

ZUBEK LÁSZLÓ*

KI ÉS HOGYAN DÖNT AZ ÉLET-HALÁL KÉRDÉSÉBEN? ÉLETVÉGI DÖNTÉSHOZATAL A MAGYARORSZÁGI INTENZÍV OSZTÁLYOKON

A tanulmány az életvégi döntések problémakörét orvosi szemszögből megközelítve, empirikus adatokkal mutat rá a hazai szabályozás gyakorlati problémáira. A szerző a jogirodalmi definíciók áttekintésével elemzi az „eutanázia” tartalmi meghatározásának nehézségeit, majd a magyarországi intenzív osztályokon folytatott felmérés alapján vizsgálja a már megkezdett kezelés korlátozására ható faktorokat, az életvégi döntések gyakoriságát, illetve azt, hogy az életvégi szituációkban az egyes döntéshozók közül kinek az álláspontja esik nagyobb súllyal a latba. Kísérletet tesz a terminális állapot pontosabb meghatározására, illetve bevezeti az „életvégi triage” fogalmát, amelynek alkalmazásával az intenzív osztályokon a társadalom számára is transzparens döntések születnének a kezeléskorlátozás kérdéseiről.

Az intenzív osztályon dolgozó orvosok nap mint nap szembesülnek a betegek szükségszerű elvesztésével, mely az orvosi munka lelkileg legsúlyosabb, emberpróbáló része, és melyet önmagában elviselni is nehéz.¹ Azonban a megpróbáltatások az orvosok számára korántsem érnek ezzel véget. A betegek agóniáját szinte az orvosok „agóniája” is kíséri: az életmentő és életfenntartó kezeléseket számos erkölcsi-etikai parancs és jogszabály (alkotmányjogi, büntetőjogi) próbálja szabályozni, nem beszélve a vonatkozó nemzetközi normákról. A helyzet sérülékenységet a végletekig tudja fokozni az a körülmény is, hogy a haldokló betegek a legritkább esetben minősülnek belátási képességgel rendelkezőnek, így önálló döntéshozatalra nem képesek, hozzátartozóik feldúlt idegállapotukban pedig ritkán képesek a helyzetet racionálisan, túlzott érzelmi fűtöttségtől mentesen átlátni, illetve sokszor irreális elvárásokat fogalmazznak meg.

Annak ellenére, hogy az orvostudomány orvosszakmai eredményei napjainkban már határok nélkül alkalmazhatók, és az alapvető orvostikai normákat széles konszenzussal alkotott nemzetközi szerződések és ajánlások (Orvos Világszövetség: Helsinki Nyilatkozat, Európa Tanács: Oviedói Egyezmény, *World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine*²) rögzítik, az egyes országok

* PhD, egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, 1085 Budapest, Üllői út 26.
E-mail: laszlo.zubek@gmail.com.

¹ ZUBEK László – PÉNZES István: „Az orvosnak is vannak emberi jogai?” *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2000. MAITT Előadás-kivonatok 56.

² J. MYBURGH [et al.]: „End-of-Life Care in the Intensive Care Unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine” *Journal of Critical Care* 2016/34. 125–130.

konkrét jogszabályai jelentős mértékben különböznek egymástól. A személyes autonómia jogi elismerése és érvényesülésének elősegítése azonban általánosan jellemzi a polgári társadalmak jogalkotását akár a kontinentális, akár a precedens jogi rendszereket tekintjük át. A hatályos hazai jogi szabályozás szélesebb körben teret enged az önrendelkezésnek, az *egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv.* (Eütv.) által szabályozott esetekben (szűkített körben) az életmentő, illetve életfenntartó kezelés visszautasítását is megengedi, de nem szól az eutanáziáról, vagy a kezeléskorlátozás fogalmáról sem. Ugyanakkor a törvény több helyen hivatkozik az orvosilag nem indokolt kezelés megtagadásának jogára, mely burkoltan tartalmazza, de nem definiálja a kezelés hasztalanságának fogalmát. Nézetem szerint a homogén betegcsoportok (HBCS) alapján végzett finanszírozás – mely hazánk egészségbiztosítási rendszerében is megtalálható – szükségszerűen tartalmazza a kezeléskorlátozás gondolatát, bár ki kell emelni, hogy valamely HBCS-alapú finanszírozási rendszerben, kivételként elenyésző számban sor kerülhet a beteg egyedi finanszírozására is. A hatályos orvosi Etikai Kódex az eutanázia minden formáját határozottan tiltja, ugyanakkor a gyógyíthatatlan és szenvedő beteg palliatív kezelésénél bevezeti a terminális palliatív medicina fogalmát, de alkalmazását a beteg, illetve hozzátartozója beleegyezéséhez köti. Azt lehet mondani, hogy a hatályos hazai jogi és etikai szabályozásunk néhány kivételtől eltekintve megfelel a nemzetközi normáknak, de a betegjogok gyakorlati érvényesülése személyes tapasztalataim és kutatási eredményeim szerint jelentősen elmarad a kívánatostól. Tanulmányom célja, hogy az életről való önkéntes lemondás problematikáját orvosi szemszögből megközelítve rámutasson arra, hogy a kérdéskör részletes szabályozása ellenére az életvégi döntések megítélése, elfogadottsága hazánkban rendkívül problematikus.

