

A CSELEKVŐKÉPESSÉG MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK BIOETIKAI ELVEI*

Kevés olyan fogalom van, amely akkora népszerűsége-re tett szert az utolsó harminc év bioetikai irodalmában, mint a tájékozott beleegyezés fogalma. Az elv kialakulásának története egyfajta orvsetikai sikertörténet, mert a nürnbergi pert követően felülénkülő orvsetikai és orvosjogi vitáknak ahhoz a részéhez tartozik, amelyben sikerült egyetértésre jutni. A hazai szakirodalomban a fogalom már 1990-ben megjelent¹, de a kifejezést egy ideig alig használták, amit az is jelez, hogy az angol „informed consent” terminusnak még meghonosodott magyar megfelelője sincs. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (egészségügyi törvény) bevezeti a fogalmat a magyar egészségügyi jogba, noha tájékoztatáson alapuló beleegyezésről beszél [15. § (3) bekezdés], ami szó szerinti értelemben ugyan nem pontosan ugyanazt jelenti (hiszen a tájékoztatott beteg nem feltétlenül tájékozott is egyben), viszont a törvény kétségtelenül a tájékozott beleegyezés értelmében használja a fogalmat, ami így a hazai jogrendszer része lett.

Az új törvény egyik fő célja, hogy elősegítse az elmúlt évtizedek paternalisztikus orvosi gyakorlatának megváltoztatását, és biztosítsa a betegeket megillető jogok érvényesülését. A törvény szellemiségében magáévá teszi a tájékozott beleegyezés doktrínáját, s a korábbi egészségügyi törvényhez képest rendkívül konkrét iránymutatást ad arról, hogy egy orvosi beavatkozás előtt milyen részletekre kell a tájékoztatásnak kiterjednie. A törvény minden beavatkozás feltételeként jelöli meg a beteg „tévedéstől, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését” [15. § (3) bekezdés]. Hasonlóképpen foglal állást a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe, amely utal a doktrínát jelző angol informed consent terminusra is.² Az erősen paternalisztikus gyakorlat megváltozása természetesen nem mehet végbe máról holnapra. Az orvos és a beteg közötti kommunikáció jobbítása mégis sürgető feladat, mely nagymértékben javíthatja az egészségügy légkörét, növelheti az orvos és a beteg közötti bizalmat.

Az elfogadott egészségügyi kódexnek több olyan, a tájékozott beleegyezés elvét érintő rendelkezése

van, amely a betegek jogainak jobb érvényesítése érdekében változtatásra szorul. Mivel a jogalkotás napirendjére került a Polgári törvénykönyv cselekvőképességre vonatkozó szabályainak reformja, érdemes újragondolni, hogy az egészségügyi törvénynek a nem teljesen cselekvőképes betegek jogait érintő szabályai megfelelően alkalmazkodnak-e a mindennapok során felmerülő problémákhoz. Másképpen fogalmazva: a *de jure* és a *de facto* cselekvőképesség közötti fogalmi különbség vajon nem csökkenthető-e differenciáltabb jogi szabályozással.

A TÁJÉKOZOTT BELEEGYEZÉS FOGALMA

A tájékozott beleegyezés a beteg által adott önkéntes, szabad és informált felhatalmazás az orvos által tervezett beavatkozás elvégzésére. Az elv az orvos–beteg viszony új kommunikációs modellje, amelyben az orvos a beteget bevonja a döntéshozatali folyamatba, s a beteg – az orvostól kapott információk segítségével – maga dönt arról, hogy a lehetséges diagnosztikus vagy terápiás alternatívák közül melyiket alkalmazzák az ő esetében. Így az orvosi szakmai szempontokkal együtt a beteg értékpreferenciái is szerepet kaphatnak a megfelelő beavatkozás kiválasztásában. Tájékozott beleegyezés esetén a beteg nem egyszerűen azt teszi, amit az orvos tanácsol, hanem végső soron ő maga dönt arról, hogy egy beavatkozás elfogadható-e a számára, mindazon előnyök és hátrányok ismeretében, amelyekről őt az orvos tájékoztatta. Mivel a beteg a tájékoztatás alapján a beavatkozást vagy kezelést gyakran visszautasítja (ez a tájékozott visszautasítás), ezért az elnevezés megtévesztő. Valójában nem tájékozott beleegyezésről, hanem *tájékozott döntésről* van szó, a szakirodalomban mégis a tájékozott beleegyezés kifejezés terjedt el. A tájékozott beleegyezés mint követelmény filozófiai alapja az ember autonómiája tiszteletének az elve. Autonóm az a személy, aki fizikai és pszichológiai korlátozás nélkül, szabadon mérlegelhet cselekvési

