

A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon

ZUBEK LÁSZLÓ DR.¹ ■ SZABÓ LÉNA DR.² ■ GÁL JÁNOS DR.¹
ÖLLŐS ÁDÁM DR.¹ ■ ÉLŐ GÁBOR DR.¹

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ¹Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika,
²II. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

Az életvégi döntések az intenzív osztályokon kezelt betegek többségét érintik, ezért fontos ezen döntések hazai és külföldi gyakorlatának megismerése, valamint harmonizációja az etikai irányelvekkel és a jogi szabályozással. *Célkitűzés:* A hazai intenzív terapeuták életvégi döntésekkel (kezelés meg nem kezdése, kezeléskorlátozás, haldoklási folyamat megrövidítése) kapcsolatos szokásainak felmérése és összehasonlítása nemzetközi adatokkal. Kutatásuk távlati célja, hogy az intenzív terapeuták munkájukat eredményesen, jogszerűen és a betegekkel, illetve hozzátartozóikkal egyetértésben végezhessek. *Módszer:* Magyarországon 2007–2008-ban felmérést végeztek egy kérdőív segítségével az intenzív terapeuták körében. A kérdőíveket elektronikus formában juttatták el a Magyar Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság 743 regisztrált tagjának, és visszaérkezésük után feldolgozták őket a teljes anonimitás megőrzése mellett. A 103 választ statisztikailag elemezték, és összehasonlították más európai országok adataival. *Eredmények:* A válaszokból kiderült, hogy a hazai intenzív orvosok gyakorlata nagyon paternalisztikus. Az intenzív orvosok döntéseiket általában egyedül hozzák meg (3,75/5 pont), kevésbé veszik figyelembe a cselekvőképes betegek (2,57/5 pont) vagy közeli hozzátartozóik (2,14/5 pont) illetve az ápolószemélyzet véleményét (2,37/5 pont). A terápia meg nem kezdését preferálják a kezelés visszavonásával szemben. Ez a gyakorlat a tévedés jelentős veszélyét hordozza magában, és emberéletekbe kerülhet a gyors döntéshozatal során. A válaszadók becslései alapján az életvégi döntések gyakorisága 3,7–9,1%, ami kisebb, mint más európai országokban. *Következtetések:* Az első magyarországi felmérés alapján a betegjogok kiterjesztése szükséges hazánkban. Teret kell adni az önrendelkezés jobb érvényesülésének az életvégi döntésekben, valamint javítani kell az orvosi gyakorlat jogszerűségét. Orv. Hetil., 2010, 38, 1530–1536.

Kulcsszavak: életvégi döntés, orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság, eutanázia, kezelés-visszavonás, kezelés meg nem kezdése, jogszabályi környezet, intenzív kezelés, nem cselekvőképes beteg, bioetika

Practice of treatment restriction in Hungarian intensive care units

End of life decisions affect most of patients in intensive care units, thus, it is important to know both local and international practice in accordance with law and ethical principles for intensive care physicians. *Aim:* To search for local customs of end of life decisions (withholding or withdrawing the therapy, shortening of the dying process), and to compare the data with the international literature. *Methods:* In 2007-2008 the first Hungarian survey was performed with the purpose to learn more about local practice of end of life decisions. Questionnaires were sent out electronically to 743 registered members of Hungarian Society of Anesthesiology and Intensive Care. Respecting anonymity, 103 replies were statistically evaluated (response rate was 13.8%) and compared with data from other European countries. *Results:* As expected, it turned out from replies that the practice of domestic intensive care physicians is very paternal and this is promoted by legal regulations that share a similar character. Intensive care physicians generally make their decisions alone (3.75/5 point) without respecting the opinion of the patient (2.57/5 point) the relatives (2.14/5 point) or other medical personnel (2.37/5 point). Furthermore, they prefer not to start a therapy rather than withdraw an ongoing treatment. Nevertheless, the frequency of end of life decisions (3–9% of ICU patients) is smaller than other European countries. *Conclusions:* There is a need for the expansion of patients' right in our country. For end of life decisions, self determinations must be supported and a dialogue must be established between lawmakers and physicians, in order to improve the legal support of this medical practice. Orv. Hetil., 2010, 38, 1524–1529.

Keywords: end of life decisions, physician assisted suicide, euthanasia, treatment withdrawal, treatment withholding, legal situation, intensive therapy, non competent patient, bioethics

(Beérkezett: 2010. július 19.; elfogadva: 2010. augusztus 3.)