1. AZ EUTANÁZIA MEGHATÁROZÁSA

Az eutanázia nem jogtudományi fogalom, hanem „a legnehezebb és legizgalmasabb etikai, filozófiai és jogi probléma”, mely Takács Albert szerint évszázadok óta tartja bűvkörében a jogtudósokat. A hazai jogirodalomban is számos definíciós kísérletet találhatunk.

Sajó András és Sándor Judit dolgozatukban a magyar jogban és az orvosetikában következetlenül és pontatlanul eutanáziaként említett magatartások jogi megítélését tekintik át, jelezve a szabályozás ellentmondásainak és elégtelen kezelésének lehetséges feloldási irányát. Véleményük szerint „az eutanázia körébe csak orvosi magatartások számítanak”,³ és tekintettel arra, hogy

„a büntetőjogban jó okkal érvényesül az eshetőleges szándék tana, így nem várható a büntetőbírótól, hogy egy orvosetikailag a kettős hatás elve szerint esetleg elfo-

³ SAJÓ András – SÁNDOR Judit: „A gyógyíthatatlannak vélt halálos beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében” *Magyar Tudomány* 1996/7. 771–786.

gadható és ezért nem eutanáziának nevezett halál okozását automatikusan kiemeli az emberölésnek minősített cselekedetek köréből”.⁴

Tóth Gábor Attila véleménye szerint az eutanázia körébe sorolható, ha a beteg érdekében az orvos a gyógyíthatatlan beteget a halálba segíti, illetve életfenntartó beavatkozásokat megszüntet, vagy elmulaszt. Ez történhet a beteg kérésére (önkéntes eutanázia) és beleegyezése nélkül (nem önkéntes eutanázia).

„Gyakori az aktív és passzív eutanázia közötti különbségtétel, amely – a kifejezéssel ellentétben – nem azon alapul, hogy az orvos tevékenységgel vagy mulasztással valósítja-e meg. Passzív eutanázia esetén az orvos nem kezeli a beteget, illetve beszünteti a kezelését, s ezzel engedi meghalni. Aktív eutanázia esetén az orvos olyan tevékenysége okozza a betege halálát, amelytől egészséges ember is meghalna. Megkülönböztethető továbbá direkt és indirekt eutanázia: az előbbi esetben az orvos szándéka a beteg halála, az utóbbi esetben viszont az orvos tevékenységének előre látott, de nem szándékolt következménye a beteg elvesztése.”⁵

Gyöngyösi Zoltán *Az élet és test feletti rendelkezések joga* című könyvében kifejti:

„az eutanázia pontos fogalmát a mai napig nem sikerült meghatározni.⁶ A legáltalánosabb az, hogy a közeli halálra vezető, vagy nagyfokú szenvedéssel együtt járó, gyógyíthatatlan betegségben szenvedő beteg halálba segítését jelenti, melyet a beteg kérésére vagy sorsa fölött érzett szánalom diktál.”

A beteg kérésére végzett aktív eutanázia általában az orvosilag asszisztált öngyilkosság, a kérésre végzett passzív eutanázia az életfenntartó vagy életmentő ellátás visszautasítása nevet viseli. Aktív eutanáziánál a beteget halálba segítik, mesterségesen siettetik a halál folyamatát. A passzív forma a halni hagyás: az ellátást megszüntetik, vagy csökkentik, és hagyják, hogy a halál természetes úton folyjon le.