* Jelen dolgozat a szerző *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába* című kötete közelmúltban megjelent második, átdolgozott és bővített kiadásának 6. fejezetén alapul. A kötet első kiadásának méltatását lásd: *Fundamentum* 1998/1–2. sz. 177. o. Köszönet illeti a *Medicina* Könyvkiadót, amiért hozzájárult, hogy a szerző a kötet egy fejezetét felhasználja e tanulmány megírásakor.

alternatívák között, majd az általa választott alternatívának megfelelően cselekedhet. Nem autonóm az az ember, aki nem képes szabadon mérlegelni (például elmebetegség, a rá gyakorolt pszichológiai presszió vagy egyszerűen informálatlansága következtében), vagy nem cselekedhet az általa választott terv szerint (például a vele szemben alkalmazott fizikai korlátozás miatt). Az autonómia tisztelete elvét a személyiség tisztelete elveként is meg szokták fogalmazni, amely szerint minden autonóm embernek joga van szabadon, saját értékei és élettervei szerint dönteni és cselekedni, s ennek a jognak csak mások hasonló jogai szabhatnak határt.³ Az autonómia tiszteletének filozófiai elvét a jogban az egyén *önrendelkezési jogaként* szokták megfogalmazni. Hasonlóan széles körűen elismert jog mindenkinek saját teste integritásához való joga: az angol-amerikai jogrendszer például testi sértésnek tekinti már azt is, ha valaki más testét annak beleegyezése nélkül szándékosan megérinti. Mivel az orvosi beavatkozások a test érintésével járnak, ezért ehhez cselekvőképességű beteg esetén mindig az érintett beleegyezése szükséges.⁴ A beleegyezés csak akkor tekinthető azonban autonómnak, ha az illető tudja, hogy mibe egyezik bele. Mivel – mint láttuk – egy személy autonómiája, szabadsága csak akkor tényleges, ha az illető megfelelően tájékozott saját helyzete s a számára lehetséges cselekvési alternatívák tekintetében, így a beteg tájékoztatása a tervezett beavatkozások előnyeiről, hátrányairól stb. voltaképpen a beteg szabad döntéséhez szükséges feltételek megteremtését is jelenti, a beteg szabadságjogainak a biztosítását az egészségügy területén. Az autonómia elve egyszerűen megfogalmazva azt jelenti, hogy mindenkinek joga van arra, hogy élete fontos dolgaiban saját maga döntsön saját céljai, elvei és értékei alapján, az autonómia tiszteletének az elve orvosi vonatkozásban pedig azt, hogy tiszteletben kell tartani a betegeknek azt a jogát, hogy kezelésükről saját maguk döntsenek. Az autonóm döntés lehetősége adja emberi méltóságunk tudatának jelentős részét, s méltóságunk sérül, ha számunkra fontos dolgokban mások döntenek helyettünk. Autonómiánk tudatának fontosságát kitűnően fejezi ki *Isaiah Berlin*:

„Azt kívánom, hogy életem és döntéseim tőlem függjenek, s ne külső erőktől, bármifélek legyenek is azok. Azt kívánom, hogy saját akaratom eszköze legyek és ne másoké. Azt kívánom, hogy alany legyek s ne tárgy; hogy saját indítékaim, tudatos céljaim mozgassanak, s ne okok, amelyek kívülről csak hatnak rám. Azt kívánom, hogy valaki legyek, s ne akárki; cselekvő, aki dönt, s nem az, aki helyett mások döntenek, olyan, aki magát irányítja, s nem a külső természet vagy más ember által irányított. (...) Mindenekfelett pedig azt kívánom, hogy tudatában legyek annak, hogy gondolkodó, akaró, tevékeny lény vagyok,

aki felelős saját döntéseiért, s azokat indokolni képes elveire és céljaira való hivatkozással.”⁵

MIKOR NEM SZÜKSÉGES A BETEGTŐL TÁJÉKOZOTT BELEEGYEZÉST KÉRNI?

