztosítása

Értékek szerepe az ápolói munkában:

- élet mentése
- ápolás, gondozás

Értékrend tisztázása – egyén személyes értékhierarchiájának megértése, értékek sérülésének elkerülése

Társadalom – egyén számára:

– egyik legnagyobb érték: egészség

prioritást élvez: egészség ⇒ megőrzése, helyreállítása,
betegség megelőzése

⇐ az ápolás–gondozás értékmentő funkciója

WHO-definíció szerint: az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét
állapota s nem csupán a betegség illetve a nyomorékság hiánya

Egészség megőrzése → társadalmilag elvárható, elérhető norma
– negatív társadalmi hatások (munkanélküliség, elszegényedés)

Betegség: átértékeli a megváltozott minőségű emberi élet aktuális értékeit
– elviseléséhez: hit, remény, belenyugvás, bölcsesség

„életet véd az élet akarása” – „mindenütt korlátok vannak, csak másfélék”
(Losonczy Ágnes)

Hivatásos ápolói munka alapvető értékei:

1. *esztétika* (a megnyugvást nyújtó tárgyak, események és személyek tulajdonságai)
 2. *önzetlenség* (mások jóllétének tiszteletben tartása)
 3. *egyenlőség* (azonos jogok és kiváltságok)
 4. *szabadság* (a választás vagy a tevékenységek gyakorlásának lehetősége)
 5. *emberi méltóság* (az egyén elidegeníthetetlen tulajdonsága)
 6. *igazságosság* (morális és jogi alapelveken alapuló méltányos eljárás)
 7. *igazmondás* (a tényekhez vagy a valósághoz való hűség)
- (Ápolói Szakkolégiumok Amerikai Egyesülete – 1986)
(Potter, P. A. – Perry, A. G.)



Etikai alapelvek gyakorlati megvalósulásának iránya

Ezek az elvek – minden ország ápolói kódexének bevezetőjében

⇒ Ápolónők Nemzetközi Tanácsa:

„Az ápolás iránti igény egyetemes. Az ápolás velejárója az emberi élet, méltóság és jogok tisztelete. Ezt nem korlátozhatja a nemzetiségi hovatartozás, a faj, a vallás, a bőrszín, az életkor, a nem, a politikai vagy a társadalmi státusszal kapcsolatos szempontok.” (Ápolói Kódex – 1973)

Kódexek:

- hitvallások – értékes útmutatót adnak a szakemberek felelősségére vonatkozóan
- parancsok – előírások sorozata (viselkedést szabályozzák)

Ápolónő alapvető kötelessége:

- egészség elősegítése
- betegség megelőzése
- egészség helyreállítása
- szenvedés megkönnyítése

Alapvető értékek az ápolói munkában:

- gondoskodás (ápolói munka központi értéke)
 - tevékenység, erény, etikai alapelv, létmód
- felelősség és számonkérhetőség
- az ápoló mint szószóló

Ápolásetika: a szakmai tudás mellett az ápolás, a gondoskodás minőségét garantálja

Ápolásetika története

Beteg segítője – története végigkíséri az emberiség történetét

Biblia (Újszövetség: Lukács evangéliuma): irgalmas szamaritánus

[Jeruzsálem – Jerikó – pap, levita, szamáriai – olaj, bor sebeire – fogadóban ápolta – két dénár]



jótekonyság elve



kötelesség mindazok számára, akik hivatásuk gyakorlása során magasabb erkölcsi érzékkel kell hogy rendelkezzenek (beteg érdeke az első)

Amerikában: Irgalmas Szamaritánus Törvények ⇒ egészségügyi dolgozók sürgős esetben ellátást nyújthatnak (közúti baleset), akkor is, ha nincs meg a megfelelő kompetenciájuk (jogi védelem)

Hippokratészi esküből levezetett alapelv: „**nem ártani**” („primum nil nocere”)
gyógyítás személyhez kötött

– gyógyítás, ápolás–gondozás egy személy feladata – orvos (polihisztor)

Fájdalom (gyógyuláshoz nélkülözhetetlen):

– beteg felkészítése (pl. injekció)

szülők: gyerek fenyegetése orvossal, kórházzal)

Felnőtt beteg: együttműködés, beleegyezés

- kiszolgáltatott, gondoskodásra szorul – nem visszaélni a „hatalommal”
- „nem ártani” – szavakkal sem

Kolostorokban folyó betegápolás (testi, lelki szükségletek kielégítése):

- emberbaráti tevékenység
- formális ápolóképzés és oktatás nem volt
- csecsemőgondozó cseléd-ként alkalmazták

minőségi változások, reformok

Ápolói hivatás példaképei

az egészségügyi hivatás, a rendkívüli helyzetben való helytállás úttörői

Florence Nightingale (1820-1910)

kórház – beteg ember – ápolói tevékenység (személy) tanulmányozása



ápolónők kötelességei:

- pontosság
- önállóság
- felelősség
- megbízhatóság
- fegyelem
- rend
- módszeresség

1853–1856: Krími háború (Törökország – Oroszország között
– Anglia, Franciaország 1854-től)

– sebesültek ápolták a haldoklókat

1854. dec.: néhány nővérrel együtt megszervezte a sérült katonák ápolását

„Lámpás Hölgy” – lámpa: ápolás szimbólumává vált

„Jegyzetek a kórházról” – „Jegyzetek az ápolásról” (1858–1859)

Írásaiban megjelent etikai alapelvek: ápolásetika alapjainak tekinthetők

„Az ápolónő legyen *józan; becsületes és megvesztegethetetlen; legyen igazmondó és megbízható; legyen pillanatra pontos és hajszálíg rendes; gyorskezü, de nem kapkodó, szelíd de nem lassú, nyájas, de nem fecsegő; tapintatos, de sohasem tétovázó; legyen derűs és bizakodó, tiszta a saját személyében és tisztaságot teremtő a beteg körül, legyen szíves és szolgálatkész, a betegekre gondoljon és ne önmagára.*”

Florence Nightingale fogadalom ápolónők számára:

Isten és az egybegyűltek előtt ünnepélyesen fogadom, hogy életem erkölcsi tisztaságát megőrzöm és hivatásomat hűséggel ellátom.

Tartózkodni fogok minden veszélyes és ártalmas dologtól és nem szedek vagy másoknak tudatosan nem adok semmilyen ártalmas gyógyszert.

Minden erőmmel azon leszek, hogy küldetésem színvonalát emeljem és bizalmasan fogok kezelni minden személyes és családi ügyet, amely hivatásom végzése során tudomásomra jut.

Elkötelezetten törekszem arra, hogy az orvos munkáját segítsem, és kötelezem magam, hogy mindazok jólétéért fáradozzam, akiket gondjaimra bízta.

Hippokratészi eskü:

Esküszöm az orvos Apollónra, Aszklépioszra, Hügeiára, Panakeiára, az összes istenre és istennőre, őket híva tanúul, hogy erőmhöz és belátásomhoz mértén teljesíteni fogom eskümet és alábbi kötelezettségemet.

Az orvostudományban mesteremet ugyanolyan tiszteletben részesítem majd, mint szüleimet; megosztom vele megélhetésemet, és ha nélkülöz, gondoskodni fogok ellátásáról; fiait saját fivéreimnek fogom tekinteni, és ha ők is el akarják sajátítani az orvostudományt, fizetség és szerződés nélkül megtanítom majd nekik.

Gondom lesz rá, hogy a tudományt, a szóbeli és minden más felvilágosítást ismertessem fiaimmal és mesterem gyermekeivel, valamint azokkal a tanítványokkal, akiket szerződés és az orvosi törvény alapján tett eskü kötelez, de (rajtuk kívül) senki mással sem.

Az életmódra vonatkozó szabályokat a betegek hasznára kamatoztatom majd erőm és belátásom szerint, megóva őket a bajtól és a kártevéstől.

Senkinek sem adok majd mérget, még ha kéri is; sőt még csak ilyen tanácsot sem adok neki. Hasonlóképp egyetlen asszonynak sem adok magzatelhajtó méhgyűrűt.

Tisztán és szeplőtlenül fogom eltölteni életemet, gyakorolni mesterségemet. Nem alkalmazok vágást még akkor sem, ha az illetők kőtől szenvednek is; az ilyen feladatot azoknak hagyom meg, akik ebben szakemberek.

Bármely házba lépek is be, azért megyek oda, hogy hasznára legyek a betegeknek, tartózkodva minden szándékos jogtalanságtól és kártevéstől, főleg attól, hogy nemi visszaélést kövessék el nők vagy férfiak testén, legyen szó akár szabadokról, akár rabszolgákról.

Foglalkozásom gyakorlása közben vagy azon kívül bármit is látok, illetve hallok az emberekkel való érintkezés során, aminek nem szabad nyilvánosságra kerülnie, arról hallgatni fogok, és azt mint titkot őrzöm.

Ha teljesítem és nem szegem meg eskümet, adassék meg nekem, hogy örömeimet lelhessem életemben és hivatásomban, mindig elismerésben részesüljek minden ember részéről; ha viszont fogadalmamat megsértem és hamisan esküszöm, akkor az ellenkező sors jusson nekem osztályrészül.

Kossuth Zsuzsanna (1817-1854)

1848–1849-es szabadságharc idején fejtette ki betegápolást szervező tevékenységét

- erkölcsi tartás, humánus gondolkodás, példamutató magatartás
- honfitársnői körében megszervezte a sebesültek ápolását

II. világháború ⇒ Nürnbergi Kódex (orvosi kísérletek – betegtájékoztatáson alapuló beleegyezés)

Ápolásetika modern fejezete:

- ember pszichoszomatikus egységként való kezelése
- gyógyító technika fejlődése
- személyorientált, betegorientált ápolási technikák, ápolási modellek
- csúcstechnológiák alkalmazása
- elmélet és gyakorlat összekapcsolása a beteg ember egységes ellátása érdekében

Ápolónők Nemzetközi Tanácsa (ICN): ellátás színvonalának javítása, támogatás nyújtása, jogi, etikai standardok felállítása és megvalósítása

Ápolói Kódex:

Az ápoláshoz alkalmazott etikai fogalmak (1973):

Az ápolónő alapvető kötelessége négyirányú: az egészség elősegítése, a betegség megakadályozása, az egészség helyreállítása, a szenvedés enyhítése.

Az ápolás iránti igény egyetemes. Az ápolás velejárója az emberi élet, méltóság és jogok tisztelete. Ezt nem korlátozhatják a nemzetiségi hovatartozás, a faj, a vallás, a bőrszín, az életkor, a nem, a politikai vagy a társadalmi státusszal kapcsolatos szempontok.

Az ápolónők egészségügyi szolgálatot tesznek az egyénnek, a családnak és a közösségnek és koordinálják szolgálataikat a velük kapcsolatban lévő csoportok szolgálataival.

Az ápolónők és embertársaik

Az ápolónő elsődleges kötelessége azon emberek iránt áll fenn, akik ápolást-gondozást igényelnek.

Az ápolónő a munkája során környezetet teremt, amelyben az egyén értékeit, szokásait és hitét tiszteletben tartják.

Az ápolónő bizalmasan kezeli a személyes információkat és ítélőképessége szerint osztja meg ezeket másokkal.

Az ápolónők és a gyakorlat

Az ápolónő személyesen felelős az ápolói gyakorlatért és azért, hogy szakértelmét folyamatos tanulással növelje.

Az ápolónő az ápolás-gondozás legmagasabb színvonalát tartja fenn addig, amíg csak lehetséges egy konkrét helyzet realitásán belül.

Az ápolónő felhasználja ítéliképességét az egyéni kompetenciára vonatkozóan, amikor felelősséget fogad el, vagy ruház át másokra.

Az ápolónőnek, amikor szakmai minőségben tevékenykedik, mindig olyan viselkedési normákat kell teljesítenie, amelyek a szakma becsületére válnak.

Az ápolónők és a társadalom

Az ápolónő osztozik más állampolgárokkal abban a felelősségben, hogy olyan cselekvést kezdeményezzen és támogasson, amely az ember egészség és társadalmi igényeinek kielégítését szolgálja.

Az ápolónők és a munkatársak

Az ápolónő együttműködő kapcsolatot tart fenn munkatársaival az ápolásban és más területeken.

Az ápolónő megfelelő cselekedethez folyamodik, hogy megvédje az egyént, amikor gondozása veszélyeztetve van akár egy munkatárs, vagy bárki más személy által.

Az ápolónők és a hivatás

Az ápolónő játssza a főszerepet az ápolói gyakorlat és az ápolói oktatás kívánatos normáinak eldöntésében és végrehajtásában.

Az ápolónő aktív a szakmai alaptudás fejlesztésében.

Az ápolónő szakmai szervezeten keresztül tevékenykedve részt vesz az egyenlő társadalmi és gazdasági munkafeltételek létrehozásában és fenntartásában, az ápolói munkában.

(Ápolónők Nemzetközi Tanácsa – 1973)

Ápolói Kódex:

1. Az ápolónő szolgálatokat nyújt, tiszteletben tartva a kliens emberi méltóságát és egyéniségét, tekintet nélkül annak társadalmi státuszára, személyes tulajdonságaira vagy egészségi problémái természetére.
2. Az ápolónő megóvja a kliens magánélethez való jogát azáltal, hogy megőrzi a bizalmas természetű információkat.
3. Az ápolónő tevékenysége során megóvja a beteget és a társadalmat, amikor az egészséggondozás és a biztonság veszélyeztetetté és etikátlanná válik, bármely személy inkompetens, vagy illegális gyakorlata által.
4. Az ápolónő felelősséget vállal az egyéni ápolói ítéletekért és cselekedetekért.
5. Az ápolónő fenntartja kompetenciáját az ápolásban.
6. Az ápolónő kellő tájékozódás alapján dönt, egyéni illetékesség és képzettség alapján kér tanácsot, vállal felelősséget, és bíz ápolási feladatokat másokra.
7. Az ápolónő részt vesz olyan tevékenységekben, amelyek hozzájárulnak a szakmai tudás folyamatos fejlesztéséhez.

8. Az ápolónő részt vesz a szakma erőfeszítéseiben, hogy az ápolás normáit alkalmazza és javítsa.
9. Az ápolónő részt vesz a szakma azon erőfeszítéseiben, amelyek a magas színvonalú ellátáshoz szükséges munkafeltételek megteremtésére és fenntartására irányulnak.
10. Az ápolónő részt vesz a szakma erőfeszítéseiben, hogy megvédje a nyilvánosságot a helytelen tájékoztatástól, és fenntartsa az ápolás egységét.
11. Az ápolónő együttműködik az egészségügyi szakmák tagjaival és más állampolgárokkal abban, hogy elősegítsék a közösségi és nemzeti erőfeszítéseket a népesség egészségügyi igényeinek kielégítésére.

(Amerikai Ápolónők Egyesületének Ápolói Kódexe – 1976)

Ápolónők, Szülésznők és Védőnők Szakmai Viselkedési Kódexe:

Minden szakképzett ápolónő, szülésznő és védőnő mindig úgy cselekedjék, hogy az megfeleljen a belévetett bizalomnak, fokozza szakmája jó hírnevét és tisztességét. Szolgálja a társadalom érdekeit és mindenk felett örködjön az egyes betegek és ügyfelek érdekei felett.

Minden szakképzett ápolónő, szülésznő és védőnő felelősséggel tartozik tevékenységéért; és szakmai felelőssége gyakorlása során köteles:

1. Mindig oly módon kell cselekedni, hogy az a beteg/ügyfél jólétét és érdekeit elősegítse és őrizze.
2. Biztosítani, hogy részéről vagy hatáskörében semmilyen olyan cselekedet, vagy mulasztás nem történik, amely káros a beteg/ügyfél állapotára, vagy biztonságára.
3. Felhasználni minden lehetséges alkalmat szakmai tudása és kompetenciája fenntartására és fejlesztésére.
4. Felismerni kompetenciájának korlátait; és az olyan esetekben visszautasítani a kijelölt feladatot, ha előtte nem kapott utasításokat ezekre, vagy nem tekintette kompetenciáján belülieknek őket.

5. Tevékenységét más egészségügyi dolgozókkal együttműködő módon végezni, és azok tevékenységét az egészségügyi teamen belül elismerni és tisztelni.
6. Figyelembe venni a beteg/ügyfél szokásait, értékeit és lelki meggyőződését.
7. Közölni az illetékes személlyel vagy hatósággal lelkiismereti kifogását, amely szakmai munkáját érintheti.
8. Elkerülni minden visszaélést a beteggel/ügyféllel kapcsolatban, valamint távol tartani magát a beteg tulajdonától, lakásától, vagy munkahelyétől.
9. Tiszteletben tartani mindazokat az információkat, amelyeket szakmai gyakorlata folyamán megtud és nem nyilatkozhat ezekről az információkról a beteg/ügyfél, vagy a beteg/ügyfél nevében cselekedni jogosult személy hozzájárulása nélkül, kivéve, ha a közlést törvény, vagy bírósági rendelet írja elő, vagy a köz érdekében szükséges.
10. Figyelembe venni az ellátás környezetét és a megfelelő erőforrásokat, annak fizikai, pszichológiai és szociális hatásait a betegre/ügyfélre nézve. Köteles a megfelelő személyek vagy hatóságok tudomására hozni minden olyan körülményt, amely veszélyeztetheti a beteget/ügyfelet, s azokat a körülményeket, melyek szemben állnak a biztonságos gyakorlat normáival.

11. Figyelembe venni a kollegák teherbírását és megfelelő lépéseket tenni, ha ez visszaélést jelent az egyes munkatársakkal, vagy veszélyezteti a gyakorlat biztonságos standardjait.
12. Saját tudása, tapasztalata és hatásköre keretében segíteni a vele egyenrangúakat és az alárendelteket, igényeiknek megfelelően, szakmai kompetenciájuk fejlesztésében.
13. Visszautasítani bármilyen ajándékot, kedvezményt, vagy vendéglátást, amelyet jogosulatlan befolyás, kedvezőbb bánásmód megszerzése érdekében ajánlanak fel.
14. Elkerülni szakmai végzettségének felhasználását kereskedelmi termékek reklámozására azért, hogy ne kompromittálja a szakmai ítélet függetlenségét, amelyben a beteg/ügyfél bízik.

(UKCC Code of Professional Conduct for the Nurse – 1984)

Az orvosi etika alapelvei

Az etikai elméletekből levezetett alapelvek tekintetében nagy a konszenzus.
Konkrét bioetikai kérdések megoldása során az alapelveket mindig figyelembe kell venni.

1. Az autonómia tiszteletének elve

2. „Ne árts!” elve

3. Jótékonyág elve

4. Igazságosság elve

Jól segítik az etikai dilemmák megoldását, megadják a figyelembe veendő szempontokat.