Rövidítések

DNR = (do not resuscitate order) nem újraélesztendő utasítás

Az ókori görög orvoslás óta eltelt 2500 évben az orvosok számára „a beteg üdve a legfőbb törvény”. Ma is a világ legtöbb országában tilalmazzák, hogy az orvos beteget beleegyezésével vagy anélkül bármilyen módon elősegítse beteget halálát. Az utóbbi évtizedekben az orvostudomány (szervpótló kezelések) fejlődésével párhuzamosan az orvosi etika- és jogtudomány egyre inkább teret szentel az arról való gondolkodásnak, hogyan lehetne a súlyos, gyógyíthatatlan, gyakran nagy fájdalommal küszködő betegek számára az élet méltó befejezéséhez való jogot biztosítani anélkül, hogy az élet kioltására vonatkozó tilalom feloldása nemkívánat hatásokkal járjon [1]. Ennek az útnak első mérföldköveként a jogalkotók arra a következtetésre jutottak, hogy el kell ismerni a betegek jogosultságát életük fenntartásának, illetve meghosszabbításának visszautasítására, még akkor is, ha ez minden valószínűség szerint a halálukat okozza. A következő jelentős fejlemény az volt, hogy egyes országokban, ahol a törvények az aktív eutanáziát vagy az öngyilkosságban való orvosi segítségnyújtást változatlanul tiltották, mégis büntetlenséget biztosítottak az orvosnak, ha a halál az orvos által előírt fájdalomcsillapító gyógyszer mellékhatásaként következett be egy, a betegsége végső szakaszában lévő betegnél. A fejlődés ezen pontjára különböző utakon, de világszerte eljutottak a fejlett jogrendszerű országok.

Ugyanakkor látható, hogy a legtöbb országban idegenkednek a gyógyíthatatlan betegségben szenvedők halálának elősegítésére vonatkozó tilalom feloldásától vagy enyhítésétől.

Az aktív eutanázia megengedésének folyamatában Hollandia és Belgium járt az élen, míg az életmentő vagy életfenntartó terápia megszüntethetőségének feltételeit és az öngyilkosságban való orvosi segítségnyújtást az Amerikai Egyesült Államokban szabályozták először [2].

Az intenzív osztályokon fekvő betegek jogainak érvényesítése speciális problémákat vet fel világszerte [3], mivel ezeknek a betegeknek – irodalmi adatok alapján – 5%-a számít kompetensnek [4]. Tehát a betegek 95%-a vagy korábban rendelkezett döntésképtelen állapotára vonatkozóan (helyettes döntéshozó kijelölése, élő végrendelet, előzetes rendelkezés), vagy hozzátartozói és orvosai döntenek helyette az életvégi kérdésekben. Jelentős probléma az is, hogy napjainkban a betegek túlnyomó többségét érinti a kezeléskorlátozás valamilyen formája a szakirodalom szerint [5], de ennek keretei (kinél mikor állítsák le a kezelést?) sehol a világon nincsenek kidolgozva.

Magyarországon az egészségügyi törvény ugyan elismeri az orvosok számára a kezelés szabad megválasztásának jogát, de nem szól a hasztalan kezelés szükségességéről és a kezeléskorlátozásról sem [6].

Az életvégi döntések helyes szabályozásának óriási jelentősége van mind a betegek, mind az egészségügyi dolgozók, mind az egészségügyi szolgáltató szempontjából. A betegek szempontjából fontos az elnyújtott oktan szenvedés csökkentése, a méltósággal való meghaláshoz való jog, illetve az élethez való alapvető jog védelme miatt. Az egészségügyi személyzet szempontjából jelentős a frusztráció csökkentése, amely a jelenlegi jogi szabályozás, etikai irányelvek és a realitásokon alapuló gyakorlat között feszülő ellentmondások miatt alakult ki. Az anyagi források szűkössége és a kezelési lehetőségek megsokszorozódása és drágulása miatt az egészségügyi szolgáltató szempontjából is fontos, mert szerepe lehet a költségek racionalizálásában és a korlátozottan rendelkezésre álló eszközök minél hatékonyabb elosztásában.

Célkitűzés

Az életvégi döntések hazai gyakorlatának megismerése céljából, Magyarországon első ízben, országos felmérést végeztünk intenzív terapeuták között egy kérdőív segítségével 2007–2008-ban. Célunk az volt, hogy a jelenlegi gyakorlat elemzése után az eredményeket összehasonlítsuk más országok gyakorlatával, majd olyan következtetéseket vonjunk le, amellyel segíthetünk mind a betegeknek és hozzátartozóiknak, mind a betegágy mellett dolgozó orvosoknak. A vizsgálat tervezésénél két lényeges feltevésünk volt. Egyfelől azt gondoltuk, hogy a magyar intenzív orvosok életvégi döntései paternalisztikusak, nem veszik eléggé figyelembe a betegek véleményét, önrendelkezési jogát. Másik feltevésünk, hogy Magyarországon – csakúgy, mint külföldön [7] – saját gyakorlat alakult ki a kezeléskorlátozásra, amely napi rutinná vált. Mindez a jogalkotók, az etikusok és a betegek véleményétől függetlenül, a közvélemény számára teljesen ellenőrizhetetlen formában megy végbe, amelyről az orvostársadalom hallgatólagosan vesz tudomást.