Bizonyos esetekben a beteg tájékoztatásától, illetve beleegyezésétől el lehet tekinteni. A szakirodalom a következő kivételeket ismeri:⁶

Közegészségügyi szükséghelyzetekben, ha a beteg bele nem egyezése mások érdekét veszélyeztetné, bizonyos orvosi beavatkozások eltűrésére a beteg kötelezhető, így ilyenkor beleegyezése nem szükséges (például kötelező védőoltások, karantén stb.).

Sürgős szükség esetén, amikor a beteg nincs abban a helyzetben, hogy tájékoztatást hallgasson meg, vagy explicit módon beleegyezzen, de beleegyezése feltételezhető (például eszméletlen beteg, vagy félrenyeléses fulladásos akut életveszély esetében stb.). Idetartozik például egy műtét kiterjesztésének kérdése is, amikor a beteg tájékozott beleegyezést adott a műtétbe, de a műtét során halaszthatatlanul szükségessé válik annak olyan irányú kiterjesztése, amelyet a beteggel természetesen nem közölhettek előre, így abba nem egyezhetett bele. A szakirodalomban iránymutató ilyen eset volt például az, amikor egy orvos a császármetszés során elkötötte a beteg petevezetékét, hogy a beteg ne eshessen többé teherbe, ugyanis a műtét során a méh falában egy fibroid tumort talált. A beteg az orvost beperelte, s a bíróság az orvost elmarasztalta, mert úgy találta, hogy mivel a tumor nem jelentett azonnali veszélyt a beteg életére és egészségére, ezért a műtétet nem lett volna szabad kiterjeszteni. Ilyen esetben csak akkor fogadható el a műtét beleegyezés nélküli kiterjesztése, ha az a beteg életének a megmentéséhez szükséges.⁷

Amikor *a beteg lemond a tájékoztatásról*. Előfordulhat, hogy a beteg szeretne lemondani a tájékoztatásról, mert úgy érzi, hogy az információk csak szorongással töltenék el, s jobban szeretné teljes egészében az orvosra bízni a döntést, s a hagyományos, paternalisztikus orvos–beteg viszonyt létrehozni maga és az orvos között. Erre a betegnek joga van, s az orvosnak el kell fogadnia a döntést. A beteg azonban csak akkor mondhat le a tájékoztatáshoz való jogáról, ha ennek a jognak tudatában van, vagyis erről őt az orvos felvilágosította. Ilyenkor a betegnek meg kell értenie, hogy jogról mond le, s nem pusztán kedvezményről. Nem szabad a beteget a tájékozott beleegyezés jogáról való lemondásra kényszeríteni, például úgy, hogy azt mondják neki, nincs is ilyen joga. Az is kényszernek számít, ha az orvos azt állítja egy

beavatkozásról, hogy az egyszerű és veszélytelen, s így a beteg lemond a további tájékoztatásról, holott a valóságban a beavatkozás veszélyes és nem rutin jellegű.⁸

A legtöbbet vitatott kivételek közé a *terápiás privilégium* tartozik. Voltaképpen az orvosnak azt a lehetőségét jelenti, hogy bizonyos információkat visszatartsa, ha úgy látja, hogy annak közléséből a betegnek fizikai vagy pszichológiai kára származna. Ezzel kapcsolatban az a legfőbb probléma, hogy túlságosan tágan értelmezve szinte bármiféle információ visszatartására feljogosíthatja az orvost, s így erősen veszélyezteti a betegnek a tájékoztatáshoz való jogát. Semmiképpen sem szabad a terápiás privilégiumra hivatkozva bizonyos információkat azért visszatartani, mert az orvos attól fél, hogy az információ közlése miatt a beteg egy szükséges orvosi beavatkozásba nem egyezne bele. Ez megengedhetetlenül paternalisztikus viselkedés lenne. Ha az orvos a terápiás privilégiumhoz nyúl, etikailag legmegnyugtatóbb ezt nyíltan tenni, vagyis megmondani a betegnek, hogy jobban szeretne bizonyos információkat csak általánosságban megadni és azok részleteit hozzátartozójával megbeszélni, mert úgy gondolja, hogy az információk csak feleslegesen felizgatnák őt. Természetesen ez a közlés önmagában is szorongással töltheti el a beteget, de ha az ilyen módon mégis beleegyezik bizonyos információk csak általánosságban való közlésébe, akkor ez etikailag megengedhető.⁹ A terápiás privilégium használata a beteg beleegyezése nélkül csak nagyon szűk megfogalmazásban elfogadható: az orvos csak akkor tarthat vissza bizonyos információkat, ha azok közlésével a beteget olyan súlyosan károsítaná, hogy kompetens döntésre alkalmatlanná tenné. Mivel így szűken megfogalmazva a terápiás privilégium csak azokban az esetekben teszi lehetővé az információ visszatartását, ha az információ a beteget szinte cselekvőképtelen állapotba hozná, s mivel a beteg cselekvőképtelensége önmagában is indokolja, hogy csak jogi képviselőjét tájékoztassák, s az ő beleegyezését kérik, ezért legcélszerűbbnek látszik a terápiás privilégiumról teljesen lemondani, s ezt a kivételt nem elfogadni. Magyarországon 1990 márciusa óta a hatályos jog nem teszi lehetővé, hogy az orvos bármit is eltitkoljon a beteg elől.¹⁰ Mivel azonban lehetnek (bár kivételesen ritkán) olyan helyzetek, amikor a beteg érdekében erre szükség van, ezt csak az említett „nyílt” (a beteg által engedélyezett) módon vagy arra való hivatkozással lehet megtenni, hogy az információ a beteget cselekvőképtelen, így érvényes döntésre képtelen állapotba hozná. Ekkor azonban nem terápiás privilégiumról, hanem a beteg cselekvőképtelenségéről van szó.