Összeütközésbe is kerülhetnek egymással:

jótékonyág elve

↔

autonómia tiszteletének elve

orvosilag leghasznosabb

↔

beteg számára leghasznosabb

1. Az autonómia tiszteletének elve

görög autosz (ön-); nomosz (törvény) \Rightarrow öntörvényűség, önállóság, önrendelkezési jog

Autonóm ember:

- fizikai és pszichológiai korlátozottságok nélkül
- külső és belső kényszertől mentesen
- szabadon képes mérlegelni cselekvési alternatívák között,

s az így választott alternatívának megfelelően képes cselekedni

Emberek autonóm döntései, illetve tettei *nem korlátozhatók*, illetve *nem akadályozhatók* mindaddig, amíg ezek *mások autonómiáját nem sértik*.

Autonómia (autonóm döntés) három eleme:

- gondolkodás autonómiája – döntéshez szükséges információk megértése, kellő mérlegelése (pl. elmebeteg, kiskorú)
- akarat autonómiája – helyesnek felismert alternatíva cselekvés kivitelezéséhez szükséges mértékű akarása (pl. kényszerneurosisos, phobiás beteg, gyenge akaraterő)
- cselekvés autonómiája – választott alternatívának megfelelő cselekvés (pl. béna, fogoly)

Korlátozható:

- csak mások védelme érdekében

Nem korlátozható:

- ostoba, ésszerűtlen, önveszélyes terv, tett esetén

Szembekerülhet a másik három alapelvvel:

pl. jótékonyág elvével

beteg orvosi érdeke \Leftrightarrow beteg autonómiája

Hippokratészi tradíció: általában a beteg *orvosi érdekét* tekintette erősebb elvnek

Mai bioetika: *autonómia tiszteletének* elve erősebb

- beteg érdekének az orvosi érdek csak egy része

„Nem vagyok köteles megtenni mindent, amit a beteg kér.”

2. „Ne árts!” elve

Tradicionális orvosi etika legfontosabb elve

– XX. század második felétől szorult háttérbe

orvos – beteg viszony újfajta modellje

Orvosi beavatkozások → károsodás veszélyével járnak

előny : hátrány

Három fontos eleme:

- orvosnak mindig a beteg javát, jóllétét kell legfontosabbnak tartania
- orvos kellő gondossággal járjon el
 - veszélyek minimumra csökkentése
- beavatkozás előnyeit és hátrányait mérlegelni kell
 - kedvező haszon : kár arány (beteg dönt)

medicina bizonytalansága → nem garantálhat eredményt (felvilágosítás!)

3. Jótekonyság elve

- Pozitív jótekonyság elve

- Előzd meg a rosszat!
- Szüntesd meg a rosszat!
- Tegyéél jót!

- Hasznosság elve

- tett következményeit felbecsülni:

maximális haszon : kár arány

jó : rossz arány

Erkölcshileg kötelező segítség – „minimálisan tisztességes szamaritánus”

Beteg érdeke legyen a legfőbb törvény

- továbbképzés kötelelessége
- mit várnak a betegek („én tudom, mi a jó a betegnek”)

[Pl. hangszalagrák:

- radikális műtét: 3 éves túlélésre esély 60 % (hang irreverzibilis elvesztése)
- sugárterápia 30–40 %-os túlélés (hangja megmarad)

orvos: radikális műtét ↔ beteg: egyéb szempontok]

4. Igazságosság elve

- előnyök–hátrányok elosztási elve egy társadalomban
- Kinek mi jár? – Igazságos: mindenki azt kapja, ami jár neki
(amit megérdemel)

Formális igazságosság: mindenkit egyformán (Arisztotelész)

Tartalmi igazságossági elvek:

- mindenkinek egyenlően (egalitáriánus elméletek)
- mindenkinek szükségletei szerint (marxista elméletek)
- mindenkinek szorgalma, egyéni erőfeszítése szerint
- mindenkinek teljesítménye (társadalmi hasznossága) szerint
- mindenkinek érdemei szerint
- mindenkinek a piac törvényei szerint

John Rawls igazságosság–elmélete:

- önérdéküket követő, racionális szerződők által szabadon elfogadott elvek
- tudatlanság fátyla mögül szerződve – szabadon (elfogadható)

Ritka, általánosan nem elérhető orvosi eszközök igazságos elosztási elvei.

Kapcsolatok az egészségügyben

Orvos–beteg kapcsolat:

- **paternalista** (atyáskodó) – döntés az orvos kezében
- **együttműködő** – döntéseikben egyenlőek

Ápoló–beteg kapcsolat:

1. az ápoló(nő) mint „**pótanya**”

- teljes mértékben és odaadással fordul a beteg felé
- ellátja, gondozza, vigyáz rá
- csak azt teszi, ami a betegnek a legjobb

(A beteg fél, képtelen érzelmein uralkodni, fontos döntést hozni.
Helyette az *ápoló dönt*, mint az édesanya gyermeke helyett.)

2. az ápoló(nő) mint „**technikus**”

- ápolási tudomány módszereinek alkalmazása (legjobb ellátás)
- a nővér erkölcsi szempontból semleges, munkája nem több, mint rutintevékenység (beteg jogai sérülhetnek)

3. az ápoló(nő) mint „**szerződéses klinikus**”

- a beteg meghatározott ápolásra–gondozásra „szerződik” a nővérrel, aki eszerint köteles ellátni őt
- a *döntéshozatal* alapvetően a *betegnél* marad, a nővér szerepe, hogy segítsen eldönteni, melyik a gyógyulást szolgáló legjobb beavatkozás

Orvos–ápoló kapcsolata:

- Feudális hagyományokat őrző egészségügy – szakmai hierarchia
– nővér az orvos akarata szerint cselekszik

Képzés: ápoló: beteg ember ellátása
 orvos: betegség gyógyítása

- Ápolói szakterület fejlődése ⇒ bizalom, megértés elengedhetetlen
– egyetértés, együttműködés
– egymás munkájának kölcsönös respektálása
– orvosi utasítás elsődlegessége – sürgősségi, intenzív ellátás
– mindennapi és rutin ápolás – ápoló véleményezési, beleszólási, javaslattevési joga

[pl. szellemileg fogyatékos gyermek: – műtéti technika ugyanaz
– ápolás megoldhatatlan szülők nélkül]

- Ápoló felelőssége megnőtt
– ápolására bízott beteg emberi mulasztás miatt ne károsodjon
(téves gyógyszeradás, leletek összecszerelése, lázlap elcserélése, beteg elcserélése) – csuklószalag személyi adatokkal
– ápoló a beteg szószólója, pártolója

- Engedelmesség és visszautasítás:

- beteg kezelésének irányítása: orvos felelőssége – írásos utasítás (elfogadhatatlan – beteg érdekeivel ellentétes – visszautasíthatja)

- [pl. helytelen gyógyszerrendelés – figyelemfelhívás – tanácskérés – felettes megkeresése]

- vissza kell utasítani az orvos rendelkezéseit:

- adott tevékenységre nincs meg a kellő szakképesítése, szaktudása vagy nem rendelkezik megfelelő gyakorlattal
 - utasítás végrehajtása jogszabályba ütközik (eutanázia)
 - tiltott műtét esetén
 - meggyőződése, hogy az utasítás végrehajtása a beteg egészségét, illetve életét veszélyezteti
 - ha az utasítás kábítószer használatában, vagy megszerzésében való közreműködésre vonatkozik
 - összeegyeztethetetlen foglalkozási etikájukkal vagy erkölcsi felfogásukkal

A titoktartás

Hippokratészi eskü:

„Foglalkozásom gyakorlása közben vagy azon kívül bármit is látok, illetve hallok az emberekkel való érintkezés során, aminek nem szabad nyilvánosságra kerülnie, arról hallgatni fogok, és azt mint titkot őrzöm.”

„A betegnek joga van minden tekintetben a titoktartáshoz a saját kezelési, gondozási programját illetően.”

(Amerikai Kórházi Egyesület)

„A beteg jogosult arra, hogy az egészségügyi ellátásában résztvevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait csak az arra jogosulttal közöljék, és azokat bizalmasan kezeljék.”

(1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről)

A titoksértő ellen eljárás indulhat.

Beteg joga eldönteni: kinek adható felvilágosítás, kinek nem

Hozzájárulása nélkül is közölni kell adatait:

- törvény elrendeli
- mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi
- ápolást, gondozást végző személlyel közölni lehet azokat az adatokat – ismeretük hiánya a beteg egészségi állapotának károsodásához vezethet

Személyes titok: bizalmas kezelés

Érintett (törvényes képviselő, közeli hozzátartozó – ha az érintett másként nem rendelkezett)

- megismerheti az orvosi dokumentációt, azokról másolatot kaphat (saját költségére)

Telefonon történő tájékoztatás: beteg rendelkezése szerint

- engedélyezi-e
- mire terjedhet ki

Tájékozott beleegyezés

- **Egyszerű beleegyezés** (XX. század közepéig):

- jellemző: – hagyományos, paternalisztikus szemlélet
 – beteg alárendeltsége és passzivitása

Orvos közli a beteggel, milyen beavatkozást vagy kezelést tart a legjobbnak, s a beteg ebbe minden további magyarázat vagy információ nélkül beleegyezik.

- jó orvos–beteg kapcsolat olyan, mint a jó szülő–gyerek kapcsolat
- szülő a legjobbat akarja a gyerekének, de a szülő dönti el, hogy mi a legjobb (nagyobb tudása és ítélőképessége alapján)
- az orvos azt teszi, ami a beteg érdeke, de nem azt, amit a beteg akar

Hippokratész: azt tanácsolja az orvosnak:

- betegei előtt „a legtöbb dolgot titkoljon el, ... semmit sem felfedve annak jelen vagy jövőbeli állapotáról”

Megengedhető: információk elhallgatása, beteg félrevezetése

Betegtájékoztatás csak akkor: ha attól terápiás hasznot remélt, ha az a gyógykezelés része volt (hogyan szedje gyógyszereit)

Orvos–beteg kapcsolat története → az orvosok részéről a hallgatás története

• Tájékozott beleegyezés:

Jog oldaláról indult (XX. század közepén) – USA-ban

– egészségügyi kártérítési perek → általános etikai elvek elfogadása

jellemző: – orvos–beteg partneri, egyenrangú viszonya
 – őszinte kommunikáció
 – betegek aktív részvétele saját gyógyításukban

Ma már nem elfogadható:

– ha a beteg orvoshoz fordul, ezzel beleegyeznek mindabba a beavatkozásba, amit az orvos a beteg érdekében szükségesnek tart

Új felfogás:

– a beteg az orvossal egyfajta szerződést köt, amelyet az orvosnak be kell tartania

– csak azt végezheti el, amelyhez a beteg beleegyezését adta

• orvoshoz fordulás: csak általános beleegyezés

• minden egyes beavatkozásba specifikus (csak arra a beavatkozásra vonatkozó) hozzájárulás szükséges

Salgó-per (1957): járási zavarokkal jelentkező 55 éves beteg (alsóvégtagi érszűkület) – translumbalis aortographia vizsgálat – mindkét lábára megbénult – beperelte orvosát – szakma szabályait betartották – diagnosztikus eljárás ritka szövődménye – szakirodalomban leírt és jól ismert kockázat – nem tájékoztatták – bíróság elmarasztalta az orvost, tájékozott beleegyezést követelt → „tájékozott beleegyezés” doktrínájának születése

1973: Amerikai Kórházszövetség „A betegek jogai” c. dokumentuma – a betegeknek joguk van teljes felvilágosításra betegségük diagnózisáról, terápiájáról és prognózisáról – érthető nyelven megfogalmazva

Tájékozott beleegyezés: a beteg által adott önkéntes, szabad és informált felhatalmazás az orvos által tervezett beavatkozás elvégzésére
(tájékozott döntés)

filozófiai alapja: az ember autonómiája tiszteletének elve

A betegek felvilágosításának standardjai:

Szakmai standard:

- szakma mint egész mennyit szokott közölni (amit a legtöbb orvos hasonló esetben elmond a betegnek) (1960-as években amerikai bíróságok) – szakmai kérdés – kritika

Objektív standard:

- mindazt szükséges közölni, amit egy ésszerűen gondolkodó, racionális embernek tudnia kell ahhoz, hogy megalapozott döntést hozhasson
 - döntés szempontjából fontos információkat

Szubjektív standard:

- mindent el kell mondani a betegnek, ami érdekelheti, amit tudni akar (beteg titkos félelmei, phobiái)
 - pl. ha a beteg Jehova Tanúi vallási felekezethez tartozik
- (túl szigorú követelmény ahhoz, hogy jogilag is megkövetelhető legyen)

Kialakult konszenzus alapján – a **beteg felvilágosításának tartalmaznia kell** egy tervezett diagnosztikus vagy terápiás beavatkozás előtt a következő **információkat**:

1. A beteg jogosult dönteni – engedi-e a beavatkozást vagy sem.
2. Betegség diagnózisa, kezelés nélküli prognózisa – úgy, hogy a beteg is megértse.
3. Tervezett beavatkozás természete és célja (diagnosztikus vagy terápiás, invazív vagy nem invazív), valószínű időtartama, elvégzésének helye, alkalmaznak-e anaesthesiát, s az milyen lesz, a beavatkozás során milyen eszközöket fognak használni, az milyen szerveket fog érinteni, hogyan fogják azt elvégezni.

Műtét végzéséhez az operatőr és az asszisztensek személyébe is bele kell egyeznie a betegnek. (szellemsebészet)

4. Kísérleti jellegű-e vagy egy kísérletnek a részét képezi-e.
5. Tervezett beavatkozás ismert, a szakirodalomban leírt, ún. specifikus (adott beavatkozáshoz kapcsolódó) veszélyei, szövődményei – fontosabbak, jelentősek, valószínűségük nagy (veszélyek jellegét, súlyosságát, bekövetkezésük valószínűségét, idejét) (nem kell közölni az ún. általános veszélyeket – közismert: pl. műtőbe betolt beteg útközben leeshet a hordágyról)

Elektív műtétek (pl. kozmetikai műtét, sterilizálás, művi abortusz) előtt minden veszélyt – a legtávolabbt és a legkevésbé valószínűt is közölni szükséges.

Egy súlyosabb veszély (pl. halál) közlése nem mentesít egy kevésbé súlyos veszély (p. bénulás) közlése alól.

6. Alternatív (orvosilag elfogadható) beavatkozások létezésére, azok előnyeire, hátrányaira is fel kell hívni a beteg figyelmét.
7. A tervezett beavatkozás várható haszna (általában azonos a kezelés céljával). Pl. diagnosztikus célzatú beavatkozás, vagy a kezelés nem fog teljes gyógyuláshoz vagy panaszmentességhez vezetni.
8. Fel kell ajánlani a betegnek a további kérdés lehetőségét ⇐ mit értett meg, mi érdeklő különösen.

Folyamatos tájékoztatás! – „visszarendelési kötelesség”

Pl. egy betegen alkalmazott fogamzásgátló (intrauterin eszköz) behelyezése után nem sokkal az eszköz használatának egy addig nem ismert szövődményét írta le a szakirodalom – orvos elmulasztotta erről utólag értesíteni betegét – bíróság elmarasztalta (érvelés: autógyár)

Mikor **nem szükséges** a betegtől **tájékozott beleegyezést** kérni:

1. Közegészségügyi szükséghelyzetekben – mások érdekét veszélyeztetné
(pl. kötelező védőoltások, karantén)
2. Sürgős szükség esetén (pl. eszméletlen, vagy félrenyeléses fulladásos akut életveszély)

Műtét kiterjesztése – csak ha a beteg életének megmentéséhez szükséges. (császármetszés során orvos elköötötte a beteg tuba uterináját, hogy ne eshessen többé teherbe, ugyanis a méh falában egy fibroid tumort talált – bíróság: nem jelentett azonnali veszélyt a beteg életére és egészségére)

3. Amikor a beteg lemond a tájékoztatásról. Az információk csak szorongással töltlenék el – orvosra bízva a döntést.
(nem szabad kényszeríteni, hogy lemondjon – nincs joga, csak rutin, egyszerű és veszélytelen beavatkozás)

4. Terápiás privilégium – bizonyos információk visszatartása – annak közléséből a betegnek fizikai vagy pszichológiai kára származna (pl. öngyilkos lesz) – nyíltan tegyék

Magyarország: 1990 márciusától a hatályos jog nem teszi lehetővé, hogy az orvos bármit is eltitkoljon a beteg elől

5. Cselekvőképtelen beteg kezelésekor

- cselekvőképés döntés: tájékoztatást megérti, képes felmérni döntései következményeit
 - „érett kiskorú” – Nagy-Britanniában 16 év felett
 - 7-8 év felett – terápiás kísérletek csak beleegyezéssel
 - elmebeteg – „világos” pillanataiban érvényes beleegyezést, illetve elutasítást adhat
- törvényes képviselő – hozzátartozó tájékozott beleegyezése

A **kezelés visszautasításának joga** (tájékozott visszautasítás):

- Magyarország: kivétel az előbbieken kívül a közvetlen életveszély
- egyedi bírói döntés: kiskorú gyermekei vannak, terhes anyák

Miért alakult ki és miért az 1970-es évektől:

- megváltozott a betegség struktúrája
→ krónikus nem fertőző betegségek

- mi a jó?

csak a monolitikus társadalmakban mondható meg – mai pluralista társadalmakban nem

orvos–beteg morálisan idegen egymástól

(felvételnél nemcsak fizikai anamnézis, morális anamnézis is szükséges)

Gyakorlati probléma:

- egészségügy nyitott a beteg számára
információs centrum (video, audió könyvtár, betegtájékoztató)
- egészségnevelő (amit a beteg nem ért – elmondja)

Ne manipuláljuk a beteget! (főleg emberkísérleteknél)

- először a dolog pozitív oldalait mondják el → beleegyeznek
- ezután a rossz oldalait is → kisebb az esélye, hogy visszavonja

Tájékozott beleegyezés elvének érvényesülése Magyarországon:

- Imre József professzor: Orvosi–ethika c. könyve - 1925
- 1972-es egészségügyi törvény: hozzájárulás követelménye: kórházba való felvétel, műtétbe való beleegyezés – nem csak ezekben az esetekben
- Alkotmány, polgári törvénykönyv személyiségi jogokkal foglalkozó rendelkezései: minden orvosi beavatkozás csak az érintett személy hozzájárulásával végezhető, a beteg jogosult bármely orvosi beavatkozást megtiltani, a közvetlen életveszély elhárításához szükséges beavatkozást kivéve. (Ádám György)

Gyakorlatban nem érvényesülnek

Felvételkor aláírják: „A kapott felvilágosítás alapján a gyógykezelésbe, orvosi beavatkozásba, műtétbe beleegyezem.”