Módszer

Kutatásunk során intenzív terápiás osztályon dolgozó orvosokat kérdeztünk meg a munkájuk során szerzett tapasztalataikról. Egy négyoldalas kérdőívet állítottunk össze az elmúlt évtizedben publikált nagy európai felmérések alapján (Ethicus Study, EURELD I.–II. vizsgálat). Saját kérdéseink megfogalmazásánál törekedtünk a minél jobb összehasonlíthatóságra más vizsgálatokkal, majd a kérdőívet egy bevezető vizsgálat validáltuk. A kérdéseket elektronikus formában interneten keresztül küldtük el a Magyar Intenzív Terápiás Társaság 743 regisztrált tagjának, amit a válaszolók önkéntesen, anonimitásuk megőrzése mellett elektronikus vagy nyomtatott formában küldtek vissza. A nemzetközi közleményekkel való összehasonlítás lehetősége miatt az angol terminus technicusok magyar megfelelőjét

1. táblázat | Kezelés meg nem kezdése. Az intenzív osztályos betegfelvételt befolyásoló tényezők átlagos pontértékei az orvosok különböző csoportjaiban

Betegfelvételt befolyásoló tényezők	Nem		Munkahely				Munkában eltöltött évek				Σ
	Nő (48)	Férfi (55)	Klinika (15)	Megyei kórház (17)	Városi kórház (48)	Egyéb (8)	0–5 (28)	6–10 (19)	11–15 (9)	>16 (35)	
Szabad ágyak száma	2,98 (1,66)	2,96 (1,44)	2,33 (1,76)	2,59 (1,7)	3,14 (1,46)	3,75 (1,16)	3,21 (1,5)	3,52 (1,17)	2,89 (1,36)	2,46 (1,74)	2,97 (1,54)
Személyi feltételek	1,98 (1,45)	1,71 (1,42)	1,73 (1,53)	1,82 (1,29)	1,7 (1,4)	1,75 (1,28)	1,89 (1,4)	1,73 (1,48)	1,22 (0,67)	1,86 (1,48)	1,83 (1,44)
Tárgyi feltételek	2,3 (1,38)	1,8 (1,35)	1,66 (1,84)	2,29 (1,21)	2,1 (1,29)	1,75 (1,16)	2,21 (1,34)	1,89 (1,1)	1,55 (1,42)	2,11 (1,5)	2,03 (1,38)
Beteg visszautasítja a felvételt	3,1 (1,39)	2,72 (1,68)	2,8 (1,42)	3,47 (1,54)	2,7 (1,56)	2,75 (1,49)	2,82 (1,41)	2,79 (1,55)	2,89 (1,9)	3,02 (1,56)	2,9 (1,55)

Az intenzív terapeuták egy hatpontos skálát használva (0–5) megbecsülték, hogy a fenti faktorok mennyire befolyásolják egy adott beteg felvételét az intenzív osztályra. A táblázatban az átlagértékeket, illetve zárójelben a standard deviációt tüntettük fel.

használtuk, ahol lehetett, kerültük az eutanázia fogalmának használatát is. A kérdésekre egyszerű vagy többszörös választással, illetve egy hatfokozatú lineáris skálán (0–5) a válasz értékelésével lehetett válaszolni.

A statisztikai elemzést Mann–Whitney-féle U-teszt és nemparaméteres varianciaanalízis segítségével végeztük. A szokásos ötszázalékos szignifikanciahatár mellett figyelembe vettük az 5–10 százalék közötti p-értéket adó eltéréseket is mint tendenciát. Ezzel valószínűleg nem követtünk el hibát, hiszen jelen esetben egy véges nagyságú sokaságból egy relatíve nagyszámú mintát vizsgáltunk (amely a sokaság több mint 10%-a), így a valós p-érték a számítottnál kisebbnek adódik.

Eredmények

A kérdőívet 103-an töltötték ki, válaszadási arány 13,8%. A válaszolók közül 48 nő, 55 férfi volt. A megkérdezettek közül 17-en dolgoznak egyetemi intézményben, 19-en regionális centrumban, 54-en városi kórházban, 2-en monodiszciplináris intenzív osztályon, 9-en egyéb helyen. A válaszolókból 33-an dolgoztak kevesebb mint 5 éve, 19-en 6–10, 10-en 11–15, 41-en pedig több mint 16 éve. Intenzív szakvizsgája a válaszolók közül 63 orvosnak volt, akik közül 7-en külföldön szereztek szakképesítést. A válaszolók közül 26 vallását gyakorló hívő, 40 vallását nem gyakorló hívő volt, míg 19-en ateistának mondták magukat, 17 kolléga pedig nem nyilatkozott.

Kérdéseinket három téma köré csoportosítottuk: első a kezelés meg nem kezdése, második a már folyamatban lévő kezelések felfüggesztése, harmadik az életvégi döntések (do not resuscitate order, kezeléskorlátozás, a haldoklási folyamat megrövidítése) gyakoriságának felmérése volt.