Végül el lehet tekinteni a tájékozott beleegyezéstől *cselekvőképtelen beteg* kezelésekor. Ilyenkor a beteg törvényes képviselője ad tájékozott beleegyezést. De ki tekinthető cselekvőképtelennek? Első pillanatban nagyon könnyűnek tűnik a válasz, hiszen cselekvőképtelen mindenki, akit a jog annak tekint. A *de facto* cselekvőképtelenség és a *de jure* cselekvőképtelenség azonban sok esetben eltér egymástól, ezért nem kerülhetjük meg a kérdés alaposabb vizsgálatát.

A CSELEKVŐKÉPESSÉG MEGÁLLAPÍTÁSÁNAK ELVEI

Az orvosi beavatkozásba való beleegyezés vagy annak elutasítása jognyilatkozat. Érvényes jognyilatkozatot azonban csak cselekvőképes ember tehet, vagyis az, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége megvan. A magyar jog szerint cselekvőképtelen az a kiskorú, aki tizennegyedik életévét nem töltötte be (Ptk. 15. §), illetve az, akit a bíróság cselekvőképeséget kizáró gondnokság alá helyezett (Ptk. 16. §), továbbá az is, aki olyan állapotban van, hogy az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége teljesen hiányzik (Ptk. 17. §). Korlátozottan cselekvőképes a tizennegyedik életévét már betöltött kiskorú, (Ptk. 12. §) s az a nagykorú is, akit a bíróság korlátozottan cselekvőképesnek nyilvánított. (Ptk. 13. § (1) bek.). A felsorolt kategóriák alkalmazása azonban a gyakorlatban nem könnyű, hiszen általában, ha a nagykorú beteget a bíróság nem nyilvánította előzőleg korlátozottan cselekvőképesnek vagy cselekvőképtelennek, akkor az első döntést az orvosnak kell meghoznia: elfogadja-e betege sokszor furcsa döntését mint cselekvőképes ember döntését, vagy a furcsa – saját véleménye szerint ésszerűtlen – döntést tekintse-e a megfelelő belátási képesség hiánya bizonyítékának. A beteg cselekvőképességét így legtöbbször az orvosnak kell először megítélnie. A szakirodalomban általában a szükséges belátási képesség következő kritériumait szokták alkalmazni.

Cselekvőképes az, aki egyáltalán valamiféle *döntésre képes*, aki tanújelét adja, hogy egyáltalán előnyben részesíteni, akarni képes valamit. Ezen kritérium szerint tehát nem cselekvőképes például egy eszméletlen ember vagy egy újszülött, de cselekvőképes mindenki, aki bármiféle akaratnak, vágyak tanújelét adja. Ez a kritérium azonban elfogadhatatlanul tág, hiszen szinte kivétel nélkül minden döntést a cselekvőképes jelének tekint, holott éppen az lenne a feladat, hogy megállapítsa, mi különböztet meg egy cselekvőképes döntést egy cselekvőképtentől.¹¹