1993: Betegjogi Konferencia – ajánlások a betegek tájékoztatásával kapcsolatosan

A betegtájékoztatás ápolói vonatkozásai:

Beteg együttműködésének eléréséhez szükséges:

- idő,
- nagyfokú körültekintés,
- beteg kulturáltságára és pszichoszociális körülményeire való odafigyelés

(ápoló – szélesebb körű információval rendelkezik a betegről)

ápolási beavatkozás: tájékoztatás a nővér jelenlétében – beteg számára nem érthető – nővér figyelmeztetheti az orvost

Orvosnak a kórházi személyzettel szemben is tájékoztatási kötelezettsége van. – Ha nem közli a beteggel a teljes igazságot, döntésébe be kell vonnia munkatársait is.

- beteg megfelelő tájékoztatás hiánya miatt – nővérektől, kisegítő személyzettől, betegtársaktól kérdez

ha a nővér nem ad felvilágosítást (írott – íratlan szabályok) – számolnia kell a beteg bizalmának elvesztésével

Ápolók tájékoztatási feladata:

- kórházi élet bemutatása
- ápolói tevékenységek során elvégzendő feladatok
- válaszadásra jogosult személy megkeresése

A beteg

- tudja, hogy kik és milyen osztályon ápolják
- kapjon tájékoztatást a kórház házirendjéről és a betegek jogairól
- ismerje meg a közösségi szobák rendjét, használatának módját
- tudja, hogy panaszával kihez fordulhat
- ismerje az ápolószemélyzet hívásának lehetőségét
- tudja, hogy ha bármely szükségletét önmaga nem, vagy csak részben tudja kielégíteni, milyen lehetőségek állnak rendelkezésére
- ismerje a hozzátartozókkal való kapcsolattartás módját
- ismerje a vallás gyakorlásával kapcsolatos lehetőségeket

Tanácsok: szóbeli tájékoztatás – legfontosabbal kezdeni

információ – érthető nyelven, ne szakzsargonban

konkrétan, ne általánosan, ne homályosan

A gyógyíthatatlan, rossz kórjóslatú betegek felvilágosításának etikai kérdései

Orvosetikai kódexekben:

Több évezredes hagyomány:

- bizonyos esetekben az orvos kegyes hazugsága erkölcsileg megengedhető, sőt egyenesen kívánatos lehet

Hippokratész figyelmeztet a betegek őszinte tájékoztatásának veszélyeire:

azt tanácsolja az orvosnak, hogy betegei előtt „... a legtöbb dolgot titkoljon el, ... semmit sem felfedve annak jelen vagy jövőbeli állapotáról”

(Hippocrates: Decorum)

Ókortól 1980-ig egyetlen orvosetikai kódex ismert:

Amatus **Lusitanus** (XVI. sz. zsidó orvosi esküje)

- orvos kifejezett kötelességévé tette az igazmondást

1980: Amerikai Orvosszövetség kódexe

- orvos kötelessége a betegekkel szembeni őszinteség

„Kegyes hazugság” – **magyar gyakorlat** (hagyomány)

Magyar Orvosi Kamara 1991-es állásfoglalása:

„Súlyos vagy gyógyíthatatlan betegség esetén... az orvos különösen törekedjen arra, hogy magatartása, viselkedése, hangvétele alapján a beteg se betegsége természetére, se prognózisára ne következtesse oly módon, hogy az állapotára negatív hatással legyen.”

Mennyit akarnak tudni a betegek?

felmérések szerint: megkérdezettek 82–92 %-a tudni akarja, ha halálos betegsége van

Mennyit mondanak meg az orvosok?

USA: 1961: 90 %-uk nem közölte a rákos beteggel a diagnózist
(rákos daganat helyett: jóindulatú szövetburjánzás)

– ha a homályos megfogalmazás miatt a beteg nem egyezett bele a beavatkozásba: korai stádiumban felfedezett, még gyógyítható tumor
(csak annyit közölni, amennyi szükséges a beleegyezéshez)

1979: már az orvosok 98 %-a megmondta a betegnek az igazat

Érvek a jótékony hazugság mellett:

- a halálos betegség diagnózisának az elhallgatása a beteg számára hasznos
 - az orvos megsértené a „Ne árts!” parancsát
 - elvonná a beteg minden reményét, súlyos neurózist okozna, depresszióba, esetleg öngyilkosságba kergetné
 - tönkretenné élete hátralévő hónapjait, éveit
(senki sem tud megbarátkozni a saját közeli halálával)
- az orvos nincs abban a helyzetben, hogy megmondja a betegség prognózisát, mivel ezt még ő maga sem tudja
 - nagy egyéni különbségek
 - betegség lefolyása sok tényezőtől függ
 - reménytelen esetekben is előfordult már gyógyulás
- valójában a betegek nem az igazságot, hanem a megnyugtatót várják az orvosuktól
 - a halálos betegség gyanújának az eloszlatására vágnak

Érvek a kegyes hazugság ellen:

- **Deontológiai érvek:**

- a beteg őszinte tájékoztatása – alapvető emberi joga

- Magyarország:

- 1990 márciusáig jog megengedte: beteget ne tájékoztassák állapotáról, ha az benne „káros visszahatást váltana ki” (hozzátartozó tájékoztatása)

- 1990 márciusától: jogilag megszűnt az orvosnak az a lehetősége, hogy „gyógyíthatatlan állapotánál fogva közvetlen halálveszedelemben” lévő betegét ne tájékoztassa

- **Utilitarista érvek:**

- őszinte tájékoztatás hasznos a beteg számára → az őszinteség sokkal kevesebb szenvedést okoz, mint az elhallgatás vagy a jó szándékú becsapás

1. ha nem tudja, hogy mennyire súlyos az állapota, kevésbé lesz hajlandó együttműködni

2. anyagilag súlyosan károsodhat

- költséges, hiábavaló kezelések
- anyagi természetű döntések (család)

3. élet szükségszerű velejárója a halál

- joga van arra, hogy áttekintse életét, elrendezze dolgait, lelkileg felkészüljön a halálra

4. hazugság elterjedt gyakorlat – elvész az orvosok szavahihetősége

- nem halálos betegek sem nyugodnak meg

5. hosszú távon nem lehet hazudni meggyőzően

- saját teste megmondja az igazságot
- egészségügyi szakemberek egymásnak ellentmondó hazugságai
- nővér, beteghordó jelzései
- család viselkedése

(Polcz Alaine: 10 éves, nagyon szegény családból származó leukaemiás kisfiú – többszöri, hosszú kórházi kezelés – halálról senkivel nem beszélt – halála után kis doboz a következő cédulával: „Ezt a pénzt a temetésemre gyűjtöttem.”

6. kommunikációs zárlat jön létre a beteg körül
– beteg egyedül marad a problémájával
(halálfélelmét nem tudja enyhíteni)

7. őszinteség csökkenti a hozzátartozók terheit
– nem kell titkolniuk kétségbeesésüket
– lehetővé válik a búcsúzás – gyász feldolgozása

8. őszinte tájékoztatás egészségnevelő szerepe
– rosszindulatú daganatok közel 50 %-a (időben felfedezve)
gyógyítható (nem tudják, hogy rákból gyógyultak fel)
– szívinfarktus prognózisa sem sokkal jobb

(orvosok átlagost meghaladó, fel nem dolgozott halálfélelme, szorongása)

Gyógyíthatatlan betegek és haldoklók ellátásának etikai problémái

Modern tanatológia megalapítója: Elisabeth **Kübler-Ross** (A halál és a hozzá vezető út. Gondolat, Bp. 1988)

– halálos betegség fennállásának közlésétől a halálig terjedő időszak öt pszichológiai stádiuma:

1. Elutasítás, tagadás, sokk

– nem igaz, nem én vagyok, mások halnak meg és nem én
(összecserélték a leleteket)
napok, hónapok

2. Düh, agresszió

– felismeri, hogy valóban halálos betegségben szenved
– felháborodik a sors igazságtalanságán
– dühös a világra
– vádaskodik (hózzátartozók, orvosok, nővérek) – sok türelem
(lázas mozgósíthatja a szervezet erőit, tartalékait: átmeneti javulás, esetleg gyógyulás – lelki tényezők)

3. Alkudozás

- szeretne időt nyerni
- vallásos beteg – Istennel alkuszik
- tudományban hívő – orvossal (kísérlet)

(átmeneti optimizmus fázisa)

4. Depresszió

- elkeseredés
- reménytelenség, bűntudat – öngyilkosság veszélye

5. Belenyugvás

- elfogadja mindazt, ami vele fog történni
- (szinte érzelemmentes stádium – világtól való elkülönülése)
- (család szorul nagyobb segítségre – még harcolnának)

Cél: őszinte kommunikáció keretében megmondani az igazságot

Módja: folyamatos, fokozatos tájékoztatás – kíméletes, nem brutális

Nem szabad elvenni a reményt

- immunológia befolyásolhatja
- elhárító mechanizmusok működnek – placebohatás
- nem helyes konkrét számokat, százalékokat mondani

A haldokló beteg ápolásának etikai kérdései

„élet” – „halál” különös jelentősége (minden korban, minden kultúrában)

Ápolók gondolkodás-módjában: saját kultúra – halállal kapcsolatos szokásai

– haldoklók ápolása – felelősségteljes tevékenység

– vezérelve: emberi méltóság tisztelete

– el kell engedni a távozót

– el kell fogadni a halált

– nélkülözhetetlen: empátia, szeretet, együttérzés, ember tisztelete

Hospice (menedékhely – ahol a vándorok megpihenhetnek a hosszú úton)

– Angliában alakult ki a hospice gondozás

első lépések: London – St. Christopher Kórház – Cicely Saunders

belgyógyásznő: „Tender Living Care” program

(halálba menők szelíd gondozása)

– Elisabeth Kübler-Ross (USA-ban forradalmi változás haldoklók gondozásában)

– Kalkuttai Teréz Anya nővérei

Magyarország: özv. San Marco hercegné jótékony célú alapítványa (1901)
„Irgalom Háza”: gyógyíthatatlan betegek részére Budapesten menedékhely

Magyar paraszti élet évszázadokon keresztül megadta tagjainak
– méltósággal, szerettei között haljon meg

Kun Istvánné szociális gondozó története:

[„81 éves, hat elemit végzett, egyszerű falusi asszony volt B. néni, aki sok élettapasztalattal, köznapi bölcsességgel bírt. Élete során többször találkozott családjában a halállal. Gyerekkorában ott volt a nagyszülők, a testvérek elvesztésénél, majd szülei halálánál. Az első világháborúból betegen került haza első férje, akiért hiába tett meg minden tőle telhetőt, mégis a keze között halt meg. Második férjét – akivel 50 évig élt házasságban – egy éve veszítette el... Egyik napról a másikra ágyának dőlt, és közölte: itt a vég. A körzeti orvos megnézte, olyan jellegű fizikai elváltozást nem talált, ami indokolta volna a nagyfokú gyengeségérzetet. B. néni határozottan kérte, ne küldjék kórházba, kezeljék otthon. Kérte lányait, hogy messze élő fiát hívják sürgősen. B. néni feküdt az ágyon, gyengült az ereje, a hangja, szeme beesett volt, de valami boldog nyugalom fénye látszott benne. Örült az őt körülvevő szeretetnek.

Nyugalommal töltötte el, hogy utolsó óráiban is vele vannak szerettei. Amikor már olyan állapotba került, hogy a család is úgy érezte, bármelyik pillanatban bekövetkezhet az utolsó perc, akkor megkértek, hogy éjszakára maradjak a beteggel. Ezen az éjszakán egyszer csak olyan kérése támadt B. néninek, hogy mindenki menjen be hozzá, szeretne elbúcsúzni. B. néni csodálatos nyugalommal köszönt meg mindent, tanácsokat adott egyenként, név szerint mindenkinek. Majd egészen halkán, szinte magában imádkozott. Ezt követően mindenkit kiküldött a szobából, csak én maradhattam, azt mondta: „Maga nem zavar, jó, ha itt van, biztosan sok embert látott már meghalni.” – Úgy láttam, megnyugodott, kicsit elszenderedett. Leültem az ágya mellett lévő kis székre, és megpróbáltam gondolataimat rendezgetni. Rövid idő múlva felálltam, megfogtam a két összekulcsolt kezét, és az hideg volt. Neki megadatott életének szép, méltóságteljes befejezése.”]

Hospice ápolási modell

- teljes embert figyelembe vevő ellátás

Irányelvek a hospice ápolásban:

- átfogó gondoskodás és ápolás – különös tekintettel a páciens fizikális, szociális, érzelmi, pénzügyi és lelki szükségleteire
- a gondoskodás egységes – kiterjed a páciensre és a családra
- különös hangsúly tevődik az otthoni ápolásra – de biztosítja az ápolás folytonosságát, figyelembe véve a környezetet
- gondozást, ápolást interdiszciplináris team végzi
- a hangsúly a hátralévő élet minőségének javításán van, nem az élet értelmetlen meghosszabbításán
- gyász idején támogatás nyújtása a családnak és az arra rászorulóknak

Magyarország: nem illik erről a témáról beszélni (nagyvárosokban gyászolni sem)

Orvostudomány fejlődésével – elbizonytalanodás

Nem megfelelő kiképzés a haldoklóval való bánásmódot illetően

- ápolók csak saját tapasztalataikra támaszkodhattak
- közelmúlt: változások – továbbképző kurzusok

Palliatív ápolás etikai modellje:

(csak tüneteket enyhítő – nem betegség megszüntetésére irányuló)

ápolás morális elvei:

- autonómia figyelembevétele (tisztálkodás idejének eldöntése)
- őszinte informálás a diagnózisról, kezeléssel
- beleegyezés szabadságának biztosítása
- segítség a szükségletek kielégítésében, a fájdalom elviselésében
- „segítő” környezet létrehozása (önértékelés biztosított)

táplálás, folyadékpótlás – leghosszabb ideig megtartható beavatkozás

Nővér sohasem hazudhat – hazugság megtöri a bizalmat az ápolószemélyzet, hozzátartozók, beteg között

Segítő támogatás

– érzelmi támogatás – belső nyugalom, lelki egyensúly megőrzése

„Burn out” (kiégés) jelenség (Freundberger – 1974)

– foglalkozási depresszió (súlyos állapotú betegeket ellátóknál)
(segítés helyett felügyelet)

Emberi méltóság tisztelete a halál után

A boncolás

– halálozási okok feltárása
– külföldi gyakorlat: beleegyezés
– Magyarország: kötelező

– kivéve: természetes eredetű halál, halál oka egyértelmű
(kérelem: főigazgató)

Az eutanázia

Rendkívüli élethelyzetek – közeli és biztos halál, miközben a szenvedések
alig elviselhetők

Megengedhető-e ilyenkor, hogy az illetőt – saját kérésére – szánalomból
más megölje?

(gyúlékony anyagot szállító tartálykocsi vezetője)

Jó halál, könnyű halál – görög eredetű – Thanatosz (halál) – Noxnak, az
Éjszaka Istennőjének egyik fia – a halál megtestesítője volt („eu”
jelentése: jó, könnyű)

(disztanázia: rossz, elhúzódó, szenvedéssel teli, gyötrelmes halál)

Az a tett, amelynek során „A” kioltja „B” életét „B” érdekében

(legtöbbször azért, mert „B” elviselhetetlenül szenved egy gyógyíthatatlan
betegségben)

(„kegyelemölés”)

[náci rémtettek: kb. 275 ezer embert öltek meg – elmebetegek, fogyatékosok]

Karen Ann Quinlan eset: (1975)

amerikai diáklány légzése egy baráti összejövetelen 15 percre leállt –
újraélesztés – hypoxia miatt agykárosodás – irreverzibilis kóma – több
hónapos kezelés (állapota visszafordíthatatlan) – szülők kérése:
lélegeztetőgép kikapcsolása – orvosok megtagadták
(9 év – 1985)

Sclerosis lateralis amyotrophica (SLA):

- szellemi képességek érintetlenül hagyásával egyre nagyobb területre kiterjedő bénulás – 1–3 év alatt halál
- régebben: igen gyorsan meghalt, legkésőbb akkor, amikor légzőizmai megbénultak
- ma: lélegeztetőgép

[Beszédképtelen asszony már csak szemhéja mozgására volt képes –
komputer – válaszokra képes – nyelésképtelen lett – gyomorszonda –
beteg nem egyezett bele – passzív eutanázia]

[Másik beteg: lélegeztetőgépről való lekapcsolását kérte – USA:
visszautasíthat életfenntartó beavatkozást is – több órai fulladásos halál –
aktív eutanázia]

Az eutanáziakérdés előtérbe kerülésének okai:

1. Orvosi technika fejlettsége

- jóformán orvosi döntés kérdése: egy beteg mikor haljon meg
(vegetatív állapot: jogilag, erkölcsileg nem számítanak halottnak)

2. Modern orvosi ethosz: az élet mindenáron való meghosszabbítása

- az élet bármi áron való megőrzésére törekvés – tradíció nélküli modern felfogás

Hagyományos orvoslás: általában elkerülte a reménytelen esetek kezelését
ókori Görögországban: hippokratészi orvosoknak azt tanácsolták, hogy ne foglalkozzanak reménytelen esetek kezelésével, mert az rosszat tesz gyógyító hírüknek

Hippokratész soha, sehol nem írta le: az életet mindenáron és minden eszközzel meg kell hosszabbítani. Sőt: erkölcsi parancs „nem nyúlni azokhoz, akiket a betegség már teljesen a hatalmába kerített, felismerve, hogy az orvostudomány mindenre nem képes”

Csak az ortodox zsidó tradíció hirdette: az életet – legalábbis a haldoklás elkezdődéséig – mindenáron meg kell őrizni

Kereszténység: hit a túlvilági életben – reménytelen esetek kezelését nem erőltette

Két nagy iskola:

Zsidó–keresztény hagyomány: (ma uralkodó álláspont)

- az emberi **élet szentségének** a doktrínája
 - az emberi élet végtelen érték (függetlenül a még hátralévő életévek számától, minőségétől)
- öngyilkosság és eutanázia sohasem indokolt

Ókor: sztoikusok: (keleti vallások: konfucianizmus, sintoizmus, buddhizmus)

- **életminőség elve**
 - az élet nem önmagában értékes
 - élni addig jó, amíg több az életben az öröm, mint a fájdalom
- öngyilkosság és eutanázia megengedhető, sőt bölcs dolog

Eutanázia három formája:

1. Önkéntes eutanázia

– azt a beteg kifejezett kérésére hajtják végre

(beteg akkor kéri orvosát, amikor meg akar halni, de maga már nem képes az öngyilkosságot végrehajtani)

2. Nem önkéntes eutanázia – komoly viták

– a beteg érdekében, de nem az ő kérésére vagy beleegyezésével hajtják végre

(beteg nincs abban a helyzetben, hogy megkérdeszhető lenne, ezért mások döntenek úgy, hogy az ő érdekében eutanáziát végeznek – irreverzibilis kóma, vegetatív állapot, újszülöttek, csecsemők)

3. Kényszer eutanázia – erkölcsileg sohasem fogadható el

– a beteg feltételezett érdekében, de beleegyezése nélkül, esetleg tiltakozása ellenére hajtják végre

(betegét úgy részesítik eutanáziában, hogy nem kéri a beleegyezését, noha megkérdeszhető lenne, vagy kérnek beleegyezést, de azt a beteg megtagadja – szánalomból, szenvedés megszüntetése – beteg érdeke!)