Az első négy kérdés arra vonatkozott, hogy a betegek felvételét a szakmai indikációkon túl a beteg – vagy nem cselekvőkép (kompetens) beteg esetén hozzátartozójának – véleménye, a szabad ágyak, a rendelkezésre álló

személyi és tárgyi feltételek mennyire befolyásolják. Az 1. táblázat adatai alapján láthatjuk, hogy a hazai gyakorlatban az orvosok csak közepes mértékben veszik figyelembe a beteg vagy hozzátartozója kívánságát (2,9 SD:1,55) az intenzív osztályra való felvétel során. A betegfelvételt legjobban a szabad ágyak száma korlátozza (2,97 SD:1,54), a rendelkezésre álló tárgyi feltételek kevésbé (2,03 SD:1,38), a személyi feltételek pedig alig befolyásolják (1,83 SD:1,44). Az egyetemi intézményekben dolgozókat kevésbé korlátozza a betegfelvételnél a szabad ágyak száma, mint a kisebb városi kórházban dolgozókat. A munkában eltöltött idő szerint is különbség adódott a csoportok között, mivel a több mint 16 éve dolgozókat kevésbé korlátozza az ágyszám a betegfelvételnél, mint a 0–5 éve dolgozókat (p = 0,051). A nők és a férfiak között nem volt jelentős különbség ezekben a kérdésekben.

A következő témakörben ugyanezen tényezők hatását vizsgáltuk a már megkezdett kezelés korlátozására. A magyar gyakorlatban a már folyó kezelés korlátozására vonatkozó döntést leginkább a beteg életkilátásai (3,75 SD:1,26) és aktuális fizikális állapota befolyásolja (3,55 SD:1,38). Továbbá az ágyak száma (2,39 SD:1,73), a tárgyi feltételek (1,9 SD:1,49) és a személyi feltételek (1,44 SD:1,45) csökkenő mértékben ugyan, de mégis befolyásolják a kezelés visszavonását. A nők szignifikánsan erősebb korlátozó tényezőnek tartják a személyi feltételeket, mint a férfiak (p = 0,055) (2/a táblázat).

Amennyiben az azonos kérdéspárokat hasonlítjuk össze, látható, hogy a magyar intenzív orvosok a kezelés meg nem kezdését preferálják inkább, mivel ezeknek a válaszoknak a pontértéke következetesen magasabb a már folytatott kezelés felfüggesztésénél.

Ez után azt vizsgáltuk, hogy kezeléskorlátozás esetén kinek a véleménye milyen hangsúlyos a döntéshozók közül. Az elemzésből kiderült, hogy hazánkban a kezelőorvos dönt a beteg életéről elsősorban a beteg távolabbi életkilátásai (3,75 SD:1,26), másodsor pedig az állapota függvényben (3,55 SD:1,38). Magyarországon a hasztalanság kimondásánál az ápolószemélyzet véle-

2/a táblázat | Kezeléskorlátozás. A kezeléskorlátozást befolyásoló tényezők átlagos pontértékei az orvosok különböző csoportjaiban

Kezeléskorlátozást befolyásoló tényezők	Nem		Munkahely				Munkában eltöltött évek				Σ
	Nő (48)	Férfi (55)	Klinika (15)	Megyei kórház (17)	Városi kórház (48)	Egyéb (8)	0–5 (28)	6–10 (19)	11–15 (9)	>16 (35)	
Szabad ágyak száma	2,64 (1,62)	2,17 (1,8)	2,8 (1,66)	2,65 (1,49)	2,12 (1,7)	2,62 (1,77)	2,57 (1,77)	2,42 (1,54)	1,55 (1,67)	2,54 (1,74)	2,39 (1,73)
Személyi feltételek	1,73 (1,53)	1,17 (1,34)	1,87 (1,73)	1,59 (1,58)	1,27 (1,43)	1,37 (1,06)	1,32 (1,41)	1,42 (1,17)	1,11 (1,45)	1,66 (1,66)	1,44 (1,45)
Tárgyi feltételek	2,06 (1,52)	1,75 (1,45)	1,87 (1,6)	1,7 (1,31)	1,92 (1,54)	1,62 (1,4)	1,89 (1,55)	1,63 (1,34)	2,44 (1,88)	1,88 (1,5)	1,9 (1,49)
Beteg kívánsága	2,74 (1,47)	2,4 (1,68)	2,73 (1,39)	2,82 (1,55)	2,23 (1,6)	2,62 (1,77)	2,57 (1,64)	2,37 (1,53)	2,44 (1,33)	2,37 (1,6)	2,57 (1,59)
Hozzá tartozó kívánsága	2,17 (1,39)	2,11 (1,55)	2,13 (1,55)	2,53 (1,62)	1,77 (1,32)	2,12 (1,46)	1,96 (1,4)	1,79 (1,58)	2,33 (1,32)	2,14 (1,44)	2,14 (1,47)
Beteg állapota	3,6 (1,3)	3,51 (1,46)	3,27 (1,44)	3,35 (1,5)	3,64 (1,39)	4,12 (0,99)	3,82 (1,47)	3,53 (1,47)	3,55 (1,13)	3,43 (1,33)	3,55 (1,38)
Beteg életkilátásai	4,0 (1,16)	3,53 (1,31)	3,87 (1,35)	3,76 (1,25)	3,67 (1,34)	3,62 (0,92)	3,96 (1,0)	3,74 (1,19)	4,11 (0,78)	3,43 (1,54)	3,75 (1,26)
Ápolók véleménye	2,32 (1,32)	2,42 (1,59)	2,6 (1,64)	2,47 (1,37)	2,29 (1,51)	1,75 (1,49)	2,21 (1,45)	2,31 (1,67)	1,89 (1,69)	2,57 (1,38)	2,37 (1,46)