„A kettő közötti különbségtétel során azon helyzet megítélése okoz gondot, amikor kikapcsolják a létfunkciókat fenntartó gépet és a halál gyorsan bekövetkezik. Mára elfogadott, hogy ez a passzív eutanázia körébe tartozik, mert egészségügyi ellátást szüntetnek meg.”⁷

Filó Mihály a fogalmak kezelhetősége érdekében gyűjtőfogalmat alkot. Értelmezésében „az eutanázia fogalmkörébe esik az orvos minden szándékos cselekménye, mellyel foglalkozása körében a beteg életét, annak kifejezett vagy vélelmezett beleegyezésével kioltja vagy megrövidíti”. Külön kiemeli az „indirekt eutanázia”

⁴ SAIÓ-SÁNDOR (3. lj.) 771–786.

⁵ HALMAI Gábor – TÓTH Gábor Attila (szerk.): „Emberi Jogok” (Budapest: Osiris 2003).

⁶ GYÖNGYÖSI Zoltán: *Az élet és test feletti rendelkezések joga* (Budapest: HVG-ORAC 2002) 111–226.

⁷ GYÖNGYÖSI (6. lj.).

fogalmát is, mely értelmében ide sorolja, „amikor alkalmazott fájdalomterápia mellékhatásaként a páciens halálával kell számolni”, „újabban ebbe a körbe sorolják a terminális szedálás eseteit is”.⁸

Jobbágyi Gábor *Orvosi Jog* című könyvében részletesen foglalkozik az eutanázia problémakörével:

„a fogalomkör többé-kevésbé a következő elemeket fogja át az önkéntes eutanázia körében: orvos-beteg kapcsolatban kerülhet rá sor, az orvos szándékos magatartásával a természetesnél vagy a lehetségesnél előbbre hozza a beteg halálát, a beteg gyógyíthatatlan állapotban van és szenved, s kifejezi akaratát a halálra – így az eutanáziára a beteg érdekében, annak kívánságára kerül sor, önrendelkezési joga alapján. Aktív eutanázia esetén az orvos aktív, szándékos magatartásával megöli a beteget. Passzív eutanázia esetén az orvos szándékosan, saját akaratából elmulaszt egy beavatkozást, mellyel megrövidíti a beteg életét. A passzív eutanáziától határozottan megkülönböztetendő az ellátás visszautasítása, mint betegjog. Itt azonban a természetes folyamatok szabadjárá engedéséről van szó. Az orvos saját magatartásával ekkor sem idézheti elő a halált; az alap-egészségügyi szolgáltatásokat ekkor is nyújtani kell.”

Véleménye szerint a direkt eutanázia fogalma lényegében egybeesik az aktív eutanáziával; ez esetben az orvos egyenes szándékkal megöli a beteget. Az indirekt eutanázia azonban lényegesen különbözik a passzív eutanáziától. Ez esetben az orvos szándéka a beteg fájdalmainak csillapítása, ezt a magatartást a jog általánosan elfogadja, nem is tekinti eutanáziának.⁹

Tarr György véleménye szerint

„az eutanázia a gyógyíthatatlan és nagy fájdalmakban szenvedő betegek halálának tudatos előidézését jelenti. Jogilag nem lehet eutanáziának tekinteni, ha az orvos a végstádiumba jutott beteg szenvedéseit narkotikumok alkalmazásával enyhíti, anélkül, hogy ezzel a halál beállását siettetné. Ha pedig a nagyobb adag fájdalomcsillapításán kívül alkalmas a halál előidézésére is, és a halál valóban bekövetkezik, az orvosnak sem etikailag, sem jogilag nem tehető szemrehányás. A felelősségre vonást kizárja az orvos által vállalt megengedett kockázat, illetve a hivatásbeli kötelezettség elve. Minden más esetben az orvos, vagy bármely más személy által a beteg kérésére és beleegyezésére, vagy anélkül végzett aktív eutanázia a büntetőjog szempontjából jogellenes cselekmény – ugyanúgy, mint a világ legtöbb országában – szándékos emberölésnek számít”.¹⁰

Tekintsük tehát a kérdéskör büntetőjogi megítélését.