Az eutanázia végrehajtásának módja szerint:

1. Aktív eutanázia

- ha az orvos tesz valamit, ami megrövidíti a beteg életét
(orvos megöli a beteget) (pl. intravénásan mérget ad)

2. Passzív eutanázia

- ha az orvos elmulaszt megtenni valamit, ami a beteg életét meghosszabbítaná
(orvos hagyja meghalni a beteget, akit a betegség öl meg)
(pl. nem éleszt újra, irreverzibilis kómás tüdőgyulladásos beteg – nem ad antibiotikumot)

Tradicionális orvosi felfogás:

- aktív eutanázia soha nem megengedhető
- passzív eutanázia bizonyos esetekben megengedhető
(reménytelen állapot, heroikus erőfeszítések, ideig-óráig meghosszabbítható élet)

James Rachels (1975)

- erkölcsileg nincs különbség az aktív és a passzív eutanázia között

Rachels példája:

- két ember egy örökség megszerzésének reményében megöli 6 éves unokaöccsét
 - Smith: aktív módon teszi – éppen fürdő gyermek fejét a víz alá nyomja
 - Jones: passzív módon – amikor belép a fürdőszobába, látja, hogy a gyermek megcsúszik, beüti a fejét a kádba, és arccal előre eszméletlenül beleesik a vízbe

szándék, következmény ugyanaz



vagy mindkettő tilos, vagy bizonyos körülmények között mindkét eutanázia szabad

Kezelés abbahagyása – el nem kezdése (morálisan nem különbözik)

abbahagyni: elfogadhatóbb – megnyugtatóbb (mint el sem kezdeni)

(előre nem lehet megítélni: kezelés hatásos lesz-e)

Direkt és indirekt eutanázia: (katolikus teológiában van kitüntetett fontossága)

- Direkt eutanázia: ha az orvos szándéka a beteg halála
(nem megengedhető)
- Indirekt eutanázia: ha a beteg halála az orvos ténykedésének előre látott,
de nem szándékolt következménye
(megengedhető) pl. nagy dózisú kábító fájdalomcsillapító

Önkéntes eutanázia gyakorlata:

1990: Dr. Jack **Kevorkian** amerikai patológus (eutanáziamozgalom támogatója) (több mint 20 ember halálában asszisztált)
„öngyilkossági masinája”

- Janet Adkins, Oregon állambeli tanárnő (54 éves)

Alzheimer-kór – nem volt végstádiumban – még a diagnózis sem volt teljesen biztos

„könnyű, fájdalommentes” halált választotta, nem akarta megvárni állapota rosszabbodását, szellemi és fizikai képességeinek elvesztését

Michigan államban Kevorkian gépével önmaga oltotta ki saját életét

gombot ő nyomta meg – beindult az intravénás sóoldat, majd a szedatívum, amelyet automatikusan a szív megállását előidéző káliumsó követett

Oregon az első állam, ahol népszavazással legalizálták az orvos részvételét a beteg öngyilkosságában (Legfelsőbb Bíróság)

- Diane-féle eset: leukémiában haldokló betegnek az orvos (Timothy Quill), a beteg kérésére fatális dózisú altatót írt fel (részvétből, szánalomból és a beteg iránti tiszteletből) – vizsgálat – elfogadhatónak ítélte tettét

1996: Ausztrália egyik államában is elfogadottá vált – egy évvel később visszavonták ezt a törvényt

Eutanázia Hollandiában

1984 óta végeznek aktív eutanáziát – széles körű támogatottság – elterjedt mindennapi gyakorlat – nyilvános vita tárgya

– plasztikkártya: (köznyelv: „a könnyű halál hitelkártyája”)

– aktív eutanáziára szólítja fel orvosát abban az esetben, ha viselőjét „olyan testi vagy szellemi károsodás érné, amelyből az emberi méltósággal összeegyeztethető állapotot eredményező gyógyulás lehetetlen”

(elvégezhetőnek tartják még a kiskorúak kérésére végzett eutanáziát is szülői tiltakozás ellenére)

orvosok jelentős része támogatja az eutanáziát – népesség 70 %-a egyetért

Hollandia: nem követtek el náci visszaéléseket

demokratikus, liberális ország – egyéni szabadságjogok

példamutatónan bőkezű gondoskodás: öregek, betegek, fogyatékosok

számára – eutanáziával szembeni ellenállás, büntudat nem alakult ki

Holland Büntetőkódex (293-294. §.): eutanázia bűncselekmény (12 évig terjedő szabadságvesztéssel sújtható)

1984-es Legfelsőbb Bírósági döntés: irányelvek (ezeket betartva nem indítanak eljárást az orvos ellen)

Orvos által betartandó szabályok:

- beteg kifejezett és ismételt kérése (teljes tájékozottság, kényszermentesség)
- csak a beteg kezdeményezheti
- beteg fizikai és/vagy lelki szenvedése tűrhetetlen, enyhülésére nincs remény (nem feltétel a terminális állapot – pl. Alzheimer-kór is)
- konzultáció kollegájával
- mintegy 70 kérdésből álló kérdőív – döntés
- csak orvos végezheti el – kellő gondossággal
- hozzátartozókat tájékoztatni kell (kivéve, ha ezt a beteg megtiltja)

Végrehajtásról jelentés:

- illetékes orvos–szakértő értesítése

(kórtörténet, beteg kérésére, leírás a kérés kinyilvánításának körülményeiről, másik orvossal történt konzultáció dokumentációja, végrehajtás módja)

Igazságügyi orvos–szakértő:

illetékes ügyészhez továbbítja az ügyet, aki eldönti, az eset a törvényben megfogalmazottak szerint zajlott-e le

– ha nem, büntetőeljárást indít az orvos ellen

Holland eutanázia törvény:

- azon betegek kérésének teljesítését teszi lehetővé, akiknek állapota elviselhetetlen
- rákos betegek közül elsősorban azokat érinti, akinek várható élettartama egy hónap

Eutanázia–gyakorlatról (államügyész vezetésével) bizottsági vizsgálat:

J. Remmelink – jelentés (1991)

(minden, az élet végén hozott orvosi döntést vizsgált)

- opiáttal való fájdalomcsillapítás – alkalmazott adagok valószínűleg megrövidítik a beteg életét
- kezelés megszüntetése, illetve el nem kezdése – valószínűleg meghosszabbította volna a beteg életét
- aktív eutanázia, illetve asszisztált öngyilkosság

A vizsgálat eredménye:

- összhalálozások 38 %-ában hoztak olyan orvosi döntést: közvetlen vagy közvetett módon siettethette a beteg halálát
 - ebből: 17,5 %: opiátokkal való nagy dózisú fájdalomcsillapítás
 - 17,5 %: kezelésről való lemondás (30 %: beszéltek meg beteggel)
 - 1,8 %: aktív eutanázia a beteg kérésére (évi 2300 eset)
 - 0,3 %: asszisztált öngyilkosság (évi 400 eset)
 - 0,8 %: aktív eutanázia a beteg explicit beleegyezése nélkül (évi 1000 eset) (beteg már nincs megkérdezhető állapotban)
- 83 %-ban: orvos hozzátartozókkal, nővérekkel, kollégákkal konzultál)

Megkérdezett orvosok

- 54 %-a már végzett eutanáziát (segédkezett öngyilkosságban)
- 34 %: hajlandó lenne eutanáziát végezni
- 12 %: soha nem végezne eutanáziát (8 % hajlandó lenne a beteget olyan kollégához utalni, aki erre hajlandó)

Aktív eutanáziában, illetve asszisztált öngyilkosságban részesített betegek

- 85 %-a: malignus daganatban szenvedett
- gyakori volt: AIDS-ben vagy sclerosis multiplexben szenvedők

Kérés oka:

- 10 %: fájdalom
- 57 %: emberi méltóság elvesztése
- 33 %: másoktól való függés és kiszolgáltatottság

Évente mintegy 9000 kifejezett eutanáziakérés

- ennek csak kevesebb mint harmadát teljesítik
- kétharmad részében: lehetséges más módszert találni a szenvedések csillapítására

Az ápolók nem keveredhetnek bele az eutanázia végrehajtásába.

Ápolók feladata: (mielőtt a páciens eljut az eutanázia kéréséhez)

- segítség az elhagyatottság érzésének leküzdésében, fájdalomcsillapítás elérésében, önkéntes segítő hálózatok megtalálásában
- családtagok támogatása
- beteg komfortérzésének növelése
- életminőségének javítása

Általánosítható-e a holland gyakorlat?

- demokrácia eltérő mértéke
 - gazdag ország (mindenkire kiterjedő egészségbiztosítás: ingyenes egészségügyi ellátás minden állampolgár számára)
- (nincs teljes körű biztosítás – szegény ország)

Angol–amerikai jogrendszerben:

- kompetens beteg mindenféle orvosi kezelést visszautasíthat (életmentő kezelést is)

kivéve: kiskorú gyerekei vannak

USA-ban: börtönben élő foglyok nem utasíthatnak vissza életmentő orvosi kezelést

[Beteg mind a négy végtagjára irreverzibilisen bénult – orvosok a beteg akarata ellenére nasogastricus szondán át táplálták (Amerikai Orvosszövetség: csak akkor megengedhető az életfenntartó kezelés abbahagyása, ha a beteg haldoklik, vagy irreverzibilis comában van) – bíróság: orvosi szakmának nincs joga a betegeket ilyen állapot elviselésére kényszerítenie, betegnek joga van a szonda eltávolítására]

[Halálos beteg 73 éves férfit respirátorral lélegeztettek – kérte annak kikapcsolását – orvosai megtagadták – saját maga kikapcsolta a készüléket, orvosai viszont visszakapcsolták – bíróság: megerősítette a beteg jogát, hogy visszautasíthat életmentő orvosi kezelést is]

Érett kiskorú

[USA-ban az orvosok egy osteogen sarcomában szenvedő 16 éves lány lábának amputációját javasolták – kb. 20-30 % esélye lett volna a túlélésre, amputáció nélkül csak 2-3 % – lány visszautasította az amputációt (ezt édesanyja is elfogadta) – utólag a bíróság is megerősítette (megnyugtató, ha a bíróság vizsgálja felül – képes meggyőződni a kiskorú érettségéről)]

Inkompetens beteg

- kezelőorvos dönt (ismerni kellene a beteg értékrendjét)
(„gyógyítási düh”)
- kórházi etikai bizottság (tanácsadó testület: orvos, filozófus, etikus, teológus, jogász, laikus) – segíti az orvost döntésében
- megnyugtató megoldás: beteg akaratának érvényesülése

Konszenzus: beteg akaratát érvényesítő jogi dokumentumok biztosíthatják a megnyugtató megoldást:

Élő végrendelet (living will):

- segítségével a beteg akkor is kifejezheti kívánságait, amikor már nincs megkérdozhető állapotban
- olyan okmány, amelyből kiderül: mennyire agresszív kezelést szeretne a beteg akkor, ha állapota már kilátástalan, élete csak heroikus beavatkozásokkal tartható fenn

Mit kell tartalmaznia:

- célszerű: beteg erkölcsi alapelveinek a rögzítése (pl. római katolikus egyház erkölcsi tanítása szellemében)
- a beteg mennyi információt vár orvosától terminális betegsége esetén
- beteg kívánsága a kezelését illetően (hogyan kezeljék, ha már haldoklik és hogyan, amikor még nem)
- célszerű: tartós meghatalmazott megnevezése („helyettesített döntés”)
- célszerű: kórház, ahova kerülni szeretne, orvos, akinek gondjaira kívánja bízni magát terminális állapota esetén
- speciális kikötésekkel zárulhat

[Egy 55 éves nyelvtanár nő – aspiratiós pneumoniával szállítanak kórházba – 20 éve egyre súlyosbodó sclerosis multiplexben szenved, melynek következtében nyelési reflexe sérült, egyre gyakrabban nyel félre – ez az oka mostani állapotának is – orvosok úgy ítélik meg, hogy egy újabb aspiratiós pneumonia a beteg életébe kerülhet, ezért az epiglottis műtéti levarrását javasolják – ez gyakorlatilag beszédképtelenné tenné – a beteg eddig is ágyhoz kötött volt, egyetlen kapcsolatát a világgal a beszélgetés jelentette (nyelvórákat is adott) – inkább meghal, de nem akar beszédképtelen lenni – döntéskor nem volt kompetens – nővérénél volt élő végrendelete, amelyben azt kérte, hogy ne tartsák mesterségesen életben akkor, ha már nem lesz képes hasznos életet élni – nővér mint tartós meghatalmazott értelmezte, hogy mit értett „hasznos élet” alatt, nem engedélyezte a műtétet – a kezelőorvos a döntést elfogadta]

Living will:

- USA 50 államában létezik
- Dánia: 1992 óta központi számítógépes regiszter
- Anglia: 1993 óta bírósági jóváhagyás: életfenntartó kezelés
beszüntetése

„Living will” közös elemei:

- 2 tanú aláírása (nem lehet rokon, örökös, gyógyító – ápoló)
- 5 évig érvényes (meg kell újítani)
- terhes anya (nem érvényes)
- öregek ápolási otthonában kitöltött élő végrendelet csak akkor érvényes, ha betegjogi képviselő jelenlétében készítették
- bármikor visszavonható (akár szóban is)
- élő végrendelet szerint eljáró orvos jogi védettséget élvez
- életfenntartó kezelésekről való lemondás jogilag nem számít öngyilkosságnak (biztosítás, szerződés)
- élő végrendelet eltüntetése vétség
- nem létező élő végrendelet hamisítása bűncselekmény (emberölésnek minősülhet)
- orvos nem kötelezhető arra, hogy lelkiismerete ellen cselekedjék (más orvoshoz utalhatja)

Hiányosság:

- nem kívánja meg explicit módon a palliatív kezelés folytatását, ha más kezelést a beteg visszautasított

„Nem újraéleszteni” utasítás (Do Not Resuscitate)

(súlyos végstádiumú, nagyon idős, elaggott beteg, leukémiás, infarktusos, sürgősségi betegosztály)

Etikailag fontos:

- milyen minőségű élet meghosszabbítására vállalkoznak a gyógyítók és ezt a beteg vagy hozzátartozói felvállalják-e

Ápoló(nő) szerepe:

- beteg érdekeinek közvetítője és védője
 - „jog az emberhez méltó halálhoz”
- éjjel (beteg mellett) – beteg tőlük kérdez, várja a tanácsot döntése előtt
- beteget mint „embert” ápolják
- ápolóval közli utolsó kívánságát, ő van vele ezen idő alatt
- mi a beteg kezelésének célja (nővér – közvetítő)

Katolikus egyház álláspontja: elutasító

- XII. Piusz pápa (1957) nyilatkozata: (kettős hatás elve)

„Ha nem állnak rendelkezésre más eszközök és ezáltal az adott körülmények között nem éri sérelem az egyéb vallási és erkölcsi kötelezettségeket, megengedett, hogy olyan narkotizáló szereket alkalmaznak, melyek a fájdalmat és az öntudatot kikapcsolják, még ha ezzel előreláthatóan megrövidítik is a beteg életét.”

- II. János Pál 1995. március 30-án kihirdetett enciklikája:

elítéli az eutanázia gyakorlatát:

„az eutanázia olyan abszurd és embertelen kísérlet, amely által az ember megpróbál uralkodni a halálon úgy, hogy előidézi azt”

Szokásos eszközök – nem lehet visszautasítani

(adott helyzetben könnyen elérhetőek, képesek a betegség gyógyítására, az állapot stabilizálására, nem rónak túl nagy fizikai, pszichológiai vagy anyagi terhet a betegre, illetve a hozzátartozóira) – elterjedt, olcsó

Rendkívüli eszközök – vissza lehet utasítani (nem minősül öngyilkosságnak)

(alkalmazása különös megterhelést jelent a betegnek, a hozzátartozóknak – pl. újraélesztés) – ritka, költséges

Ma inkább: arányos – aránytalan; ésszerű – ésszerűtlen kezelés

Mesterséges táplálás, folyadékpótlás megszüntethető-e:

katolikus álláspont: sohasem szüntethető meg

(haldoklás meghosszabbítása esetén: nem kötelező)

Gyakorlatban: sokszor szokásosnak tűnő kezelést is megszüntetnek

pl. – egy metastaticus carcinomás beteg – diabeteses – nem kap
insulinkezelést

– tüdőgyulladás – nem kap antibiotikumot

Ki dönthet inkompetens beteg helyett: (ajánlott sorrend)

– törvényes képviselő

– tartós meghatalmazott

– házastárs

– felnőtt gyermek

– szülő

– legközelebbi hozzátartozó

(kórházi etikai bizottság!)

Magyar jog és gyakorlat:

Jog: nem engedi meg sem az aktív, sem a passzív eutanáziát
életmentő beavatkozást nem lehet visszautasítani

Gyakorlat:

- akkor alkalmaznak rendkívüli életfenntartó eljárásokat, ha az alapbetegség gyógyulására remény van
- kezelőorvos, beteget kezelő team dönt (beteg akarata nem érvényesül)
(hiányoznak a jogi eszközök – élő végrendelet)
- a rendkívüli életmegőrző beavatkozások (javallatuk hiánya miatti) be nem vezetését, illetve felfüggesztését nem tekintik passzív eutanáziának
- nem javasolják hagyományos gyógyító eljárások (pl. antibiotikumkezelés) megszüntetését és mindennapos kezelési vagy ápolási eljárások megszüntetését (ún. minimumterápia: mosdatás, fájdalom- és lázcsillapítás stb.)