Cselekvőképés az, aki *ésszerű döntésre* képes, akinek döntése helyeselhető. Ez a kritérium azonban túlságosan homályos, hiszen a racionalitás fogalmát nem definiálja, így félő, hogy a cselekvőképességet eldöntő orvos a saját értékrendjét fogja etalonnak tekinteni, s így azt a döntést fogja csak racionálisnak tartani, amely megegyezik az övével. Ebben az esetben azonban a tájékozott beleegyezés joga arra redukálná, hogy a betegnek joga lenne egyetérteni orvosával, hiszen egyet nem értés esetén rögtön cselekvőképtelennek lenne tekinthető. A valóságban azonban ritkán dönthető el, hogy objektíve mi a helyes döntés, hiszen a „helyes” döntés mindig érték-relatív. Ez a kritérium a racionalitást s legtöbbször az egészséget tekinti a legfőbb értéknek. Ennek helyessége azonban vitatható, hiszen mind az egészség, mind a racionalitás csak egy a számos érték közül, s sok ember számára nem is a legfontosabb. Minden embernek joga van – bizonyos határok között – ésszerűtlen döntésekre is. Nem csak a bölcs, megfontolt döntéseket hozó ember tekinthető cselekvőképésnek, hanem a meggondolatlan döntéseket hozó is, ezért ez a kritérium túl szigorú és túl paternalisztikus.¹²

Cselekvőképés az, akinél maga a *döntési folyamat ésszerű*, vagyis ésszerű érvek figyelembevételével megy végbe (noha az eredmény nem feltétlenül ésszerű). Itt tehát azt vizsgálják, hogy a kapott információkat a beteg a döntése során figyelembe vette-e, az előnyöket, hátrányokat mérlegelte-e, gondolkodását nem befolyásolta-e elmebetegség vagy más kóros motívum. Például, ha egy hatvanéves nőbeteg egy emlőcarcinoma megoperálását azzal utasítja el, hogy véleménye szerint ez megakadályozza majd abban, hogy gyereke szülessen, és sikeres filmszínésznői karriert fusson be, akkor itt a beteg döntését oly mértékben befolyásolták irracionális motívumok, hogy cselekvőképessége megkérdőjelezhető.¹³ A probléma e kritérium figyelembevételekor az, hogy ha például egy elmebeteg elutasít egy elektrosokk-kezelést, akkor sokszor lehetetlen megmondani, hogy ebben az elutasításban milyen szerepet játszottak irracionális motívumok (például a beteg attól való félelme, hogy az elektrosokk révén ellenségei fenyegető üzeneteket küldenek majd neki), s milyen mértékben született a döntés racionális, elfogadható motívumok alapján (például azért, mert a beteg egyszerűen fél az elektrosokk-kezeléstől).

Cselekvőképés az, aki *a neki adott tájékoztatást megérti és képes felmérni döntései következményeit*. A gyakorlatban ez a kritérium tűnik a cselekvőképesség legmegfelelőbb standardjának. Ez egyben azt is jelenti, hogy bizonyos eltérések lehetnek a de jure cselekvőképesség és a de facto cselekvőképesség között. Az eltérés egyik oka az, hogy a jog a cselekvőképés személy fogalmát definiálja, az orvosi beavatkozásokba