⁸ FILÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban* (Budapest: ELTE Eötvös 2009) 44–53.

⁹ JOBBÁGYI Gábor: *Orvosi jog. Hippokratésztől a klónozásig* (Budapest: Szent István Társulat 2008) 145–169.

¹⁰ TARR György: *Élet és egészség, orvos és beteg, jog és erkölcs, az emberi méltóság fogalom szférájában* (Budapest: Püski 2003).

„Büntetőjogi értelemben ez alatt a fogalom alatt kizárólag az orvos és beteg olyan kapcsolata értendő, amikor a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő, elviselhetetlenül nagy fájdalmat átélő embert saját kérésére az orvos a halálba segít. Eutanáziáról tehát csak akkor lehet szó, ha az élet kioltására kifejezetten a beteg akaratából kerül sor, és ha a beavatkozást kizárólag orvos végzi (aktív eutanázia), vagy ha az életet meghosszabbító kezelést orvos mulasztja el (passzív eutanázia).”¹¹

Az Eütv.-re vonatkozóan megállapítja: „a törvény tehát az önkéntes passzív eutanáziát lehetővé teszi, az aktív, illetve a nem önkéntes passzív eutanázia azonban változatlanul bűncselekményt – szándékos emberölést – valósít meg.”¹²

Amint a fentiekben utaltam rá, a szakirodalomban vitatott az eutanáziát végző személy szakmai kötöttsége is. Kérdéses, hogy ki által és milyen cselekménnyel végzett életkioltás minősül eutanáziának.

Élő Gábor meghatározása: „az eutanázia során az egyik ember szenvedő embertársa kérelmére és érdekében, kegyelemből és szándékosan tevással, vagy mulasztással kioltja annak életét.”¹³

Blasszauer Béla az orvos által végrehajtott önkéntes és nem önkéntes aktív és passzív eutanáziát különbözteti meg, de olyan orvosi döntési helyzeteket és eljárásokat is a passzív eutanázia csoportjába sorol, mint például „a terminális állapotban lévő betegknél nem használnak fel minden eszközt”.¹⁴

Sajó András és Sándor Judit szerint „az eutanázia körébe eső magatartásokat, mint orvosi magatartást kell felfogni, tekintettel az orvos sajátos szakmai többletfelelősségére és szakmai irányítottságára”. Ugyanakkor Élő Gábor, Bihari Mihály (22/2003. (IV. 28.) AB határozat, ABH 2003, 293–310.) és Hámori Antal nem szűkítik le az eutanázia alkalmazását az orvos személyére.

Az életvégi helyzetekkel és történésekkel összefüggő döntések egy része a beteg, egy része az orvos kezdeményezéséhez kötött. A Magyar Orvosi Kamara, Sajó András és Sándor Judit, Filó Mihály és Blasszauer Béla szerint csak azt a halált eredményező eljárást nevezhetjük eutanáziának, mely javallatának felállításában, illetve kivitelezésének valamelyik fázisában orvos is közreműködik.

Hámori Antal szerint

„a passzív eutanázia azoknak az életfenntartó, életmentő kezeléseknél a megtagadására vonatkozó jogot jelenti, amelyek beszüntetése esetén a beteg meghal, míg az aktív változat esetén a halál bekövetkezéséhez nem elegendő e kezelések abbahagyása, kifejezetten halált okozó aktív beavatkozásra van szükség”.¹⁵

¹¹ BELOVICS Ervin: *Büntetőjog* (Budapest: HVG-ORAC 2004).

¹² BELOVICS (11. lj.).

¹³ Élő Gábor: *Életvégi döntések az intenzív terápiában – az újrakezelés etikai és jogi vonatkozásai* [PhD-értekezés] (Budapest: Semmelweis Egyetem 2005).

¹⁴ BLASSZAUER Béla: „Az életvégi döntések” in NÁCSA Klára (szerk.): *Az egészséges életért* (Budapest: SubRosa 1999).

¹⁵ HÁMORI Antal: *A haldokló, beteg ember életének és méltóságának tisztelete az Egyház tanításában* (Budapest: JEL 2009) 171–211.