(Sokszor orvos képtelen egyedül dönteni – megoldás: beteg joga a döntés)

Magyar Orvosi Kamara Etikai Bizottsága:

- kategorikus elutasítás
- terminális, palliatív medicina alkalmazása

„Az orvos gyógyításra és a beteg szenvedésének enyhítésére tett esküt és kapott felhatalmazást és nem arra, hogy más ember életét kioltsa... Az eutanázia minden formája összeegyeztethetetlen az orvosi etika elveivel, ugyanakkor indokolt a terminális palliatív medicina fogalmának bevezetése... – ami nem azonos a passzív eutanáziával – az orvosi tevékenység sajátos területe. Célja a végső állapotba jutott, a tudomány mindenkori állása szerint gyógyíthatatlan beteg testi és lelki szenvedéseinek csökkentése. Az orvos kellő mérlegelés alapján javasolja a helyes kezelést és az eredménytelennek ítélt gyógymód mellőzését. A beteg, illetve hozzátartozójának kellő felvilágosítás utáni beleegyezése nélkül a palliatív terminális medicina nem alkalmazható.”

(Orvosetikai Statutum – MOK Etikai Kódexe)

[H. A. 11 éves kislány – immunrendszeri betegség – 2 év felfüggesztett börtön]

Súlyos fejlődési rendellenességgel világra jött újszülöttek kezelésének etikai problémái:

- anencephalia (agyféltekék hiányoznak, csak az agytörzs egy része működik) – 1-2 héten belül meghalnak – lélegeztetés, mesterséges táplálás
- gyomor-bél tractus veleszületett hiánya – mesterséges táplálás centrális vénás katéterrel – 1-2 éven belül meghalnak
- spina bifidás újszülöttek (gerincsérv) – 1950-es évekig néhány hétig éltek (90 %-uk 1 éves kora előtt meghalt) – gerinchasadék műtéti lezárása – katéter beültetése – katétereltömődés miatt ismételt műtétek – (1955: amerikai hidraulikus szakember: John Holter gyermeke – Holter–katéter – billentyűt szerkesztett) – 1960-as évektől: egynapos korban mindenkit megoperáltak (agresszív kezelés) – néhány helyen szelektív kezelés (Oxford, Edinburgh, Ausztrália: Melbourne)

Eredmények nem egyértelműek:

- súlyos maradványtünetek: 17 %: közepesen súlyos, 80 %: súlyos (agykárosodás, végtagbénulás, újabb műtétek)

1968: viták → szelektív kezelés (általában 1/3-ukat operáltak meg (szülővel megbeszélve) (szülő döntött: orvos tanácsát megfogadták)

Baby Doe–eset

(1982: Down–kór – egyéb betegség – szájon át nem táplálható – nyelőcső-rendellenesség – műtéttel megoldható – szülők nem engedték a műtétet – nem táplálták – csak fájdalomcsillapítás)

Új törvény: újszülöttek életfenntartó kezeléséről csak a következő esetekben lehet lemondani:

- az újszülött irreverzibilis kómában van
- a kezelés folytatása csak a haldoklást hosszabbítaná meg, de nem gyógyítaná az újszülött életét fenyegető betegséget
- a kezelés a gyermek túlélése szempontjából orvosilag haszontalan lenne

Ki dönthet (újszülöttről):

- Hollandia: hozzátartozó nem dönthet
- Ausztrália: orvos – szülő – nővér együtt dönt
- Lengyelország: orvos dönt

A szerv- és szövettranszplantáció etikai kérdései

Működésképtelen emberi szövetek, szervek pótlása: emberiség ősi vágya

- 1667: vérátömlesztés – halálos szövődmények (törvény tiltotta – 150 éven keresztül) – vércsoportok megismerése – I. világháborúban már kiterjedten alkalmazták
- bőrátültetés (XX. sz. húszas éveiben)
- cornea átültetése (XX. sz. negyvenes éveiben)
- immunológiai ismeretek (XX. sz. második felétől)
- 1960-as évektől: vese-, máj- és szívatültetés

(5 éves túlélés: veseátültetés: 80 % fölött; májátültetés: 62–66 %; szív: 70 %, 10 éves túlélés: 50 %) – elfogadott terápiás beavatkozások

Indokolt orvosi szervátültetési igény Magyarországon: kb. évi

- 500–700 veseátültetés
- 400–600 szívatültetés
- 400–500 májátültetés

Transzplantációt követő immunsuppressív kezelés

Etikai kérdések tisztázása:

- közvélemény bizalma és támogatása nélkülözhetetlen
- agyhalál kritérium elfogadása (orvosok megbízhatóan meg tudják állapítani – igazságos szerveosztó mechanizmus)
(Japán – szívhalál, nem fogadják el az agyhalált – élőből való vesetranszplantáció az összes vesetranszplantációk 75,7 %-a, Európában: 11 %-a – 1987)

Emberi szerv, szövet pótlására három lehetőség:

- műszervvel való helyettesítés (vese – művesekészülék; műszív – próbálkoznak)
- állati szervek, szövetek beültetése (xenotranszplantáció)
(pávián csontvelő – sikertelen volt; immunológiai, fiziológiai szempontok alapján a genetikailag manipulált sertés a legalkalmasabb)
- élőből vagy holttestből való transzplantáció
(összes szervátültetés kb. 80 %-a vesetranszplantáció)

Aki a szervet kapja: recipiens

Aki a szervet adja: donor

Veseátültetés és krónikus haemodialysis:

Végstádiumba jutó veseelégtelenség (ESRD = end stage renal disease)

- dialysis
- veseátültetés

(dialysis – transzplantációs várólista – veseátültetés)

élettartam nem biztos, hogy hosszabb: malignus betegségek gyakorisága a veseátültetés után kb. 30-szorosa az átlagosnak – életminőség lényegesen javul – heti háromszori, 5–6 óráig tartó dialysis – művesegépen egy újabb beteg kezelhető)

[Európában: dialyzáltak kb. 25 %-a kerül transzplantációs várakozólistára – ideális 40–50 % lenne – várólistára kerülést mi befolyásolja: nefrológusok díjazása – fee for service rendszer – nők, kisebbségi csoporthoz tartozók, kisjövedelműek]

[Ki részesül dialysisben? (nem kizárólag orvosi kritériumok)

- éves incidencia: átlag 100 beteg/1 millió lakos
- prevalencia: kb. 1000/1 millió lakos – ennyi beteget sehol nem részesítenek kezelésben – Japán, USA: évente kétszer annyi beteget vesznek fel, mint Nyugat-Európában vagy Kanadában; Anglia, Írország: kb. fele annyi beteget fogad, mint Franciaország vagy Olaszország.]

Élőből való szervkivétel etikai kérdései:

Magyarország: veseátültetés: élő donorból 12 %, cadaverből: 88 %
(Első sikeres vesetranszplantáció cadaverből: 1962)

Élőből való vese kivétel – szemben áll a „Ne árts” elvével

– hazai törvények szerint akkor lehetséges, ha:

- egy háromtagú orvoscsoport a donor alkalmasságát megállapította, és a szervátültetést a recipiens szempontjából is indokoltnak találta (a szerv kivételében és az átültetésben részt nem vevő orvosok)
- donor részletes tájékoztatása a veszélyekről, következményekről
- donor közjegyző előtti aláírása, mellyel igazolja, hogy szervét önként, mindenféle kényszertől mentesen, anyagi ellenszolgáltatás nélkül adományozza a recipiensnek

Gyakorlatban:

- általában vérrokonokra korlátozódik (szervkereskedelem megelőzése)
- házastársak között (önkéntesség nem mindig biztosítható – India)
(csontvelő és más regenerálódó szövetek kivételével általában tilos)

Kiskorúból, fogyatékosból:

[USA: 28 éves egyetemi hallgató – Tom Strunk – krónikus veseelégtelenség – haemodialysis – sürgős vesetranszplantáció – szülei immunológiailag alkalmatlanok – egyetlen vérrokona intézetben ápolt (gyengeelméjű) 27 éves öccse (Jerry) – Jerrynek Tom jelentette az egyetlen igazi emberi kapcsolatot a világgal – úgy tűnt, nincs kifogása, jogilag nem adhatott érvényes beleegyezést – család az orvosokkal egyetértve engedélyezte]

[8 éves egyetérző ikerpár (Diane és Dione Deleon) – Dione veséit el kellett távolítani – apa, anya veséi kilökődtek immunológiai inkompatibilitás miatt – Diane ideális donor lehetett volna – szülők: megengedhető-e – engedélyezték, de előzőleg kikérték a bíróság véleményét – bíróság: meggyőződött arról, hogy Diane 8 éves kora ellenére megértette a helyzetet és önként (ténylegesen) akarja a donációt – engedélyezte]

WHO 1991-es transzplantációs etikai irányelvei:

– kategorikusan tiltják az élő kiskorú testéből való vesekivételt

Magyar jog:

- tiltja a kiskorú és a cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes nagykorú testéből való szervkivételét szervátültetés céljából (kivétel: regenerálódó szövetek (pl. csontvelő) élő kiskorú általi donálása – szülők dönthetnek, de kiskorú beleegyezésére is szükség van)

Morális kétségek miatt: sok ország tiltja

- a kiskorúból és az elmebetegből, értelmi fogyatékosból való szervkivételét
- börtönben lévő rabok szervkivételét
 - szabad beleegyezés?
 - büntetés egy részének elengedését remélhetik

Pressziómentes-e a kellő belátási képességgel rendelkező felnőtt beleegyezése veséje donálásába?

- morális, érzelmi nyomás (gyermek, testvér) – pszichiátriai vizsgálat
- bizonytalan apa – nem alkalmas – önvád



cadaverszervek felhasználásának előtérbe kerülése → halál pontosabb definiálása (agyhalál–kritérium kidolgozása)

Halál fogalma:

Évezredekken keresztül:

- szívműködés, légzés megszűnése

Klasszikus görög orvoslás:

- szívműködés (a szív az élet székhelye, ez a szerv kezd először működni és ennek működése szűnik meg utolsóként)

Zsidó tradíció, kereszténység:

- légzés (utolsó lélegzettel a lélek távozik a testből, és ez a halál)

Európai történelem nagy részében:

- halál megállapítása nem számított orvosi feladatnak (hippokratészi orvosi iskola: orvosok nem foglalkoztak haldokló betegekkel)

- tévedések elleni védekezésésként hagyományok:

(ősi zsidó szokás: holttestet a kriptában 3 napig kellett látogatni, figyelve az esetleges életjeleket)

(középkori nagy pestisjárványok: fertőzéstől való félelem miatt alapos vizsgálat elmaradt – élve eltemették – ettől való félelem közel akkora volt, mint a pestistől való félelem)

1767: új fejezet a halálról való gondolkodás történetében:

- vízbe fúlt emberek mesterséges lélegeztetése – sikerrel (rázással, ütögetéssel) – légzés visszaállítható!

1774: elektromos áramütés: szívműködés helyreállítására – szívműködés leállása sem feltétlenül jelzi a halál beálltát

(francia patológus megfigyelte: egy guillotinnal kivégzett elítéltnak a kivégzés után 1 órával még vert a szíve)



tanácstalanság a halál megállapítását illetően

1850-ig az orvosok nagy része egyetértett:

- a halál egyetlen biztos jele: a holttest rothadása
(jelzőszerkezettel ellátott koporsók)

XIX. század második felére:

- halál orvosi diagnózisának nagyobb megbízhatósága
- rendelkezések (pl. halottasházak – 24, 48, 72 óra temetésig)
- orvos állapította meg – halotti bizonyítvány

1967: első szívatültetés (Barnard prof. Dél-Afrikában) – hagyományos haláldefiníció – 1968: harvardi agyhalál-konceptió (Harvardi Bizottság)

Agyhalál fogalma:

- egész agy összes működésének a megszűnése (agytörzsi funkciók megszűnése is) (agytörzs feladata: szervezet egyes szervei közötti integrált, koordinált működés biztosítása)
- visszafordíthatatlan állapot
- agyműködés irreverzibilis megszűnésétől a szívműködés megszűnéséig tartó időintervallum – biológiai halál

Agyhalál megállapítása:

- annak kizárása, hogy az agyműködés hypothermia, akut vagy krónikus mérgezés hatására függesztődött fel (narcoticumok, anyagcsere- vagy endokrin zavarok hatására)
- mély eszméletlenség
- spontán légzés hiánya
- fény-, hang- és fájdalomingerre való reakcióképtelenség
- közepesen vagy maximálisan tág, fénymerev pupillák
- corneareflex hiánya
- garat-, illetve légcsőreflexek (nyelési, köhögési reflex) hiánya

Egyes országokban kiegészítő vizsgálatok szervtranszplantáció előtt:

- EEG, cerebralis angiographia stb.

Angol–amerikai gyakorlat:

- két orvos egymástól függetlenül állapítsa meg az agyhalált (legalább két–két alkalommal megvizsgálva a beteget)

Magyar törvény:

- háromtagú orvosi bizottságot ír elő (halál megállapítása; újraélesztésről készült jegyzőkönyv ellenőrzése)

Halál beálltát megállapító orvos nem lehet

- a donorszerv eltávolítását vagy beültetését végző csoport tagja
- a recipiens kezelőorvosa

(érdekkonfliktus: haldokló és szervre várakozó között)

haldokló életének megmentése – átültethető szervek túlélésének biztosítása

A holttestből való szervkivétel etikai kérdései:

Szervet el lehet távolítani szervátültetés céljára:

- elhunyt korábbi beleegyezésével
- hozzátartozók engedélyével
- ezek nélkül

Engedély nélküli szerveltávolítás – nem okoznak kárt a holttestnek

- elítélik – holttesttel való bánásmód szimbolikus jelentősége

[felháborodás: 1978: USA – néhány kutatólaboratórium kísérletei:

autóbalesetek szimulálása – autóba ültetett holttestek sérüléseiből szerzett adatok alapján próbálták biztonságosabbá tenni a gépkocsikat – hozzátartozók beleegyezését előzetesen megszerezték – kísérleteket be kellett szüntetni]

[Kína: kivégzett bűnözők szerveinek eltávolítása – évente kb. 3000 szervhez (vese, cornea) jutnak így módon – sem az elítélttől, sem családjától nem kérnek beleegyezést – előfordult: veséket már egy nappal a kivégzés előtt eltávolították – szerv túlélési esélyeinek javítása érdekében]

Ma konszenzusnak tekinthető:

- holttestből való szerv kivételébe szükséges
 - elhunyt még életében adott beleegyezése vagy
 - hozzátartozók beleegyezése

Pozitív beleegyezés rendszere:

- alapelv: az a természetes, ha valaki elutasítja a halála utáni szerveltávolítást, ezért ez csak akkor engedhető meg, ha az adott személy ebbe még életében kifejezetten beleegyezett
 - aki nem egyezik bele – tiltakozik (nincs donorkártya)

[USA, Egyesült Királyság, Kanada, Németország, Hollandia, Új-Zéland, Ausztrália, Japán, Dél-Korea, Thaiföld, Írország, Dél-Afrika, latin-amerikai és arab országok többsége 1988-tól Svédország]

Probléma: USA: lakosság csak kb. 20 %-a tölt ki donorkártyát (40-50 % hajlandó lenne)

Anglia: 70 % hajlandó lenne, de csak 29 %-nak van donorkártyája

1987: USA: kötelező kérdés törvénybe iktatása: ha az orvos nem talál donorkártyát, kötelező megkérdeznie a hozzátartozókat (70-75 % beleegyezik) – hozzátartozók akarata érvényesül – akkor is megkérdezik a hozzátartozót, ha van donorkártya – saját: 45 % – hozzátartozó: 85 %

Feltételezett beleegyezés rendszere:

- alapelv: az a természetes, ha valaki a halála utáni szerveltávolításba beleegyezik, ezért ezt csak akkor nem végzik el, ha ez ellen valaki még életében kifejezetten tiltakozott
- aki nem tiltakozik – beleegyezik

[USA: cornea- és hypophysis-eltávolítás]

Gyenge formája: ha nem találnak tiltakozó nyilatkozatot – megkérdezik a hozzátartozókat [Finnország, Görögország, Olaszország, Norvégia, Spanyolország, 1988-ig Svédország]

Erős formája: ha nincs tiltakozó nyilatkozat – szervkivétel a hozzátartozók megkérdezése nélkül is végrehajtható [Ausztria, Dánia, Franciaország, Izrael, Svájc, Belgium, Magyarország]

Probléma: nem ismerik a törvényt – nem tudják, hogy tiltakozni kell
tájékoztatás! – központi számítógépes adatbank felállítása

Kiskorú személyből halála után szervet csak a szülő vagy a törvényes képviselő írásos beleegyezésével lehet eltávolítani.

Magyarország:

- technikai problémák (családorvos nyilvántartási rendszere, külön egészségügyi lap)
- informáltság hiánya (visszautasítás más országokban kb. 20 % körüli, nálunk alig fordul elő)
- transzplantációs koordinátori hálózat hiánya

Transzplantációs koordinátori hálózat

- cadaverszervek általában közlekedési balesetek koponyasérültjeitől
- intenzív osztály – respirátor – donorgondozás (többletmunka, hozzátartozó engedélye – pszichológiailag nehéz) – szervfelajánlás motiválása
- donor alkalmasságának megítélése (legkevesebb szigorúak: vesedonorral szembeni kritériumok)
- transzplantációs koordinátor munkája (szervadó intézmény igényeire, az elhunyt családtagjainak támogatására koncentráljon)

(Intenzív osztály dolgozóit kell meggyőznie arról, hogy még azután is életet tudnak menteni, miután a saját betegük életéért folytatott küzdelmet már elvesztették.)