való beleegyezéskor viszont a cselekvőképés döntés fogalma a lényeges. Vagyis valaki lehet jogilag cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképés, ami azt jelenti, hogy az illető általában, az esetek többségében nem rendelkezik az autonóm döntéshez szükséges belátási képességgel, ugyanakkor ténylegesen, az adott helyzetben képes lehet arra, hogy a lényeges összefüggéseket megértve autonóm, cselekvőképés döntést hozzon. Lehetséges például, hogy egy tizenhét éves lány, aki fogamzásgátlót kér orvostól, bár de jure nem tehet jogilag érvényes beleegyezést az orvosi kezelésbe, de facto azonban tette következményeit tökéletesen meg tudja érteni. Ezért több országban a jog ismeri az úgynevezett „érett kiskorú” fogalmát, s ennek alapján például Nagy-Britanniában tizenhat év feletti kiskorú bármely orvosi beavatkozásba érvényes beleegyezést adhat. Sőt terápiás kísérletek kapcsán szokták tanácsolni, hogy hét-nyolc év fölött az érintett gyerekek beleegyezését is ki kell kérni, s beleegyezésük nélkül a terápiás kísérletet rajtuk nem szabad elvégezni. Hasonlóképpen az elmebeteg is képes lehet „világos” pillanataiban érvényes beleegyezésre, illetve elutasításra orvosi kezeléseket illetően, például Angliában elmebeteg ilyen döntését a bíróságok sok esetben akceptálták. Így erkölcsileg mindenki érvényes beleegyezést adhat, aki képes megfelelő szinten megérteni, mibe is egyezett bele.¹⁴ De mit jelent a megfelelő szintű megértés? Ez mindig attól függ, hogy mekkora a döntés tétje, mekkora például az a haszon, amelyről a beteg le akar mondani. Ha a döntés tétje kicsi, akkor nagyon alacsony szintű megértést is elegendőnek lehet tartani, de ha a beteg egy nagyon fontos, számára nagy terápiás haszonnal kecsegtető beavatkozásba nem adja beleegyezését, akkor itt célszerű a mércét nagyon magasra emelni, s az ilyen döntést csak akkor elfogadni cselekvőképésnek, ha a beteg tökéletesen tisztában van döntése következményeivel. Azt is lehetne mondani, hogy ha a beteg döntése hasonló az orvoséhoz, akkor viszonylag alacsony szintű megértést is el lehet fogadni egy cselekvőképés döntés alapjaként, ha viszont a beteg döntése radikálisan különbözik az orvos javaslatától, ha az orvos véleménye szerint a beteg nagyon „rosszul járna”, ha döntését elfogadnák, akkor a beteg döntése csak akkor fogadható el cselekvőképésnek, ha az a döntés következményeinek nagyon pontos és alapos megértésén alapul. A cselekvőképesség eldöntésére tehát a gyakorlatban két lépcsőben kerül sor. Egyéb adat híján az első szakaszban az orvosnak a beteg cselekvőképességét kell feltételeznie, s meg kell kísérelnie a beteg tájékoztatását a tervezett beavatkozásokról. Ha a tájékoztatás lehetetlen, ha a beteg nem képes az adott információk meg-

értésére, ha nem ért vagy félreért valami lényegeset, s ezt a félreértést az orvos nem tudja újabb magyarázattal korrigálni, egyszóval ha a beteg megfelelő tájékoztatása lehetetlen, akkor ő az orvosi beavatkozásba tájékozottan nem tud beleegyezni, ezért ilyenkor ebben a vonatkozásban cselekvőképtelennek minősül. Az a megnyugtató, ha ezt pszichiáter állapítja meg.¹⁵

CSELEKVŐKÉPTELEN BETEG KEZELÉSEKOR KÖVETENDŐ ELJÁRÁSOK

Ha a beteg cselekvőképtelenségét bíróság mondta ki, akkor az eljárás egyszerű, hiszen a bíróság ilyenkor kinevezi a beteg törvényes képviselőjét is, s ő lesz az, aki a beteg nevében a tájékozott beleegyezést adja. Problémák leginkább akkor keletkeznek, ha az orvos a beteget cselekvőképtelennek ítéli, noha erről bírósági döntés nincs. Ilyenkor természetesen legjobb gyámhatósághoz vagy bírósághoz fordulni, a beteg cselekvőképtelenségét megítéltetni, s a törvényes képviselő kijelölését megvárni, erre azonban nem mindig van idő. Az egészségügyi törvény rendelkezései szerint a cselekvőképes beteg megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki helyette dönthet orvosi beavatkozásba történő beleegyezést, illetve visszautasítást illetően. Ha a cselekvőképtelenné vált betegnek nincs ilyen előzetes nyilatkozata, akkor a törvény szerint a közeli hozzátartozói gyakorolhatják helyette az orvosi beavatkozásba való beleegyezést, illetve visszautasítás jogát, a törvény által megállapított sorrendben [16. § (1), (2) bekezdés]. A megfelelően kialakított kórházi etikai bizottságok is nagy szerepet játszhatnak a megfelelő belátási képességgel nem rendelkező betegek cselekvőképtelensége megállapítása irányelveinek és gyakorlatának a kialakításában. Erre nagy szükség van, hiszen egyre több az idős, sokszor ténylegesen cselekvőképtelen beteg, akinek cselekvőképtelenségét bíróság nem állapította meg. A szakirodalom hangsúlyozza annak a szabálynak a fontosságát, miszerint a sürgős szükség esetét kivéve a nem cselekvőképes beteg esetén is minden beavatkozáshoz a megfelelő hozzátartozó tájékozott beleegyezése szükséges.¹⁶ A hatályos magyar egészségügyi törvény csak invazív beavatkozások esetén követeli meg, hogy a kezelőorvos a cselekvőképtelen beteg helyett a beteg által megnevezett személy, a törvényes képviselő, illetve a közeli hozzátartozók beleegyezését kikérje. A törvény szerint azonban ez a nyilatkozat nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát, nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodáshoz [16. § (4) bekezdés].