2/b táblázat | A kezeléskorlátozás módja

Leállított szervpótló kezelések	Nem		Munkahely				Munkában eltöltött évek				Σ
	Nő	Férfi	Klinika	Megyei kórház	Városi kórház	Egyéb	0–5	6–10	11–15	>16	
Gépi lélegeztetés	21%	25%	0%	21%	33%	0%	27%	32%	10%	20%	23%
Táplálás	15%	27%	18%	26%	20%	22%	24%	11%	0%	29%	21%
Keringéstámogatás	56%	64%	53%	63%	65%	33%	64%	68%	30%	61%	60%
Antibiotikumok	38%	51%	47%	47%	44%	33%	42%	63%	40%	41%	45%
Vesepótló kezelés	21%	31%	29%	53%	19%	22%	21%	32%	30%	27%	26%
Semmilyen	15%	11%	0%	26%	11%	11%	12%	11%	10%	41%	13%
Minden kezelés együtt	15%	31%	35%	11%	17%	44%	12%	26%	40%	27%	23%

Az intenzív terapeuták egy hatpontos skálát használva (0–5) becsülték meg, hogy a fenti faktorok mennyire befolyásolják egy adott beteg kezelésének korlátozását az osztályukon. A 2/a táblázatban az átlagértékek, illetve zárójelben a standard deviációk láthatók. A 2/b táblázat egy többszörös választásos kérdés eredményeit mutatja, amely arra vonatkozott, hogy az adott osztályon a kezeléskorlátozás mely kezelések leállításával történik. A táblázatban azt tüntettük fel, hogy a különböző csoportokban az egyes kezeléskorlátozási módokat az orvosok hány százaléka választotta.

ményét nem tartják fontosnak (2,37 SD:1,46), és legkevésbé fontos a hozzátartozók kívánsága adataink szerint (2,14 SD:1,47). A kezeléskorlátozásban a beteg távolabbi életkilátásai jobban befolyásolják a nőket, mint a férfiakat ($p = 0,061$) (2/a. táblázat).

A következő kérdésben arra kerestük a választ, hogy a kezeléskorlátozást hogyan hajtják végre a különböző intenzív osztályokon, egyszerre vagy részlegesen. Azt találtuk, hogy a kezeléskorlátozásról szóló döntés megszületése után a válaszolóknak csak 23%-a állítja le az összes kezelést egyszerre. A részleges korlátozások közül a vazoaktív terápia leállítása a leggyakoribb, ezt a válaszolók 60%-a jelölte be, ezt követi gyakoriságban az antibiotikum-kezelés megszüntetése (45%). A többi szervfunkciót pótló kezelés leállítása (táplálás, lélegez-

tetés, vértisztítás) körülbelül a megkérdezettek 20–25%-ánál egyenlő arányban szerepel. A válaszolók 13%-a nyilatkozta azt, hogy nem folytatnak kezeléskorlátozást. Az alcsoportok között is lényeges eltérések adódtak. A válaszoló férfiak 31%-a állít le minden kezelést egyszerre, míg a nők 15%-a válaszolt hasonlóan. Egyetemi intézményekben életvégi döntésként nem állítják le a lélegeztetést, viszont itt minden válaszoló végzett már valamilyen kezeléskorlátozást (2/b. táblázat).

A harmadik témakör fókuszában az életvégi döntések (do not resuscitate order, a kezeléskorlátozás és a haldoklási folyamat megrövidítése) gyakoriságának megismerése áll. Látható, hogy a DNR utasítás (8,52% SD: 8,87) a betegforgalom viszonylag nagy arányát érinti. Érdekes tendencia, hogy minél magasabb szintű

3. táblázat | Életvégi döntések. Az életvégi döntések és a haldoklás megrövidítésére vonatkozó kérések gyakorisága az intenzív osztályokon