A szervek pénzért való árusításáról folyó vita

Krónikus szervhiány – piac az eddig ismert leghatékonyabb mechanizmus a ritka eszközök termelésének, elosztásának biztosítására:

Javaslatok:

- halotti szervekért való fizetség megengedhetővé tétele (adó- vagy örökösödési illeték jóváírás)
- szervek „jövendő piacának” (future market) létrehozása (életében eladja pl. egy biztosítótársaságnak az átültetési jogot)
- élők is eladhatják pénzért veséjüket (egyéni szabadságjogok)

1980-as évek elején: szervkereskedelemről első hírek:

- vállalkozások: szegények körében szervdonorok toborzása – HLA-antigén-tipizálás (vérrokonság megállapítására is): összehozták a kiválasztott donorokat az immunológiailag kompatibilis fizető recipiensekkel



jogi tiltás – szervkereskedelem erkölcsileg elfogadhatatlan (WHO)

Érvek a szervek adásvétele mellett:

- [Anglia: 1989 – londoni magánklinikára érkezett egy fiatal török férfi – ügynökök közvetítésével 2000 fontot és költségtérítést kapott, hogy eladja veséjét egy angol betegnek – nyilvánosságra került – rossz anyagi körülmények – kislányának orvosi kezeléséhez]
- vese kivétele: orvosilag csekély rizikójú beavatkozás, egy vesével élni nem jelent nagyobb veszélyt, mint kettővel (biztosítótársaságok nem kérnek több pénzt az életbiztosításért) (veszély: munkanapon 30 km autózás)
 - két élet megmentése (közvetett altruizmus – közvetlen altruizmus)

megfelelő jogi szabályozás! – visszaélések korlátozása

Érvek a szervek adásvétele ellen:

- az emberi test nem árucikk
- altruista szervdonáció megszűnne – drágulna a transzplantáció
- szervpiac: átültethető szervek minősége romlana (betegség eltitkolása)
- szervhiány: természetes korlátot jelent a szervtranszplantáció költségei ellen

Szervkereskedelem és kompenzált szervadományozás közötti különbség:

India: „szervbrókerek” – utcán lakó hajléktalan (5000 rúpia) – bróker: tízszeresét kapja (7-10 %: hepatitis B; HIV-pozitív – becsapásuk)
– leggazdagabbak: újsághirdetés (több ezer jelentkező) – orvoscsoport – immunológiailag legmegfelelőbb donor – jól felszerelt külföldi intézet

Gondosan ellenőrzött, kompenzált donáció:

– indiai orvosok – donorokat kerestek (ált. 1000 font és 3 év ingyenes egészségbiztosítás)

(donorok közül senki nem halt meg – recipiensek 2 éves túlélése 80 %-os volt)

diszkriminatív (gazdagok – szegények)

– vevő akkora árat fizet, ami a donor társadalmi osztályából származó két másik ember veseátültetésének a költségeit fedezi

(Illegális szervkereskedelem ellen: megfelelően kidolgozott dokumentálás és követhetőség!)

Embryonalis és magzati szövetek terápiás felhasználhatósága:

- polio- és rubeolavírus elleni oltóanyag létrehozása
- Parkinson- és Alzheimer-kóros betegek magzati szövetekkel való kezelése

Etikai problémák:

- művi abortusok során meghalt magzatok szöveteit használják fel
(magzatok, anyák eszközként való felhasználása)
- művi abortus motívuma semmiképpen nem lehet felhasználható magzati szövetek szerzése

[Alzheimer-kóros férfi lánya: apja spermájával való mesterséges megtermékenyítésre kérte orvosát – magzati szövetek – édesapja Alzheimer-kórjának kezelésére]

(javaslat: csak méhen kívüli terhesség miatt végzett életmentő abortusok magzati szöveteit lehessen felhasználni transzplantációs célokra)

Az anencephal újszülöttek szervdonorként való felhasználásának kérdése:

(koponya és cerebralis hemisphaeriumok veleszületett hiánya – 25-45 %-uk születik élve – néhány napig, ritka esetben néhány hónapig élnek)

- ideális szervdonorok: egészségesek – agytörzs még működik (nem számítanak agyhalottnak) – gyakorlati okokból nem lehet eltérni egy elvileg megalapozott haláldefiníciótól

Amerikai Orvostársaság 1994-es állásfoglalása (vitatható):

- bizonyos feltételek fennállásakor (szülői beleegyezés, az anencephalia diagnózisának két független orvos által való megerősítése) megengedi a még élő anencephal újszülött szerveinek felhasználását – méhen belül diagnosztizálható

Az emberkísérletek etikai kérdései

Orvostudomány története bővelkedik olyan gyógyszerekben, gyógyító eljárásokban, amelyeket az orvosok hosszú időn át és széles körben alkalmaztak (hatástalanok, ártalmasak)

1600 éven keresztül: gyógyuló sebre jótékony hatással van a gennyesedés (sebgyógyulás integráns része – igyekeztek elősegíteni)

– antisepsis tana Angliában (még Lister felfedezése után is) köznevetség tárgya volt

Hátfájás ellen: nephropexia (vese műtéti rögzítése) – 40 éven keresztül divatos kezelés – 1930-as években kérdőjelezték meg indokoltságát (hátfájást bizonyos esetekben a vesesüllyedése okozza)

Tévedések kiküszöbölésére:

– 1940-es évektől: randomizált (véletlen) kontrollcsoportos klinikai kísérletek

Randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletek jellemzői:

- tartalmaz egy vagy esetleg több kísérleti csoportot, melynek tagjai a kísérletben vizsgálni kívánt új terápiás eljárásban részesülnek
 - tartalmaz egy kontrollcsoportot, amelynek tagjai vagy placebót, vagy (ha létezik) a már kipróbált standard terápiát kapják
 - a betegeknek az egyes csoportokba való bekerülése lehetőség szerint kizárólag a véletlenül múljék
 - egyszerű vak próba (betegek) vagy kettős vak próba (orvosok, betegek) – kód (kísérlet befejezése után fejtik meg)
- (eredményt befolyásoló tényezők egyenlő eséllyel kerülnek mindegyik csoportba)

Elemzés: matematikai-statisztikai eljárások

- nullhipotézis: a két csoport közötti eltérést a véletlen okozta (a vizsgált két terápia között nincs hatékonyságbeli különbség)
- eredmény szignifikáns: a két csoport közötti különbséget nem a véletlen, hanem a két terápia eltérő hatékonysága okozta

(medicinában: 0,05 szignifikanciaszint – 5 %-nál kisebb valószínűséggel okozhatta véletlen a különbséget)

Meddig szabad egy randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet folytatni, illetve mikor kell abbahagyni:

- erkölcsileg helyes-e a kontrollcsoportot egy sokat ígérő terápiától megfosztani (történelmi kontroll)
- statisztikailag kibontakozó trend alapján megszakított kísérlet tudományosan nem elfogadható eredményhez vezethet

Kísérleti alanyok tájékoztatása:

- kísérlet tényéről
- kísérlet lefolyásáról (lényegről, ésszerűen)
- lehetséges előnyeiről
- lehetséges hátrányairól
- lehetséges kezelési alternatívákról
- kérdés lehetőségéről
- beleegyezés visszavonhatóságáról
- véletlen módon dől el ki melyik csoportba kerül
- beteg családját, kezelőorvosát is helyes bevonni
(kutatóval való együttműködés, manipulációmentes)

Kísérlet: új, eddig ki nem próbált gyógyszerek, eljárások, technikák stb. kipróbálása általánosítható ismeretek szerzése céljából

- állatkísérletek
- laboratóriumi kísérletek
- élő embereken folytatott kísérletek

Orvos kutatói és gyógyítói szerepe közötti konfliktus:

- tudomány fejlesztése (új terápiás, diagnosztikus eljárások kidolgozása) (kutatói kötelesség: jövőbeli betegek érdekében az orvostudomány haladásának elősegítése)
- beteg érdeke legyen a legfőbb törvény (terápiás kötelesség: létező legjobb kezelés nyújtása)

[amerikai vizsgálat: emlőrák korai stádiumában: radioterápiával kiegészített részleges mastectomia vagy a totális, ún. radikális mastectomia nyújt-e kedvezőbb eredményeket – sok sebész visszautasította a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben való részvételt – meg voltak győződve a radikális műtét kedvezőbb eredményeiről – meg sem említették – Massachusettsben törvény a kötelező tájékoztatásról – egyforma gyógyulási eredmény]

Történeti áttekintés

Medicina: kísérleti jellegű tudomány

Ókortól egészen a XIX. századig:

- halálra ítélt bűnözőkön végzett nem gyógyító jellegű kísérletek

Modern értelemben vett orvosi kísérletezés atyja:

- William Harvey (1578-1657): 1628: tapasztalatai, eredményei a vérkeringésről

Állatokon először Erasistratus kísérletezett Alexandriában Kr. e. 3. sz.-ban

Galenus: Kr. u. 2. sz.-ban: hosszú időre rutinmunkává tette az állatokon végzett kísérleteket (majmok, sertések)

(Rómában jogellenes volt emberi testen kísérletezni)

Hosszú ideig (ún. nem terápiás kísérlet kezdete előtt) hippokratészi etika érvényesült: – orvos beteg hasznára legyen – semmiképp se ártson

- tudományos célból történő kutatás erkölcstelen (még a vérvétel is)

Nürnbergi Kódex (1947) (magatartási norma 1964-ig)

„azok a kísérletek, amelyek tudománytalanok voltak, már eleve nem lehettek etikusak, amelyek pedig „etikátlanok” voltak, tudományosnak sem igen minősülhettek”

(Moe)

Helsinki Nyilatkozat (1964, módosított: 1975)

– nem terápiás jellegű klinikai kutatásokra vonatkozó etikai normákat is magában foglalja

Erkölcstelen kísérletek:

- fasiszta orvosok gátlástalan, a tudomány és a társadalom nevében elkövetett aljasságai
- japán orvosok vérlázító kísérletei (II.vh.) (pl. emberi testet töltöttek fel ló vérével) – több mint 3000 kínai hadifogoly esett áldozatul)

- Tuskegee szifilisz–kísérlet (40 év után, 1972-ben derült fény)
1932: Egyesült Államok közegészségügyi szolgálata Alabama államban, Tuskegee-ben kísérleti úton tanulmányozni kezdte: milyen is a vérbaj természetes lefolyása – két, négerekből álló férficsoport (1: 399 férfi: nem mondták meg, hogy vérbajban szenvednek; 2: 201 férfi: nem voltak vérbajosok – kontrollcsoport) – időközönként mindenki placebooltásokat kapott és megfelelő kezelést más fellépő betegségekre (sőt: ingyenebédet is kaptak, s ingyen temették el azokat, akik közben meghaltak) – 1940-es években ismertté vált a penicillin (hatékony a vérbaj kezelésére) – egyikük sem kapta, sem egyéb kezelést vérbaj ellen – katonai szolgálat alól is felmentést kaptak – háború – (még véletlenül se kapjanak kezelést) – 1972-re már csak 74 ember maradt életben a 399 főből (Jean Heller amerikai újságíró)
- Willowbrooki–eset:
USA: willowbrooki Állami Kórház gondozásában levő 10000 szellemileg retardált gyermek közül 700-at májgyulladást előidéző vírusokkal oltottak be abból a célból, hogy a kutatók jobban megismerhessék a májgyulladásos betegséget, és immunizáló gyógyszereket dolgozzanak ki ellene

- Brooklyn Jewish Chronic Disease Kórházban idős, haldokló emberekbe injekcióztak rákos sejteket anélkül, hogy a kísérlet alanyait erről felvilágosították volna

„Publikálni vagy megsemmisülni!

- mennyiségi mutatóknak való megfelelés (impact factor, idézettségi index) – támogatás, előléptetés
- nem valódi problémákkal való foglalkozás – betegellátás szempontjából nem járnak haszonnal

Kísérleti alanyok kiválasztása:

- minden társadalmi osztály, csoport, réteg képviselve legyen
- erkölcsileg elfogadhatatlan: társadalom perifériájára szorultak
(USA: legszegényebb néger populációból, elhagyatott nyugdíjasokból, retardáltak közül – 1947-től pl. 250 000, kizárólag a kormány által támogatott emberen történt kísérletről számoltak be – kísérletbe bevont alanyok nagy része: szellemileg inkompetens felnőttek, gyermekek, végstádiumban levő betegek, rabok, katonák, egyetemi hallgatók)

Rabok:

- nemrégiben még csak az USA-ban (gyógyszerektől kezdve a kozmetikai szerek kipróbálásáig) ma már több országban
- mikor végezhető:
 - kényszerű okok vannak arra, hogy rabokon végezzék
 - alanyok kiválasztásakor nincs semmilyen diszkrimináció
 - rabok részéről egyértelmű az önkéntesség (kísérletek nyilvánosak)

Rabok túlnyomó többsége szívesen vesz részt kísérletekben:

- pénzt kapnak (napi szükségletek, család támogatása, új élet kezdéséhez)
- büntudat enyhítése: valamit visszafizetnek a társadalomnak

Régebben súlyos visszaélések, gátlástalan kísérletek – amerikai börtönökben – ma: Helsinkai Nyilatkozat, Amerikai Orvosi Szövetség Kódexében lefektetett normák szigorú betartása

Gyermekek:

- szülői beleegyezés vagy a beleegyezés megtagadása
(meddig terjed a szülői felelősség, a szülők joga, mely kortól és mely szituációtól elengedhetetlen magának a gyermeknek a beleegyezése)

Richard Nicholson (angol orvosi etikus)

- 7-11 év közötti gyermekek már képesek voltak az orvosi beavatkozásokkal kapcsolatos racionális döntésekre

Kutatásetikai bizottság:

- 10 éves korban jelölte meg a beleegyezés korhatárát
- 14-18 éves korban határozták meg a fiatalok kísérletbe való kutatási alanyként való beleegyezését, amelyhez már semmilyen más, szülői vagy egyéb beleegyezés nem kell

Nem terápiás kutatás feltételei:

- kutatásetikai bizottság jóváhagyása (mint minden kísérletnél)
- minden szükséges kutatási tudást, ismeretet először felnőtteken vagy állatokon kell megszerezni
- más alternatíva nincs
- képviselő beleegyezése (szülő, gondnok, bíróság stb.)
- gyermek beleegyezése (amilyen mértékben lehetséges)

A bizottságok szerepe:

- Helsinki Nyilatkozat:
 - kísérleti tervezet (protokoll) – minden, emberen való kísérleti lépés megtervezésének, kivitelezésének pontos megfogalmazása
 - tervezet benyújtása egy független bizottságnak (felülvizsgálja, megjegyzéseket tesz, útmutatásokat ad, jóváhagyja vagy elutasítja)
- Magyarország:
 - Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság (regionális testületei)

Önkéntes kísérleti alanyok és díjazásuk:

egészséges önkéntesek (idő, kényelem, kockázat)

- anyagi, erkölcsi motiváció együttesen
 - díjazás: kockázat nagyságával, kellemetlenségek fokával, ráfordított idővel arányos
 - túl magas összeg: versengés – túl alacsony összeg: nem jelentkeznek

Anglia: átl. honorárium napi 20 font (vágással és varrással végzett

bőrbíopszia: 15 fontért nem jelentkezett senki - 50 fontra emelték); 23 font

Helsinki Nyilatkozat (1975)

I. Alapelvek

1. Az emberen végzett orvosbiológiai kutatásoknak összhangban kell lenniük az általánosan elfogadott tudományos elvekkel. A kutatásnak megfelelően elvégzett laboratóriumi és állatkísérleteken, valamint a tudományos irodalom mélyreható ismeretén kell alapulnia.
2. Minden, emberen végzett kísérleti lépés megtervezését és kivitelezését világosan meg kell fogalmazni egy kísérleti tervezetben, amit aztán be kell nyújtani egy külön e célra kinevezett független bizottságnak, hogy az felülvizsgálja, vele kapcsolatban megjegyzéseket tegyen és útmutatásokat adjon.
3. Emberen való orvosbiológiai kutatást csak tudományosan kvalifikált személyek végezhetnek, klinikailag kompetens személy irányításával. A kutatásba bevont alanyért a felelősséget mindig az orvosi képesítéssel bíró személynek kell viselnie és sohasem a kutatás alanyának, még akkor sem, ha az alany a beleegyezését adja a kutatásba.
4. Emberen végzett orvosbiológiai kutatás elfogadhatatlan, ha a kutatási cél fontossága nem áll arányban a kutatási alanyra váró kockázattal.

5. Az emberen végzett orvosbiológiai kutatás tervezetét meg kell előznie a várható kockázat felbecsülésének, amit aztán össze kell hasonlítani az alanyra vagy mások számára várható előnyökkel. *Az alany érdekének védelme mindig fontosabb, mint a tudomány és a társadalom érdeke.*
6. A kutatási alany jogát integritásának megőrzéséhez mindig biztosítani kell. Minden óvintézkedést meg kell tenni az alany privát szférájának tiszteletben tartásáért, s minimálisra kell csökkenteni a kutatás hatását az alany fizikai és pszichikai integritására és személyiségére.
7. Az orvosok álljanak el az olyan, emberen végzett kutatásoktól, amelyek várható kockázatairól kielégítő módon nem győződtek meg. Az orvosok bármilyen vizsgálatot kötelesek abbahagyni, amikor a kockázat nagyobbak mutatkozik, mint a várható előny.
8. A kutatási eredmények megjelentetésekor az orvos köteles a kapott eredményeket pontosan közölni. Ha a kísérlettel kapcsolatos tanulmány nincs összhangban az e nyilatkozatban lefektetett elvekkkel, akkor a tanulmány nem fogadható el közlésre.
9. Bármilyen, emberen végzett kutatásról legyen is szó, minden egyes potenciális alanyt megfelelő módon tájékoztatni kell a kutatás céljáról, módszereiről, a várható előnyökről és kockázatokról, valamint a kutatással járó kellemetlenségekről. Az alanyt tájékoztatni kell arról,

miszerint szabadon dönthet, hogy a kísérletben részt vesz-e vagy sem, és a részvételbe adott beleegyezést bármikor visszavonhatja. Az orvos csak felvilágosítás után szerezheti meg az alanytól a szabadon adott beleegyezését, s az lehetőleg írásbeli legyen.

10. A kutatási programban adott felvilágosításon alapuló beleegyezés megszerzésekor az orvosnak különös gonddal kell ügyelnie arra, hogy az alany nincs-e függő viszonyban vele, vagy beleegyezését nem valamiféle kényszer hatására adja-e. Ha igen, akkor a felvilágosítás alapján való beleegyezést olyan orvosnak kell kérnie, aki nem vesz részt a kutatásban, aki teljesen független az adott intézet és a kutatásba bevont személy között fennálló hivatalos kapcsolattól.
11. Jogi cselekvőképtelenség esetén a felvilágosításon alapuló beleegyezést az alany törvényes képviselőjétől kell megszerezni, az ország jogszabályainak megfelelően. Ha az alany fizikai vagy szellemi károsodása lehetetlenné teszi a felvilágosításon alapuló beleegyezés megszerzését, vagy ha az alany kiskorú, a felelősséggel bíró hozzátartozó engedélye helyettesíti az alany beleegyezését, összhangban a fennálló törvényekkel.
12. A kutatási tervnek mindig tartalmaznia kell a kutatással kapcsolatos etikai megfontolásokat és az utalást arra, hogy ezek összhangban vannak a nyilatkozatban foglalt elvekkel.