Kovács József könyvében a passzív eutanázia fogalmkörébe sorolja többek között az újraélesztés elhagyását is.¹⁶

Fontosnak tartom néhány gondolat mentén megemlíteni az eutanázia jogi jellemző szabályozását.

A Magyar Orvosi Kamara (MOK) jelenleg hatályos Etikai Kódexének II.2.2. 16-17. pontjában az eutanáziát a következőképpen határozza meg: „az eutanázia az orvosnak foglalkozás körében megvalósított szándékos ténykedése, amely a gyógyíthatatlan szenvedő beteg kérésére a természetes végnél korábbi halálára irányul.” Az aktív eutanázia esetén tevőleges, a passzív eutanázia esetén mulasztással megvalósuló magatartásról van szó. E meghatározás szerint csak az nevezhető eutanáziának, amely a beteg kérésére történik és ha „az eutanáziát végző orvos a halál bekövetkeztének idejét, a természetes végnél korábbra helyezi át”. A MOK által 1995-ben közzétett Etikai állásfoglalásában és a hatályos Etikai Kódexben is a leghatározottabban ellenzi az eutanáziának minden formáját.¹⁷

Az Alkotmánybíróság sem határozta meg az eutanázia fogalmát a 2003. évi 22. határozatában. A fogalmat úgy használta, hogy nem tisztázta a fogalom mögötti történéseket. A határozathoz csatolt különvéleményében (ABH 2003, 293–310.) Bihari Mihály alkotmánybíró az eutanázia fogalmának jogászai meghatározását írta le:

„a tudomány a gyógyíthatatlan, vagy a nagy szenvedéssel járó betegségben szenvedő, és az emberi méltóságot korlátozó, már-már méltatlan emberi élethelyzetbe jutott betegnek a halál választását, illetve a halál előidézését tartja általában eutanáziának. A halál választása jelentheti egyrészt az egyénnek azt az igényét, hogy ne hosszabbítsák meg mesterségesen a szenvedéssel, fájdalommal terhes, számára már méltatlannak tekintett életét, és hagyják meghalni. Az eutanázia fogalmába tartozik az is, amikor a gyógyíthatatlan beteg kívánságára nem várják meg a halál természetes bekövetkeztét, hanem azt megelőzően (mielőtt a halál önmagától is bekövetkezne) – önmaga vagy valaki másnak a közreműködésével – aktív cselekvéssel előidézék a beteg halálát.”

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

Hogyan definiálhatnánk tehát az életvégi döntések egyes eseteit? Nézetem szerint az eutanázia fogalmi elemei közül a legfontosabbak:

1. A cselekvés célja a beteg életének gyorsabb befejezése, mely azt jelenti, hogy a beteg halálának időpontját (így a haldoklás megkezdődését) előrehozzuk.

2. Motivációja kizárólag a gyógyíthatatlan beteg elviselhetetlen fizikai vagy lelki szenvedésének csökkentése lehet. (Az elmúlt években a nagy fájdalommal járó

¹⁶ Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai* (Budapest: Medicina 1999) 395–466.

¹⁷ Lásd www.mok.hu/upload/mok/document/kodex.

daganatos betegségekől a holland gyakorlat eljutott a lelki szenvedések fokozottabb figyelembevételéhez is.)

3. Alanya (kivitelezője) kizárólag az egészségügyi személyzethez tartozhat. Ez természetesen elsősorban orvost jelent, de elképzelhető az ápoló személyzet valamely más tagja által kivitelezett eutanázia is. Amennyiben a fentiekől eltérő személy végzi el a beteg életének megrövidítését, úgy az nézetem szerint kegyelemből ölést valósíthat meg. Ez esetben feltételezésem szerint hiányzik a „szakmai hozzáértés”, hogy elsősorban a beteg szenvedéseit csökkentsük.

4. Passzív alanya elsősorban olyan személy lehet, aki nagy szenvedéssel járó (terminális) állapotban van (testi betegség fennállása önmagában nem kizárólagos feltétel), de haldoklása még nem kezdődött el.