A KEZELÉS VISSZAUTASÍTÁSÁNAK JOGA

A modern bioetika elvei szerint nagykorú, cselekvőképes betegnek joga van bármely orvosi beavatkozást, kezelést visszautasítani, még életmentő vagy életfenntartó beavatkozást is. Az angolszász jogrendszerben ezt a jogot számos bírósági döntés megerősítette. (Például bíróságok visszautasították gangrénás végtag életmentő amputációjának elrendelését, amikor a beteg ez ellen tiltakozott, s az orvos bírósághoz fordult. Bírői döntés elismerte respirátorra kapcsolt betegnek azt a jogát, hogy a lélegeztetőgépről kérésére lekapcsolják, noha ez előreláthatólag a halálát eredményezte.) Magyarországon a hatályos egészségügyi törvény szerint a beteg akkor utasíthat vissza életmentő vagy életfenntartó beavatkozást, ha „...olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan.” [20. § (3) bekezdés]. A törvény szerint lehetőség van arra is, hogy a beteg közokiratban meghatározza, hogy ha később cselekvőképtelen állapotba kerül, ne alkalmazzanak nála bizonyos életmentő, életfenntartó beavatkozásokat akkor, ha olyan gyógyíthatatlan betegségben szenved, melynek „következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők.” [22. § (1) c) pont.]

A szabályozás szerint azonban terhes anya nem utasíthat vissza életmentő vagy életfenntartó beavatkozást, ha „előre láthatóan képes a gyermek kihordására”. [20. § (6) bekezdés] A magyar szabályozás szerint továbbá a beteg csak azt az ellátást utasíthatja vissza, melynek elmaradása mások életét vagy testi épségét nem veszélyezteti.

A fent említett korlátozásokkal tehát nagykorú, cselekvőképes beteg hazánkban is bármely orvosi beavatkozást elutasíthat, illetve semmilyen orvosi beavatkozásba nem köteles beleegyezni. A visszautasításnak azonban tájékozottnak kell lennie: a betegnek tudnia kell, egészségére milyen következményekkel jár ez a lépés. Ha a beteg bizonyos beavatkozásokat téves meggyőződésből utasít vissza (például egyszerűen nem hiszi el, hogy magas a vérnyomása, mert nem fáj a feje), akkor a kezelés visszautasítása nem tájékozott visszautasítás, s ilyenkor az orvosnak mindent meg kell tennie a tévedés eloszlatására. Ezért egy visszautasítás okát a beteggel mindig meg kell beszélni, az esetleges tévedéseket el kell oszlatni, s meg kell kísérelni a beteg meggyőzését a kezelés szükségességéről. Végső soron azonban a döntés joga a betegé. Kevés frusztrálóbb helyzet van egy orvos számára, mint amikor betege egy szükséges orvosi beavatkozást elutasít. Ennek elfogadása az egyik legnehezebb