	Nem		Munkahely				Munkában eltöltött évek				Σ
	Nő (48)	Férfi (55)	Klinika (15)	Megyei kórház (17)	Városi kórház (48)	Egyéb (8)	0–5 (28)	6–10 (19)	11–15 (9)	>16 (35)	
DNR	5,6% (5,91)	10,8% (10,1)	2,1% ¹ (2,57)	8,6% (9,18)	10,2% ¹ (7,84)	12,2% (16,92)	12,1% ⁴ (10,75)	10,0% (8,88)	8,1% (9,1)	6,1% ⁴ (7,07)	8,5% (8,87)
Kezeléskorlátozás	7,4% (10,54)	10,3% (8,48)	2,9% ² (3,1)	10,0% (8,78)	11,0% ² (10,74)	7,1% (6,86)	14,7% ⁵ (11,5)	9,1% (11,52)	6,2% (5,45)	6,3% ⁵ (5,52)	9,1% (9,53)
A haldoklás megrövidítése	3,43% (8,31)	3,96% (5,72)	0,64% ³ (1,64)	3,86% (5,63)	4,94% ³ (8,18)	3,14% (7,45)	5,75% (9,51)	5,59% (8,24)	1,26% (2,04)	2,34% (4,43)	3,73% (6,91)
Azok száma és aránya, akik nem találtak eutanáziakérésrel	78% (35)	83% (43)	82% (14)	89% (17)	70% (38)	78% (7)	82% (27)	63% (12)	60% (6)	80% (33)	80% (78)
Eutanáziakérések átlaga (alkalom)	3,7 (2,8)	6,5 (7,12)	5,75 (6,01)	5,5 (6,36)	5,6 (6,25)	1,5 (-)	3,5 (2,12)	2 (0,71)	9,63 (9,67)	5,42 (3,77)	5,18 (5,56)

Az első három sorban a DNR, a kezeléskorlátozás és a haldoklás megrövidítése (a beteg kifejezett kérése nélkül) gyakoriságának intenzív terapeuták által becsült értéke látható (zárójelben az SD-értékeket tüntettük fel). A következő sorban azon orvosok száma (zárójelben) és aránya látható a különböző csoportokban, akik az elmúlt évben nem találtak eutanáziakérésrel. Az utolsó sorban az eutanáziakérések gyakoriságának átlagai láthatók zárójelben az SD-értékekkel.

1: p = 0,002; 2: p = 0,01; 3: p = 0,02; 4: p = 0,048; 5: p = 0,048.

ellátást nyújt egy intézmény, az ott dolgozók annál ritkábbnak ítélik a DNR gyakoriságát, szignifikáns eltérés van az egyetemi klinika és városi kórház (p = 0,002) között. A szakmában eltöltött idő is befolyásolja a DNR gyakoriságának megítélését: az orvos minél tapasztaltabb, véleménye szerint a DNR utasítások száma annál kisebb, szignifikáns különbség adódott a legfiatalabbak és a legidősebbek között (p = 0,048), illetve a férfiak és a nők (p = 0,01) között is.

A kezeléskorlátozás gyakoriságát a válaszolók 9,08%-nak (SD: 9,53) becsülték. Az egyetemi intézményekben szignifikánsan ritkábban fordul elő, mint a regionális centrumokban (p = 0,01). A legtapasztalatlanabb orvosok (0–5 éve dolgozók) véleménye szerint szignifikánsan több kezeléskorlátozás történik, mint tapasztaltabb kollégáik (>16 év, p = 0,048) szerint. A férfiak is nagyobbak ítélik a kezeléskorlátozás gyakoriságát, mint a nők (p = 0,01).

A haldoklási folyamat megrövidítésének átlagos gyakorisága kisebb (3,73% SD: 6,91), és ennek megoszlása sem egyenletes. Szignifikánsan kevesebb ilyen beavatkozást végeznek az egyetemi klinikákon, mint a városi kórházakban (p = 0,02).

A 3. táblázat adatait tovább elemezve látható, hogy a válaszolók 80%-a szerint a cselekvőképes beteg, illetve a cselekvőképtelen beteg hozzátartozója egyáltalán nem kezdeményezte a kezelés felfüggesztését. A válaszolók 19,6%-a nyilatkozott úgy, hogy volt ilyen kérés az osztályukon az elmúlt egy évben, és átlagosan 5,18 (SD: 5,56) alkalommal merült fel ilyen igény a beteg vagy hozzátartozó részéről. Az alcsoportokat elemezve megállapítható, hogy a férfiak szerint többször történik DNR, kezeléskorlátozás és a haldoklási folyamat megrövidítése, mint a nők szerint, de kevesebb ilyen kérés érkezett hozzájuk a beteg vagy hozzátartozó

zója részéről. Lényeges különbség van az életvégi döntések gyakoriságában a vezető intézetek (klinikák és megyei kórházak), a városi kórházak és a monodiszciplináris intenzív osztályok között is. A vezető intézetekben általánosságban ritkábban kerül sor életvégi döntések alkalmazására (DNR, kezeléskorlátozás, haldoklási folyamat megrövidítése), és kevesebb kérés érkezik hozzájuk a kezelés felfüggesztésére.

Végül arra a kérdésre, hogy szükség lenne-e a kezeléskorlátozásról egy szakmai protokoll létrehozására, a válaszolók 93%-a nyilatkozott pozitívan.

Következtetések

Míg a fejlett nyugati demokráciákban a betegek önrendelkezésének széles teret adnak, és már az orvos által asszisztált öngyilkosság legalizálásáról beszélnek [8], addig hazánkban jelentős lemaradás tapasztalható az életvégi döntések kérdésében. Ez tükröződik a társadalom és a társadalmi szervezetek csökkent aktivitásában, az orvostársadalom tartózkodásában, illetve a jogalkotás konzervatívizmusában is. Az egészségügyi törvény az önrendelkezést jelentősen korlátozza, mivel hazánkban csak az önkéntes, cselekvőképes beteg akaratnyilatkozatán alapuló, írásban rögzített, majd tanúk előtt megismételt kezelésről való lemondás törvényes életmentő vagy életfenntartó kezeléseket vonatkozásában, csakis akkor, ha a beteg rövid időn belül, orvosi kezelés ellenére is halálhoz vezető, gyógyíthatatlan betegségben szenved.