II. A szakmai ellátással kapcsolatos orvosi kutatás (klinikai kutatás)

1. A beteg ember kezelésekor az orvos szabadon használhat új diagnosztikai és terápiás eljárást, ha megítélése szerint az reményt ad az élet megmentésére, az egészség helyreállítására és a szenvedés enyhítésére.
2. Az új eljárás várható előnyeit, kockázatait, kellemetlen velejáróit szembe kell állítani az adott időben fennálló legjobb diagnosztikai és terápiás módszerek előnyeivel.
3. Bármilyen orvosi kutatásban, minden beteg számára – beleértve a kontrollcsoportban levőket is, ha vannak ilyenek – biztosítani kell az adott időben alkalmazott legjobb diagnosztikai és terápiás módszereket.
4. A kutatásban való részvétel megtagadása sohasem árthat az orvos–beteg kapcsolatnak.
5. Ha az orvos feltétlenül fontosnak tartja, hogy a tájékoztatáson alapuló beleegyezés megszerzésétől tekintszen el, akkor annak meghatározott okait fel kell tüntetni a kísérleti tervezetben, amelyet a független bizottság majd kézhez kap.

6. Az orvos a hivatásbeli orvosi ellátással egybekötött kísérletet összekapcsolhatja új orvosi ismeretek megszerzésével, de csak abban a mértékben, amennyire annak a beteg számára lehetséges diagnosztikai és terápiás értéke feljogosítja.

III. Emberen való nem terápiás orvosbiológiai kutatás (nem klinikai orvosbiológiai kutatás)

1. A tisztán tudományos célból végzett orvosi kutatásban az orvos kötelessége, hogy a kutatásban részt vevő személy egészségének és életének védelmezője legyen.
2. A kísérletben részt vevő alanyok önkéntesek legyenek – egészséges személyek vagy olyan betegek, akiknek a betegsége nincs kapcsolatban a kísérlet természetével.
3. A kutatónak vagy a kutatócsoportnak abba kell hagynia tevékenységét, ha megítélése szerint a kutatás – ha folytatják – káros hatással lehet a kutatásba bevont egyénre.
4. Az emberen való kutatásban a tudomány és a társadalom érdeke sohasem előzheti meg a kutatásban részt vevő alany jólétének védelmét.

A művi abortusz etikai kérdései

Abortusz: a magzat pusztulásával járó művi terhességmegszakítás

Jogi kezelése:

- **megengedő**: ha a terhességnek legalább az első harmadában az anya mérlegelésére bízta a döntést
 - fokozatai (milyen hosszú az időszak, amelyen belül az anya döntési szabadsága korlátolatlan)
- (Franciaország: 8 hét; Olaszország: 12 hét; Svédország: 18 hét; Hollandia: 24 hét)

(ezt követően bizottsági engedély (feltételek nem egyformák Svédo.: anya családi vagy szociális helyzete időközben erősen megromlott; Franciao.: terhesség nemi erőszak következtében jött létre; Nagy-Britannia: terhes nő egészségének súlyos veszélyeztetettsége vagy a magzat komoly károsodottsága)

- **mérsékelten megengedő**: első 12 hét leteltéig anya önrendelkezési joga, második 12 hét: hivatalosan vizsgált feltételekhez köti
- **radikálisan megengedő**: önrendelkezési jog a második 12 hétre is kiterjed

- **korlátozó**: ha a műtét kezdettől fogva hatósági jogkörű vizsgálóbizottság engedélyéhez kötött
 - mérsékelten korlátozó: egészségügyi, szociális, büntetőjogi indokok egyaránt elfogadhatóak (Németország: szociális gondozó–orvos)
 - radikálisan korlátozó: közvetlen életveszély, súlyos egészségkárosodás közvetlen veszélye, magzat károsodottsága (Írország: anya élete veszélyeztetett; Spanyolo.: 12. hétig: nemi erőszak esetében, 24. hétig: magzat sérült, terhesség végéig: anya életveszélye)

[Franciao.: 1–5 év börtön – orvos, terhes nő]

[Költségek: Hollandia: 24. hétig állam; Svédo.: terhes nő: névleges hozzájárulás; Franciao.: 80 %: tb.; Belgium: terhes nő]

[Abortusz lehetőségére vonatkozó orvosi felvilágosítás: USA: Legfelsőbb Bíróság döntése: nem részesülhetnek szövetségi költségvetési támogatásban azok a magánklinikák, amelyek a hozzájuk forduló nőket tájékoztatják a műtét lehetőségéről]

Ókor: születésszabályozás egyik módja

– bár a hippokratészi eskü arra kötelezte az orvost:

– ne alkalmazzon olyan szert vagy kezelést, amely abortuszhoz vezet

Platón, Arisztotelész: helyeselték a terhesség megszakítását – így módon megakadályozható a kis görög városállamok túlnépesedése

Ókori görögöknél, rómaiaknál megengedett gyakorlat volt (erkölcsileg, jogilag): csecsemőgenocidium – abortusz még kevésbé volt kifogásolható (római birodalom: apa beleegyezése is kellett)

Háborúk, járványok – csökkent az engedékenység

Zsidó és keresztény egyházak: abortusz ellenzői – állami szabályozás is egyre szigorúbb lett

Aquinói Szent Tamás (1225–1274):

– átlelkesülés: léleknek az ember testébe való belépése

(fiúknál: 40. napon, lányoknál: 80. napon) – ezt követően gyilkosság

1800-as évek közepén: fogamzás pillanatától gyilkosság

XI. Pius pápa 1869: abortuscselekedet minden résztvevőjére (anya, orvos, nővér) a kiátkozás vár

VI. Pál pápa (1897-1978) 1968: Humanae vitae: mindenféle abortusz és fogamzásgátlás (kivéve a természetes módszert) tilos

– egyetlen esetben elfogadható erkölcsileg a fogamzásgátlás: ha a terhesség nemi erőszak eredménye

– USA: 1973: nem orvosi indikációból végzett abortusz legalizálása

II. világháború után: szigorú tilalmak, súlyos büntetések ellenére:

– világszerte megnőtt az illegális abortuszok száma

Becslések szerint: világon évente 50-55 millió abortusz

Kína: „egy család, egy gyermek”: évi 10-15 millió (90 %: állami kényszer)

Magyarország: 1956-1989 között 4,5 millió művi terhesség-megszakítás

Föld országainak csoportosítása abortusz törvény, gyakorlat alapján (1980-as évek közepén kialakult helyzet)

1. Abortusz teljes tilalma: világ népességének 10 % (Szaúd-Arábia, Afganisztán)
2. Abortusz engedélyezett, ha az anya élete kerül veszélybe: világ népességének 10 % (Belgium, Írország)
3. Abortusz engedélyezett egészségügyi, genetikai vagy jogi (nemi erőszak) megfontolások alapján: világ népességének 8 % (harmadik világ országai)
4. Fentebb felsorolt indokok, plusz szociális vagy gazdasági tényezők: a népesség 25 % (Egyesült Királyság)
5. Óhaj szerinti abortusz az első trimeszterben: népesség 40 % (USA, Franciaország, Kína, Tunézia, skandináv országok)

Mint születésszabályozó módszer:

1. Önkéntes sterilizáció (kb. 100 millió)
2. Orális fogamzásgátló (kb. 55 millió)
3. Abortusz (kb. 50 millió)

Abortusszal kapcsolatos viták központi kérdései:

- mikor kezdődik az emberi élet
- kinek van joga dönteni a magzat életéről
- meddig terjed a nő önrendelkezési joga
- magánügy-e a családtervezés

Mai álláspontok:

- konzervatív: az egyedi emberi élet a fogamzással kezdődik
(abortusz erkölcsileg elfogadhatatlan)
- liberális: öntudat kialakulásától (szélsőséges)
élve születéstől vagy életképessé válástól (1000 g, 500 g –
orvosi technika)
(abortusz a terhesség egész ideje alatt elfogadható)
- mérsékelt: méhen belüli fejlődéshez kötik
 - érzőképeség (kb. terhesség 14. hete)
 - agyműködés kialakulása (agyszületés) (terhesség 8. hete)
agytörzsi aktivitás
agykéreg működésének kezdete (20. hét – 22-24. hét)

[Terhesség 10. hetének végéig: embrió – minőségi fejlődés
ezt követően: magzat – mennyiségi változások]

Katolikus egyház:

- anya életének veszélyeztetése esetén elfogadható
- egyes katolikus teológusok: ez nem elég indok: emberi élet értékesebb, mint az egészség
- nemi erőszak vagy vérfertőzés: abortusz: erkölcsileg nem elfogadható
 - örökbe kell adni
 - vállalni kell a mártíromságot (II. János Pál pápa a megerőszakolt boszniai nőkkel kapcsolatban megfogalmazta)

[Manuel D’Almeida, portugál püspök, a portugál püspöki kar elnöke ugyanígy nyilatkozott 1986-ban az ország első, bírósági utasításra végrehajtott abortuszáról (15 éves lányát erőszakolta meg az apa): „a kislánnyal el kellett volna fogadtatni a terhességet, a mártíromság vállalásával”]

- károsodott magzat: ált. ezt sem fogadják el a katolikus erkölcsteológusok

Abortusz elleni érvek:

1. Az emberélet morális védelme

- az élethez való jog mindenkit megillet – az élethez való jog abszolút erejű
- az emberi élet szent – az élet szentsége abszolút

2. Az élethez való jog, illetve az élet szentségének kiterjesztése a magzatra

- a magzat fogantatása időpontjától kezdve ember (génjeiben a teljes kifejlett ember benne van – fogantatástól a megszületésig tartó fejlődés folyamatos)
- a magzat fogantatása időpontjától kezdve potenciális személy (saját fejlődési programjánál fogva kifejlett személlyé válik)
- a magzat fogantatása időpontjától kezdve önálló élet (nem az anya szerve, hanem saját életét éli)

3. Az abortusz műveletének erkölcsi értelmezése

- az abortusz a magzat életét megszakító beavatkozás
- súlyosabb rossz egy emberi egyedet megölni, mint hagyni, hogy egy ember meghaljon

4. Konklúzió: az abortusz ugyanolyan erkölcsi elbírálás alá esik, mint a szándékos emberölés

Abortusz melletti érvek:

1. A terhes nőnek joga van az abortuszhoz
 - mindenkinek emberi joga, hogy maga rendelkezze a testével
 - a terhesség fölötti rendelkezés része a test fölötti rendelkezésnek
 - önrendelkezés általános joga mindenekelőtt azt jelenti, hogy az embernek jogában áll önállóan meghatározni, kivé és mivé kíván lenni, milyen életet akar élni
 - a terhesség fölötti rendelkezés része a személyes sors, az egész saját élet fölötti rendelkezésnek
 - mindenkinek emberi joga, hogy maga rendelkezze a személyével kapcsolatos információk fölött
 - mindenkinek emberi joga, hogy neme miatt ne szenvedjen el hátrányos megkülönböztetést
2. A nem kívánt gyermek megszületése neki magának sem jó
3. Az állam csak akkor avatkozhatna be a gyermek érdekében, ha biztosítani tudná számára az önálló, örömteli élet egészségügyi és szociális feltételeit
4. Konklúzió: a nő önrendelkezési joga megköveteli, hogy az állam ne avatkozzon be a terhességre vonatkozó döntésbe

Közvélemény:

- indokolt esetekben a többség elfogadja a terhességmegszakítást
(anya életének veszélyeztetése, nemi erőszak, súlyos genetikai rendellenesség)
- általában akkor ítélik el, ha az abortusz:
 - a születésszabályozás tudatos helyettesítése
 - kizárólag kényelmi szempontokat szolgál
 - a nem kívánt nemű magzat miatt kerül rá sor

Mesterséges megtermékenyítés

Több mint 20 mesterséges mód van a fajfenntartásra, utódnemzésre, utód létrehozására

Elméletileg évszázadok óta ismerték a mesterséges megtermékenyítés lehetőségét.

Gyakorlatban csak az 1950-es években kezdett elterjedni.

Humán mesterséges megtermékenyítés

- apa (vagy donor) spermiumát juttatják be mesterséges módon az anya szervezetébe
- in vitro fertilizáció (lombikbébi-eljárás): kémcsőben megy végbe a megtermékenyítés, amelyet az embrióátültetés követ
(USA: egy ciklusban 7000–11000 dollár – 15 %)

Befolyásolni lehet: – gyermekek számát – időzítését – genetikai minőséget – nemzés, terhesség kihordásának módjait – gyermekek nemét – meghalt férfi spermájának felhasználását – elabortált magzat petesejtjének felhasználását stb.

Etikai problémák:

- meddig és milyen mértékben fogadható el erkölcsileg a művi beavatkozás
- milyen messze lehet elmenni az utód létrehozásának manipulációiban
- milyen indokok alapján engedhető meg egy új életnek művi úton való létrehozása
- vajon az orvostudomány feladatkörébe tartozik-e az orvoshoz fordulók különböző kívánságainak és vágyainak kielégítése

[Egy harmincvalahány-éves asszony azzal fordult az orvoshoz, hogy mindketten, férje és ő, gyermektelenek, tanácsra van szüksége. Kiderült: az asszony férje terméketlen, és ahhoz ragaszkodik, hogy apjának a spermiumát felhasználva mesterségesen termékenyítsék meg feleségét. Az após kijelentette, hogy nem fogja elismerni a gyermeket, mint jogos örököst, ha a mesterséges megtermékenyítésre nem az ő spermiumát használják fel. Bár az asszony nagyon szerette apósát és nem ellenkezett a mesterséges megtermékenyítés gondolatával, voltak némi fenntartásai. A tanácsadáson főként azért vett részt, hogy az orvos támogatását és áldását megszerezze.]

Kinek mihez, milyen mértékben van joga?

- hatvan éven felüliek terhessége, szülése (petesejt–adományozás)
- gyermek jogai (megismerheti-e a donort)
- „béranya” jogai (megtarthatja-e a gyermeket)

Katolikus egyház:

- visszautasítja mind a donorral való mesterséges megtermékenyítést, mind pedig az ún. „lombikbébi” megoldást. Indok: ezek a módszerek megfosztják a házastársakat a szerelem és szeretet teljességétől, mivel az utód nem a szerelem gyümölcse, hanem egy technológiai eljárás eredménye

A legtöbb katolikus teológus: ellenzi a donortól (heterolog), miközben elfogadja a férjtől (homolog) származó spermiummal történő mesterséges megtermékenyítést.

[Spermabank a szuperintelligensek részére: 1980: Robert K. Graham, egy gazdag kaliforniai üzletember elkezdett spermiumot gyűjteni Nobel-díjas tudósoktól, és mesterséges megtermékenyítés céljára felajánlotta azt magas IQ-val bíró fiatal nőknek. (William Shockley, aki 1956-ban megkapta a fizikai Nobel-díjat, nyíltan bevallotta, hogy ő is hozzájárult a Spermabank állományához. Kb. két tucat nő jelentkezett az anonim Nobel-díjasok spermiumáért, és néhányat mesterségesen megtermékenyítettek. Ennek az eugenikai kísérletnek első bébijét egy chicagói nő szülte 1982-ben. Később kiderült, hogy az anya és férje csalásért már ültek börtönben. Sok Nobel-díjas nézte rossz szemmel Graham tevékenységét. Azzal érveltek, hogy nincs semmilyen garancia arra, hogy a gyerekek szuper intelligensek lesznek és a magas IQ-val bíró személyek jobb emberek lennének, vagy a társadalom válna jobbá általuk. Egy 1991-es beszámoló szerint: Grahamnak a világ különböző részén már 135 olyan „gyermeke” van, akik Nobel-díjasok és más kiválóságok spermiumával és magas IQ-val rendelkező hölgyek petesejtjének egyesüléséből fogantak és jöttek a világra. Az eddigi tapasztalatok nem támasztják alá Graham elvárásait. Bár a gyermekek okosak, szépek és tanulékonyak, a szülőknek általában magántanárokat, különórákat és hasonlókat kell biztosítaniuk, hogy a gyermekek az elvárásoknak megfeleljenek és kiemelkedő módon teljesítsenek akár sportban, akár tanulás terén.]

Lombikbébi

– laparoszkóp

Anglia: dr. Douglas Bavis szülészorvos 1974-es bejelentése: három asszony méhébe sikeresen behelyezett három petesejtet, amelyeket előbb kémcsőben termékenyített meg – neveket nem hozott nyilvánosságra (elismert kutató – tudományos világ nem fogadta el állítását)

Lujza Brown születése: 1978. Július 26. – világ első lombikbébije (dr. Robert G. Edwards és dr. Patrick S. Steptoe)

Klónozás

– szériában gyártott lény

Génterápia

– beavatkozás az emberi szervezet génállományába
(genetikai rendellenességek hatékony kezelése)

A gyermekek ápolásának etikai vonatkozásai

Ha beteg a gyermek, beteg az egész család.

„A kiskorú betegnek joga van arra, hogy szülője, törvényes képviselője, illetőleg az általa vagy törvényes képviselője által megjelölt hozzátartozója mellette tartózkodjon.”

1997. évi CLIV. tv. 11. §

Gyermekápoló felelőssége többirányú:

- kis beteg biztonsága, védelme
- soha másra át nem ruházható odafigyelés
- szeretet
- szülőkkal való foglalkozás

Gyermekek jogai az egészségügyben:

- tájékoztatás
- szülővel együtt
- bántalmazottak jogi védelme is

A gyermekek ápolásának alapvető etikai problémái:

- egészségügyi intézmény: testileg, lelkileg biztonságot nyújtson
- stressz, családtól való elkülönítés – veszteség lehető legkisebb legyen
- félelemmel teli világ megértésében segítség
- szokatlan magatartás megértése, megismerése

[13 hónapos Bernadett (1995) – Heim Pál Gyermekkórház – lázgörcs rohamok – hajnal: vas gyermekágy rácsai közé csúszott – feje beszorult – oxigénhiányos állapot – megkísérelték újraéleszteni – agyhalált nem tudták megakadályozni – 10 napig kómában feküdt]

[Gyermekosztályon vérvételhez készülődtek – 11 éves Marika (autista) – ült az ápolónő előtti széken – add ide a kezéd – felugrott és hangos sírással elmenekült a sarokba – főnővér elmagyarázta neki: ujját szeretnék megszúrni, hogy megtudják mi a betegsége – készségesen nyújtott a karját – azt gondolta, hogy az egész kezét oda kell adni, amit levágnak és elviszik egy vizsgálatra]

Az **ápolási** tevékenységet a gyermek méltóságának tiszteletben tartásával kell elvégezni. **Gyakorlati kritériumai:**

- az ápolónak a gyermekkel úgy kell beszélnie, mint bármely más személlyel
- a gyermek félelmeit, aggodalmait nem becsülheti le
- nincs joga kinevetni a gyermeket, szavait lekicsinyelni, méltóságát megsérteni

[Nővérek azzal fenyegették a gyerekeket, ha nem lesz csend, hozzák a „szurit” – asztalon.]