orvosi feladat. Természetesen az orvosnak mindent meg kell tennie, hogy betegét ilyenkor a beavatkozásra rábeszélje, de ha ez nem sikerül, a beteg döntését el kell fogadni. Ilyenkor sem alkalmazhat az orvos semmiféle kényszert (bármilyen jó szándékú legyen is az) a beteg beleegyezésének elérésére. (Például nem fenyegetheti meg a beteget azzal, hogy ha egy adott kezelésbe nem egyezik bele, akkor semmiféle egyéb kezelést sem kap, például még a fájdalomcsillapítók adását is megszüntetik stb.) Ha egy adott orvos a beteg kezelését ilyen feltételek között nem tudja vállalni, célszerű segíteni a beteget abban, hogy az egy másik orvost találjon, aki a kezelést így is vállalja. Külön probléma lehet életmentő kezelés elutasítása vallási okokból. A Jehova Tanúi vallási felekezet tagjai például – vallásuk tanításainak megfelelően – nem fogadnak el transzfúziót, még akkor sem, ha az az életüket mentené meg. Itt a vallásszabadsághoz való alkotmányos jog kerül szembe azzal a magyarországi elvvel, hogy életmentő beavatkozást a beteg nem utasíthat el, ha nem szenved rövid időn belül mindenféle orvosi kezelés ellenére is halálhoz vezető gyógyíthatatlan betegségben, illetve ha nincs olyan gyógyíthatatlan betegsége, melyben önmagát fizikailag képtelen lenne ellátni, vagy melyben fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem lennének enyhíthetők. Ez a probléma azonban még azokban az országokban is létezik, ahol elismerik a nagykorú, beszámítható betegnek azt a jogát, hogy akár életmentő orvosi kezelést is visszautasítson. Előfordul ugyanis, hogy a Jehova Tanúi közé tartozó szülő megtagadja kiskorú gyermeke életmentő transzfúziójának engedélyezését, vagy szülés előtt álló terhes anya tagadja meg a más okból szükségessé váló életmentő transzfúziót saját maga számára. Ezekben az esetekben az angolszász jogrendszer egyedi bírói döntést hoz, általában azonban nem szokták megengedni, hogy valaki vallási meggyőződésből saját meg nem született vagy már élő, de kiskorú gyereke életét veszélyeztesse. Olyan esetben is el szokták rendelni a Jehova Tanúi transzfúzióját – az érintett akarata ellenére is –, ha kiskorú gyerekei vannak, azzal az indoklással, hogy gyerekeit nem ítélni árvaságra. Általában azonban elismerik egy nagykorú s pszichiáter által cselekvőképésnek ítélt betegnek azt a jogát, hogy akár életmentő transzfúziót is visszautasítson, ha nincsenek kiskorú gyermekei. Magyarországon ez a kérdés a gyakorlatban rendezetlen, s így minden egyes orvosnak egyedileg kell megbirkóznia ezzel a problémával. Ez nem megnyugtató állapot sem az orvos, sem a Jehova Tanúi közé tartozó betegek számára, így célszerű lenne a kérdést jogilag is rendezni az előbb felsorolt elvek figyelembevételével.¹⁷

Az egészségügyi törvény továbbfejlesztésekor tehát szem előtt kell tartani, hogy a polgári jog mai szabályai szerint nem teljesen cselekvőképes betegek is – állapotuk alapján – képesek lehetnek arra, hogy a tájékoztatást megértsék és döntésük következményeit felmérve, önállóan rendelkezzenek gyógykezelésükkel kapcsolatban. Mindez azt indokolja, hogy a korlátozottan cselekvőképesek és a cselekvőképtelenek önrendelkezési jogát differenciáltabban kell szabályozni. Másrészt további eljárási garanciákra van szükség annak érdekében, hogy azok jogai és érdekei se szenvedjenek csorbát, akik az orvosi ellátás idején bírói ítélet nélkül, de facto cselekvőképtelenek.

JEGYZETEK

1. Blasszauer Béla: Orvosi-egészségügyi etika. Egységes Jegyzet. Tankönyvkiadó, Budapest, 1990. 103–105. o.
2. Magyar Orvosi Kamara: Orvostikai Statutum. (Etikai kódex–Eljárási Szabály) Budapest, 1998. 9. o.
3. L. T. Beauchamp, F. J. Childress: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York–Oxford, 1989. 67–74. o.
4. G. Pozgar: Legal aspects of Health Care Administration. Rockville, 1987. 99. o.
5. I. Berlin: Two Concepts of Liberty. In: Four Essays on Liberty. Clarendon Press, Oxford, 1969. 118–138. o.
6. R. R. Faden, L. T. Beauchamp, L. T.: A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press, New York–Oxford, 1989. 35–37. o.
7. I. E. Picard: Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada. Carswell Legal Publications, Toronto, 1984. 46. o.
8. S. P. Appelbaum, W. C. Lidz, A. Meisel: Informed Consent. Legal Theory and Clinical Practice. Oxford University Press, New York–Oxford, 1987. 70–71. o.
9. S. P. Appelbaum et al. i. m. 77. o.
10. Ádám György (szerk.) Egészségügyi jogi kézikönyv. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1990. 48. o.
11. D. Van De Veer, T. Regan (szerk.): Health Care Ethics. An Introduction. Temple University Press, Philadelphia, 1987. 113. o.
12. Uo. 114. o.
13. I. Kennedy, A. Grubb: Medical Law: Text and Materials. Butterworths, London, 1989. 209–211. o.
14. Uo. 187. o.
15. S. P. Appelbaum et al. i. m. 89–90. o.
16. Uo. 91–108. o.
17. Lásd: Csapody Tamás: Az ellátás visszautasításának jogi és a vértranszfúzió. *Legis Artis Medicinae*, 2000. 3. 260–264. o.