A haldoklás fogalma alatt a tanulmányban kizárólag azt az állapotot értem, amikor a betegnél olyan súlyos szervelegtelenység lép fel, hogy élete csak orvosi kezeléssel tartható fenn, orvosi segítségnyújtás nélkül rövid időn belül magától meghalna. Véleményem szerint a haldoklás megkezdődése után az eutanázia fogalmilag lehetetlen, életmentő vagy életfenntartó kezelés meg nem kezdéséről vagy abbahagyásáról beszélhetünk kizárólag. Nem értek egyet azokkal, akik az életmentő vagy életfenntartó kezeléseket korlátozását az eutanázia kérdéskörébe vonják bele, mert ezzel olyan problémákat mosnak össze, melyek megoldása teljesen eltérő. Jogi és etikai különbséget is kell tenni a halál időpontjának előrehozása, illetve a haldokló betegek gyógyításának esetleges felfüggesztése között. Ez a különbségtétel azért is fontos, mert míg az eutanázia alkalmazása nélkül lehet működtetni egy egészségügyi rendszert, a kezeléskorlátozás nélkül nem. Ebben az esetben egy szükségszerű cselekvés kriminalizációjára kerül sor, melynek inkább jogi szabályozása lenne célszerű.

2. AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK A MAGYARORSZÁGI INTENZÍV TERÁPIÁS OSZTÁLYOKON

Az életvégi döntések hazai gyakorlatának megismerése céljából, Magyarországon először végeztünk országos felmérést, az intenzív osztályon dolgozó orvosok között egy kérdőív segítségével 2007–2008-ban. Annak ellenére, hogy a kutatás néhány évvel korábban készült – így lehetséges, hogy nem pontosan tükrözi a mai állapotokat –, úgy gondolom, hogy a kérdéskör problematikája szempontjából mindenképp hasznos átfogó képet látnunk az orvosok helyzetéről, a döntéseket meghatározó tényezőkről, illetve az életvégi döntést befolyásoló körülményekről. Feltevésünk szerint Magyarországon – csakúgy, mint külföldön – saját gyakorlat alakult ki a kezeléskorlátozásra, amely nálunk is mindennappossá vált.¹⁸ Mindez jelenleg a társadalom, a jogalkotók, az etikusok és a betegek véleményétől függetlenül, teljesen ellenőrizhetetlen formában megy végbe, amelyről a társadalom hallgatólagosan vesz tudomást.

¹⁸ Jean-Louis VINCENT [et al.]: „Cultural Differences in End-of-Life Care” *Critical Care Medicine* 2001/29. 52–55.

Kutatásunk során az orvosokat kérdeztünk meg a munkájuk során szerzett tapasztalataikról egy négyoldalas kérdőív segítségével. A kérdéseket elektronikus formában interneten keresztül küldtük el a Magyar Intenzív Terápiás Társaság regisztrált tagjainak, amit a válaszolók önkéntesen, anonimitásuk megőrzése mellett elektronikus vagy nyomtatott formában küldtek vissza. 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 variancia-analízis segítségével végeztük. A szokásos ötszázalékos szignifikanciahatár mellett figyelembe vettük az 5–10 százalék közötti p -értéket adó eltéréseket is, mint tendenciát. Felmérésünk korlátai közé tartozik, hogy a feldolgozott kérdőívvel a Magyarországon dolgozó intenzív orvosok körülbelül 13%-ának véleményét ismerhettük 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.

A kérdőívet 103-an töltötték ki, a válaszadási arány 13,8% volt. A válaszolók közül 48 nő, 55 férfi volt. A megkérdezettek közül 17-en dolgoztak 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 szakvizsgálója a válaszolók közül 63 orvosnak volt, akik közül 7-en külföldön szereztek szakképesítést. 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*, kezelés meg nem kezdése vagy visszavonása, és a haldoklási folyamat megrövidítése) gyakoriságának felmérése volt.