Ugyanakkor anyagi lehetőségeink messze elmaradnak a legfejlettebb államok lehetőségeitől, így felmerülhet az a félelem, hogy nálunk a kezeléskorlátozás az életvégi szenvedéscsillapítást és a palliatív terápiát nem kiegészítené, hanem helyettesítené.

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

Kutatásunk adataiból az is jól látszik, hogy az életvégi döntések viszonylag gyakoriak az intenzív osztályokon (a betegek 3–9%-át érintik) Magyarországon is, bár a külföldi adatokban a betegek nagyobb aránya részesül valamilyen kezeléskorlátozásban [8, 9, 10, 11]. Az Ethicus tanulmány adatai szerint az intenzív osztályon meghaltak 72,6%-a részesült valamilyen kezeléskorlátozásban, ez az összes felvett beteg körülbelül 10%-a [8]. Az EURELD vizsgálat adatai szerint a hat vizsgált országban az összes életvégi döntés gyakorisága 23–51% között van [9].

Jelentős különbség az is, hogy az életvégi döntéseket gyakran nem a beteggel vagy hozzátartozójával egyetértésben hozzák meg a kezelőorvosok, hanem egyedül döntenek a kérdésben. Egy Olaszországban készült tanulmány szerint [12] a kompetens betegek véleményét az orvosok 22,1%-a mindig figyelembe veszi a döntések meghozatalakor, míg a közeli hozzátartozók az esetek 58,4%-ában involválódnak a döntésekben. Az EURELD vizsgálat szerint az életvégi döntések 38–92%-ában egyeztetnek a beteggel, amennyiben az kompetens, de ezekben az esetekben a családdal is történik egyeztetés hasonló arányban (36–81%). Ha a beteg nem döntésképes, akkor az esetek 39–85%-ában történik egyeztetés a családtagokkal.

Hazánkban a döntés meghozatalában a legfontosabb tényező a beteg életkilátásai és állapota, míg hasonló szempontok Olaszországban csak a 6.–7. helyen állnak, míg vezető oka a kezeléskorlátozásnak az agresszív intenzív kezelés eredménytelensége, a hasztalan kezelés és a súlyos alapbetegség megléte.

A magyar intenzív terapeuták a kezelés meg nem kezdését részesítik előnyben a kezelés visszavonásával szemben, amely megfelel a nemzetközi közlemények adatainak. Ez a gyakorlat ugyanakkor a gyakoribb tévedés lehetőségét hordozza magában, hiszen a döntést sokkal rövidebb idő alatt kell meghozni, valamint nem ad lehetőséget a betegek tartalékainak pontosabb felbecsülésére és a megkezdett terápiára adott válasz értékelésére. Amikor egy kórházi osztályon eldöntik a kezeléskorlátozást, a kezelést nem egyszerre állítják le, hanem csak egy bizonyos szervpótló kezelést függesztenek fel (részleges korlátozás), amely így lassabban, több szenvedéssel és drágábban vezet el a beteg halálához.

Érdekes, hogy annak ellenére, hogy elsősorban az eutanázia kérdése foglalkoztatja a társadalmat [13, 14, 15], ritkán kerül elő a kommunikációban, hiszen az orvo-

soknak csak 19%-a nyilatkozta azt, hogy érkezett hozzá kérés a beteg kezelésének befejezésére.

Miért alakult ki ez a helyzet hazánkban? Véleményünk szerint ez több okra vezethető vissza. Egyik a korábban hatályos egészségügyi törvény kedvezőtlen, paternalista szemléletmódja, amely még hosszan fejti ki hatását. A jelenleg hatályos egészségügyi törvény, amely a betegjogokat szélesen kiterjesztette, alig több mint egy évtizede van hatályban. Másrészt a jogalkotók még ebben a törvényben is nagyon szűkre szabták az önkéntes kezeléssel való lemondás lehetőségét az életmentő vagy életfenntartó kezelések kérdésében, valamint nem tartalmaz a jogszabály egy szót sem az orvosi értelemben vett hasztalanságról és a kezeléskorlátozásról sem.