Gyermekek tájékoztatása:

- korának, értelmének megfelelő

Paternalizmus elfogadható:

- sürgős műtétek
- védőoltások
- járványügyi korlátozások
- mozgás korlátozása (ágynyugalom)

Gyermekek önrendelkezési, beleegyezési és vélemény–nyilvánítási joga a különböző életkorokban (külön szabályozás biztosítja)

Értelmes gyermek együttműködésének elnyerése:

Dr. Shultz Károly gyermekorvos ajánlása:

– 7 éves kor alatt:

– értelmi szintjének megfelelő magyarázat – mi fog történni – szülő dönt

– 7–14 éves kor között:

– vélemény, beleegyezés kérhető – szülő felülbíráhatja a gyerek érdekében

– nem terápiás kísérleteknél gyerek beleegyezése kell (megtagadhatja)

– 14 év felett:

– minden terápiás és nem terápiás beavatkozás – önállóan dönthet

[Tájékoztatás – 1993: Hollandia: család, szülő jelenléte – 5 éves kisfiú felkészítése a műtetre – együttműködés elnyerése – fiókos szekrény – felszerelések, ruházat (1 órás) – türelmesen, részletesen]

[Szavak hitele: bal szem eltávolítása – szebb lesz, mint a régi]

Gyermek – szülő érdekkülönbség:

- joga van-e a szülőnek a kezelés alatt beavatkozni és visszavonni a beleegyezését
(elsődleges: élet, egészség, gyermek fejlődése)

Gyermek – gyógyító érdeke:

- nem visszaélni a helyzettel

Titoktartás:

- serdülőkor speciális etikai problémái

Charta a kórházban ápolott gyermekekről (1993):

„Az elérhető legjobb orvosi ellátás alapvető jog, különösen a gyermekek számára.”

1. A gyermekek csak akkor kerüljenek kórházi felvételre, ha a szükséges orvosi ellátás otthonukban, vagy nappali kórházban ugyanolyan szinten nem biztosítható.
2. A gyermekeknek a kórházban joguk van a szülők vagy azok helyettesének állandó jelenlétéhez.
3. A szülőknek mindig fel kell ajánlani a felvétel lehetőségét és bátorítani kell őket a kórházban maradásra, támogatni kell őket ebbeli szándékukban. Ez a szülőknek ne kerüljön költségébe, és nem jelenthet számukra jövedelemvesztést sem.

A szülőket tájékoztatni kell a kórterem napi munkarendjéről azért, hogy részt vehessenek gyermekük ápolásában, illetve bátorítani kell őket az ápolásban való aktív részvételre.

4. A szülők mellett a gyermekeknek is joguk van a koruknak és értelmi szintjüknek megfelelő tájékoztatásra. Ezzel is törekedni kell a testi és a lelki stressz csökkentésére.

5. A gyermekeknek és szüleiknek joguk van arra, hogy megfelelő tájékoztatás alapján bevonják őket a gyermekek egészségügyi ellátásával kapcsolatos döntésekbe. A gyermekeket nem szabad felesleges kezelésnek vagy vizsgálatnak alávetni.
6. A gyermekeket azonos fejlettségű gyermekek között kell elhelyezni. Ne kerüljenek felnőtt betegeket ellátó kórterembe. A gyermekek látogatóinál ne legyen életkorhatár megszabva.
7. A gyermekeknek joguk van ahhoz, hogy koruknak és állapotuknak megfelelő környezetben tartózkodjanak, amely bőséges lehetőséget ad játékra, pihenésre és iskolai oktatásra. A környezetet úgy tervezzék meg, hogy az a berendezés és a személyzeti ellátás tekintetében a gyermekek igényeinek megfeleljen.
8. A gyermekek kezelését és ellátását olyan személyzet végezze, amely képzettségénél és empátiás képességénél fogva alkalmas arra, hogy felismerje a gyermek fizikai és érzelmi fejlődési szükségleteit és jártas a gyermekekkel és családjukkal történő foglalkozásban.
9. A gyermekekkel lehetőleg azonos személyek foglalkozzanak folyamatosan.
10. A gyermekeket tapintattal és megértéssel kell kezelni, magánéletüket mindig tiszteletben kell tartani.

Különleges esetek ápolásetikai problémái

Speciális felkészülést igénylő helyzetek

• AIDS:

- Ápolói Kódex (1973): ápoló(nő) alapvető kötelessége négyirányú:
 - egészség elősegítése
 - betegség megakadályozása
 - egészség helyreállítása
 - szenvedés enyhítése

AIDS elterjedésének megakadályozása:

- felvilágosítás – tanácsadás
- szűrővizsgálatok (WHO ajánlása: önkéntes, anonim)

Magyarország: csak az első vizsgálat anonim – „megerősítő” vizsgálat nem

Magyarország: 1988 óta van kötelező szűrővizsgálat:

- véradók – szabadságvesztésre ítélték
- nevelőintézetben elhelyezett fiatalok
- intravénás kábítószer-élvezők

Kötelese-e az AIDS-beteg ellátására az egészségügyi dolgozó?

- legmagasabb szintű ellátást kell biztosítani
- visszautasítható:
 - dolgozó egészsége veszélyeztetetté válik
(nincs gumikesztyű, védőfelszerelés)
 - nem kapott megfelelő felkészítést a dolgozó

Ki védi meg a személyzetet, ha a beteg nem képes, vagy nem akarja tájékoztatni az ellátókat a betegségéről?

1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről:

- beteg kötelezettségei: beteg köteles tájékoztatást adni HIV-fertőzöttségéről is

Beteg választási szabadsága (önrendelkezés):

- részt vesz-e szűrésen
- kezelteti-e magát

nem veszélyeztetheti mások életét!!!

• Jehova Tanúi:

Magyarországon: 100 éve kezdték el tevékenységüket

1939: betiltották

1950: üldözés, letartóztatás

1989: újra tevékenykedhetnek

Életvitelük:

– tiszteletreméltó

– nem dohányoznak

– nem fogadnak el kábítószeret

– nem élnek az abortusz lehetőségével

Vérkérdés:

– elutasított vérátömlesztés

Ápolók, gyógyítók:

– élet megmentése (vérátömlesztés – gyógyítás része)

– beteg lelkiismeretét, vallásszabadságát megértő, tisztelő magatartás

– beteg által elfogadható segítségnyújtás megadása

Kórházi Összekötő Bizottságok (Magyaro.: 1993-tól működnek)

- kórházi személyzettel rendszeres kapcsolattartás
 - Jehova Tanúi és az orvos-társadalom közötti jobb kommunikáció érdekében
- vér-adás nélküli ellátás

[„Az egyik kórház orr-fül-gégészeti osztályára egy Jehova Tanúja jelentkezett kislányával felvételre. A gyermekorvos tonsillectomiát javasolt. A felvételnél az édesanya azonnal megmutatta azt az írásbeli nyilatkozatot, amely kéri a vér adásától való tartózkodást. A felvételt végző orvos megtagadta a műtét elvégzését, azzal az indokkal, hogy amennyiben vérzés lépne fel a műtét után, mindenképpen adna transzfúziót a gyermeknek. A szülő ekkor hazavitte gyermekét, és a Jehova Tanúi Kórházi Összekötő Bizottság segítségét kérte. A Bizottság segítségével felvételt nyertek egy másik kórház gyermek orr-fül-gégészetére, ahol a felvételnél részletes tájékoztatást kaptak a szülők a műtéti technikáról, hangsúlyozva, hogy a helyes műtéti technika, a gondos ápolás, valamint a gyermek egészséges vérstátusza biztosíték arra, hogy nem kerül sor veszélyeztetett helyzetre.”]

Allokációs problémák az egészségügyben és ezek erkölcsi vonatkozásai

Egészségügyi költségrobbanás okai:

- nő az idősek aránya a társadalomban
- orvosi technológia fejlődése (pl. élet kezdetén, végén)
- kulturális haladás (betegségtünetekkel korábban fordulnak orvoshoz)
- orvosi ethosz (minden betegért mindent meg kell tenni, amely akár csak minimális haszonnal is kecsegtet)
- igénybevételkor ingyenes egészségügyi ellátás (jóléti állam része)
- „Egészségutópizmus” (egészség tág definiálása WHO → medikalizáció egyre több társadalmi problémát orvosi eszközökkel tartanak megoldhatónak)
- mai egészségügy túlságosan kuratív szemléletű (betegség okának feltárása és védekezés – pl. Sabin-cseppek – olcsóbb lenne)
 - definitív technológia – megértés, megelőzés olcsóbb és orvosilag is megfelelőbb

Kutatás, prevenció nagyobb szerepet kellene, hogy kapjon

Sorolás etikai elvei és gyakorlata a mai egészségügyi rendszerekben

Sorolás:

- egészségügyi ellátás olyan korlátozása → egy beteg – az erőforrások szűkössége miatt – nem kap meg minden olyan ellátást, amely állapotában orvosilag hasznos lenne

Puha sorolás:

- az eszközök elosztása spontán történik – egyedi orvosi döntések során
- nem tudatos – implicit erkölcsi kritériumok alapján (szavakban nem ismeri el)
- mintha szakmai szempontok alapján döntene

→ kevésbé látható, politikailag, pszichológiailag kevésbé kényes

Kemény sorolás:

- a ritka eszközök nyílt, explicit kritériumok alapján való elosztása
- orvos, beteg tisztában van vele, hogy nem kap meg minden orvosi kezelést, amelyből haszna lenne

→ látszólag fájdalmasabb, de igazságosabb, ellenőrizhető

Az egészségügyi közgazdaságtan és az orvosi etika

Egészségügyi rendszer:

- orvosi szempontja:
 - hatásos kezelés
- közgazdasági szempontja:
 - költség-hatékony kezelés
- etikai szempontja:
 - igazságosság

[statisztikai életek megmentése vagy személyesen ismert életek megmentése]

Hatékonyság értékelésében segítséget nyújtó elemzések:

- Költség–haszon (CBA - Cost-Benefit Analysis)
- Költség–hatékonyság (CEA - Cost-Effectiveness Analysis)
- Költség–hasznosság (CUA - Cost-Utility Analysis)

Költség–haszon elemzés etikai kérdései

Cost-Benefit Analysis (CBA) – erőforrások ágazatok közötti elosztásához
– egy adott forrásból hogyan lehet maximális hasznot elérni

ráfordítást (költséget) – eredményt (hasznot) pénzben méri

előny

egy egészségügyi program haszna
összemérhető pl. egy oktatási
programéval – több haszon

hátrány

nagyon nehéz a hasznot
pénzben kifejezni
(egészségi állapot javulása)

Gyógyító-megelőző eljárások és a nem eü-i programok is összehasonlíthatók

Mutatók: költség-haszon arány, nettó haszon

Próbálkozások az emberi élet pénzbeli értékének meghatározására:

a/ életkereset-módszer: – kortól függ

– csak az emberi élet gazdasági értékét veszi számításba

b/ fizetési hajlandóság módszere: mennyit hajlandó fizetni egy biz. eü-i
szolgáltatáshoz kapcsolódó meghatározott mértékű egészségjavulásért

[az emberi élet pénzben kifejezett értéke ált. 1 millió dollár körüli]

Költség–hatékonyság elemzés etikai kérdései

Cost-Effectiveness Analysis (CEA) – források eü-n belüli elosztásához
– egy adott célt hogyan lehet a legkisebb költséggel elérni

Költségeket pénzben – eredményt valamilyen **természetes egységben fejezi ki** (pl. megmentett életévek száma – years of life saved)

Költség-hatékony orvosi kezelések kiválasztása:

- terápiás alternatívák, ill. technikák költséghatékonyság szerinti rangsorolása

Összehasonlítja az azonos célú gyógyszerek vagy egészségügyi programok eredményességét és költségeit:

- ugyanannak a végeredménynek az előállítása melyik alternatíva esetén kerül kevesebbe
- ugyanakkora költség esetén melyik program képes nagyobb hasznot előállítani

Alternatív programok összehasonlítására alkalmasak – azonos, vagy hasonló kimenetelű beavatkozások (pl. vesedialízis vagy veseátültetés)

Probléma: ha az élet minőségére is hatással van

Költség–hasznosság elemzés etikai kérdései

Cost-Utility Analysis (CUA)

A **költségeket pénzben**, az **eredményt**, az életminőségben bekövetkezett változást, és a megmentett életéveket **egy mutatóban** fejezi ki.

Mesterségesen kialakított haszonegységben:

- egészségi állapottal súlyozott életévekben mérik az egészségnyereséget
- hasznossággal súlyozott életévekben mérik az egészségügyi szolgáltatás hasznát
- QALY (Quality-Adjusted Life Years)
 - életminőséggel súlyozott életévnyereség
- DALY (Disability-Adjusted Life Years)
 - funkcióvesztéssel korrigált életévek
- HYE (Healthy Years Equivalent)
 - egészséges életévekre átszámított egyenérték

A különböző gyógyító-megelőző eljárások is összehasonlíthatók egymással
(pl. rákszűrés és szív transzplantáció)
– költség/QALY alapján

Költség/QALY

– költséghatékonyabb: ez az érték a legkisebb
(1 QALY-t a legkisebb költséggel állít elő)

Egy egyén életminősége két tényezőtől függ:

- fizikai teljesítőképességének mértékétől
- szenvedésének, fájdalmának mennyiségétől

Az egészségügyi ellátáshoz való jog

1. Libertariánus („laissez faire”) felfogás

- élethez, magántulajdonhoz, szabadsághoz való jog – negatív jog
 - a betegség szerencsétlenség, de nem igazságtalanság
 - ellátása nem állami kötelezettség
(házastársat sem köteles biztosítani az állam)
 - ha mások nem járultak hozzá a betegek betegségéhez, akkor nem is lehet kötelességük másoknak betegségük miatt segítséget nyújtani

2. Szocialista (egalitariánus) felfogás

- mindenkinek joga van az élete fenntartásához szükséges alapvető szükségletei egyenlő kielégítéséhez és ezt akár állami beavatkozással is biztosítani kell – pozitív jog
 - egy teljesen igazságos társadalom az egyenlők társadalma
 - alapelve: mindenkinek az élete számít, és mindenki élete egyenlően számít
- egészségügyi ellátáshoz való állampolgári jog
 - fizetőképességtől függetlenül mindenkit megillet

3. Liberális felfogás

- a szabadság és az egyenlőség is egyformán fontos – pozitív jog

[Rawls: minden polgár a lehető legnagyobb mértékű szabadsággal rendelkezzen, amely még összeegyeztethető a többiek hasonló szabadságával]

Elfogadható egy kétrétegű egészségügyi ellátás is:

- mindenki számára biztosított az egészségügyi ellátás egy tisztességes minimuma
 - szükséglet elve alapján
- szabadpiacon hozzájuthat egy ennél magasabb színvonalú vagy több egészségügyi ellátáshoz is
 - fizetőképesség, ill. fizetési hajlandóságának megfelelően

Szabadpiaci – közfinanszírozású egészségügyi ellátás?

Egészségügy szabadpiaci rendszere:

- ellátás alapja: fizetőképesség

Ellenérvek az egészségügyi szolgáltatások piaci elosztásával kapcsolatban:

- az egészségügyben a piac tökéletlen
 - betegek tökéletlen informáltsága
 - az orvosi ellátás minőségének megítélése nehéz
 - beteg nem tudja pontosan megítélni saját szükségletét
 - orvosok határozzák meg a keresletet – kínálatot
 - beteg nincs alkupozícióban

Közfinanszírozású egészségügyi ellátás:

- ellátás alapja: beteg egészségügyi szükséglete

döntő: finanszírozás módja

Az orvosi tevékenység finanszírozásának módjai:

a/ fee for service (tételes tevékenység-finanszírozás)

- teljesítményelvű: minél több beavatkozást végez, annál többet keres (esetleg felesleges vizsgálatok)

b/ fejkvóta-rendszer

- megelőzés fontossága

c/ fix fizetés

- véd a felesleges orvosi beavatkozások ellen (nem ösztönöz munkára)

d/ DRG (HBCS)

- adott diagnózissal rendelkező tipikus beteg kezelési költségeit fedezik
 - betegség súlyosságát nem veszi figyelembe
 - alulkezelés veszélye(szegényebb körzetek – betegebbek)

Kísérletek egy igazságos egészségügyi rendszer definiálására:

- az egészségügyi ellátás tisztességes minimumához való jog
(adekvát egészségügyi ellátáshoz való jog)
- egyenlőség radikális felfogása
 - senkinek sem szabad olyan kezelést adni, amelyet nem lehet minden rászorulóknak biztosítani
- mindenkinek mindent meg kell kapnia, ami számára hasznos lehet
 - gyakorlatban soha nem lehetséges
- tisztességes minimum meghatározása – hogyan?
 - milyen ellátási formákat tartalmazzon

1990: oregoni kísérlet az egészségügyi prioritások nyilvános megfogalmazására

Mi tartozik az egészségügyi ellátás tisztességes minimumához?

Szelekciós szempontok: (ritka, életmentő orvosi eszközök elosztása során)

1. A kezelés orvosi haszna
2. Közvetlen életveszély – orvosi sürgősség
3. A kezelés sikerességének valószínűsége (pl. immunológiai egyezés)
4. A megmenthető életévek száma
5. A megmentett beteg várható életminősége
6. A beteg pszichológiai stabilitása
7. A beteget támogató környezet megléte (korlátlanul hozzáférhetőt sem)
8. A társadalmi hasznosság
9. Területi elv (nagy távolság – helyi adókból életmentő eszközt vásároltak)
10. A ritka eszköz szükséges alkalmazási ideje
11. Nélkülözhetetlenség más emberek életének megmentése, jóllétének biztosítása szempontjából – beteg fontossága
12. Az egyén morális felelőssége betegségéért (okozati kapcs.–tudatos-szabad)
13. Fizetőképesség (+eszközök)
14. Véletlenszerű kiválasztás (elosztás) módszere – sorsolás (érkezés,sorshúzás)
15. Életkor
16. A beteg beleegyezése

Betegek kiválasztásának szempontjai kísérleti terápia esetén:

- szelekciós kritériumok ugyanazok, csak szigorúbbak
- beteg pszichológiai stabilitása fontosabb

Szelekciót elutasító érvelések:

- minden beteget kezelni kell, aki rászorul
- ha nem lehet minden beteget megmenteni, akkor inkább senkit se mentsenek meg
- rá kell bízni az egyes kórházakra a döntést
- szelekciós kritériumok kidolgozását azért ellenzi, mert így az a látszat keletkezhet, hogy a probléma megoldódott
- ezek a problémák orvosi hatáskörben megoldhatók
 - orvosi kérdés és nem erkölcsi