A nem támogató bírósági és jogszabályi környezet [16, 17, 18, 19] pedig arra ösztönzi az orvosokat, hogy saját hatáskörben kezeljék a problémákat, amely a paternalizmus melegágya [20, 21]. Ebből következik, hogy nem tájékoztatják betegeiket megfelelően [22], nem megfelelően veszik figyelembe a páciens vagy a közeli hozzátartozó véleményét, és gyakran a saját szempontjaik alapján döntenek más élete felett. Fontos lenne ezért megfelelő ajánlások kidolgozása a kezeléskorlátozásra, valamint a hasztalanság egyértelmű törvényi megfogalmazása, hogy a kezelőorvosnak ne kelljen félnie a dokumentálás során a beteg halála utáni retorzióktól. A tényeknek megfelelő kommunikáció és dokumentálás nagyon fontos előnye az is, hogy a hozzátartozók egyéni felelősségvállalásuk segítségével választhatnának más kezelési alternatívát is ilyen helyzetekben. Hasonlóképpen jelentőségteljes lépés a beteg önrendelkezésének lehetővé tétele oly módon, hogy az a gyakorlatban is érvényesülni tudjon. Mindezek szempontjából komoly előrelépést jelent, hogy kutatásaink felhasználásával az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium 2007-ben szakmai ajánlást adott ki az életmentő és életfenntartó kezelésekkel kapcsolatban, egyben törvénymódosítási javaslatot kezdeményezett az előzetes rendelkezések eljárási módjának egyszerűsítésére a betegek önrendelkezésének jobb érvényesülése érdekében [23].

A felmérés korlátai közé tartozik, hogy a feldolgozott kérdőívvel a magyarországi intenzív orvosok körülbelül 13%-ának véleményét ismerhetjük meg. A mintavételt nem randomizálhattuk, mivel a válaszadás teljesen önkéntes volt, így vizsgálatunk nem tekinthető reprezentatívnak. Másik jelentős korlátja a felmérésnek, hogy az adatok az orvosok retrospektív becslésén alapulnak.

Irodalom

- [1] Kovács J.: A modern orvosi etika alapjai. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1999, 395–466.
- [2] Bosshard, G., Broeckaert, B., Clark, D. és mtsai: A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical

- professional positions in six European countries. *J. Med. Ethics.*, 2008, 34, 28–32.
- [3] Pénzes I.: Az újraélesztés etikai és jogi kérdései. In: Az újraélesztés tankönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2000, 465–479.
- [4] Cook, D. J., Guyath, G., Rocker, G. és mtsai: Cardiopulmonary resuscitation directives on admission to intensive care unit: An international observational study. *Lancet*, 2001, 358, 1941–1945.
- [5] Prendergast, T. J., Claessens, M. T., Luce, J. M.: A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 1998, 158, 1163–1167.
- [6] Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
- [7] Vincent, J. L.: Cultural differences in end-of-life care. *Crit. Care Med.*, 2001, 29, N52–N55.
- [8] Sprung, C. L., Cohen, S. L., Sjokvist, P. és mtsai: End-of-life practices in European intensive care units; The Ethicus Study. *JAMA*, 2003, 290, 790–797.
- [9] Van der Heide, A., Deliens, L., Faist, K. és mtsai: End of life decision making in six European countries: descriptive study. *Lancet*, 2003, 362, 345–350.
- [10] Vincent, J. L.: Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit. Care Med.*, 1999, 27, 1626–1633.
- [11] Vincent, J. L.: Withdrawing may be preferable to withholding. *Crit. Care*, 2005, 9, 226–229.
- [12] Giannini, A., Pessina, A., Tacchi, M. E.: End of life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Med.*, 2003, 29, 1902–1910.
- [13] Halmai G.: Eutanázia: az élethez való jog része vagy korlátozása? *Élet és Irodalom*, 2003, 19.
- [14] Jobbágyi G.: Eutanázia I. *Magyar Szemle*, 2004, 13, 5–6.
- [15] Jobbágyi G.: Eutanázia II. *Magyar Szemle*, 2004, 13, 7–8.
- [16] A 23/2002. Alkotmánybírósági határozat.
- [17] A Magyar Köztársaság Alkotmánya, 1949. évi XX. törvény.
- [18] A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe, 1998.
- [19] Az 1978. évi IV. törvény a Büntető Törvénykönyvről.
- [20] Ádám Gy.: Jó halál – joghalál?! *Élet és Irodalom*, 1984, 16.
- [21] Élő G., Dobos M., Zubek L.: Az újraélesztés etikai vonatkozásai. *Orv. Hetil.*, 2006, 147, 1273–1277.
- [22] Zubek L., Tőkegy B., Szabó L. és mtsai: Jogos védelem: a tájékozott beleegyezés jogi és etikai problémái. *Orv. Hetil.*, 2007, 148, 1155–1162.
- [23] *Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium: Az életmentő és életfenntartó kezelésekkel kapcsolatos etikai ajánlás. Aneszteziológiai útmutató*, 2007. november. Klinikai Irányelvek Kézikönyve, CD, 1–5.

(Zubek László dr.,
Budapest, Kútvölgyi út 4., 1125
e-mail: lzubek@freemail.hu)

A rendezvények és a kongresszusi híryanagok leadásának határideje

a lap megjelenése előtt 40 nap, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.

Kérjük megrendelőink szíves megértését.

A híryanagokat a következő címre kérjük:
Orvosi Hetilap titkársága: Budai.Edit@akkr.hu
Akadémiai Kiadó Zrt.