Az első blokkban a betegek intenzív osztályos felvételét befolyásoló faktorokat vizsgáltuk. Adataink alapján megtudtuk, hogy a hazai gyakorlatban az orvosok csak közepes mértékben veszik figyelembe a beteg vagy hozzátartozója kívánságát (2,9/5) az intenzív osztályra való felvétel során a kezelés visszautasításáról. A betegfelvételt legjobban a szabad ágyak száma korlátozza (2,97/5), a rendelkezésre álló tárgyi feltételek kevésbé (2,03/5), a személyi feltételek pedig alig befolyásolják (1,83/5). Az egyetemi intézményekben dolgozókat kevésbé korlátozza a betegfelvételnél a szabad ágyak száma, mint a kisebb városi kórházban dolgozókat. Tapasztalat 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 következő blokkban ugyanezen tényezők hatását vizsgáltuk a már megkezdett kezelés korlátozására. A magyar gyakorlatban a már folyó kezelés korlátozására vonatkozó döntést leginkább a beteg életkilátásai (3,75/5) és az aktuális fizikai állapota befolyásolja (3,55/5). A szabad ágyak száma (2,39/5), a tárgyi feltételek (1,9/5) és a személyi feltételek (1,44/5) csökkenő mértékben befolyásolják a kezelés visszavonását. A nők szignifikánsan erősebb korlátozó tényezőnek tartják a személyi feltételeket, mint a férfiak ($p = 0,055$).

Amennyiben az azonos kérdéspárokat hasonlítjuk össze, jól látható, hogy a magyar intenzív orvosok a kezelés meg nem kezdését preferálják inkább, hasonlóan külföldi kollégáikhoz.¹⁹ Ez után azt vizsgáltuk, hogy kezeléskorlátozás esetén kinek a véleménye milyen hangsúlyos a döntéshozók közül. Az elemzésből kiderült, hogy hazánkban a kezelőorvos szinte egyedül dönt a beteg életéről, elsősorban a beteg távolabbi életkilátásai (3,75/5), másodsorban pedig az állapota függvényében (3,55/5). Magyarországon a hasztalanság kimondásánál az ápolószemélyzet véleményét nem tartják fontosnak az orvosok (2,37/5), és legkevésbé fontos a hozzátartozók kívánsága adataink szerint (2,14/5). A kezeléskorlátozásban a beteg távolabbi életkilátásai jobban befolyásolják a nőket, mint a férfiakat ($p = 0,061$).

A következő kérdésben arra kerestük a választ, hogy a kezeléskorlátozást hogyan hajtják végre a különböző intenzív osztályokon, egyszerre vagy részlegesen állítanak le szervpótló kezeléseket? 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 keringés-támogató kezelés 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, lélegeztetés, vértisztítás) körülbelül a megkérdezettek 20–25%-ánál egyenlő arányban szerepelt. A válaszolók 13%-a nyilatkozta azt, hogy nem folytat kezeléskorlátozást.

A harmadik témakör fókuszában az életvégi döntések gyakoriságának megismerése állt. Adataink szerint a DNR- (*do not resuscitate*) utasítás (8,52%) az intenzív osztályos betegforgalom viszonylag nagy arányát érinti. Érdekes tendencia, hogy minél magasabb szintű ellátást nyújt egy intézmény, az ott dolgozók annál ritkábbnak ítélik a DNR gyakoriságát. 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 (meg nem kezdés-visszavonás) gyakoriságát a válaszolók 9,08%-ra becsülték. Ez az egyetemi intézményekben szignifikánsan ritkábban fordult elő, mint a regionális centrumokban ($p = 0,01$). A legfiatalabb orvosok (0–5 éve dolgozók) véleménye szerint szignifikánsan több kezeléskorlátozás történik, mint a legtapasztaltabb kollégáik (>16 év) szerint ($p = 0,048$). A férfiak is nagyobbak ítélik a kezeléskorlátozások gyakoriságát, mint a nők ($p = 0,01$). A haldoklási folyamat megrövidítésének átlagos becsült gyakorisága a legkisebb (3,73%), és ennek megoszlása sem egyenletes. Szignifikánsan kevesebb ilyen beavatkozást végeznek az egyetemi klinikákon, mint a városi kórházakban ($p = 0,02$).

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

¹⁹ Jean-Louis VINCENT [et al.]: „Withdrawing May Be Preferable to Withholding” *Critical Care Medicine* 2005/9. 226–229.

az elmúlt egy évben, és átlagosan 5,18 alkalommal merült fel ilyen igény a beteg vagy hozzátartozója részéről. Az alcsoportokat elemezve megállapítható, hogy a férfiak szerint többször történik valamilyen kezeléskorlátozás, mint a nők szerint. Elmondható, hogy a vezető intézetekben általánosságban ritkábban kerül sor életvégi döntések alkalmazására, és kevesebb ilyen kérés érkezik hozzájuk. Végül arra a kérdésre, hogy szükség lenne-e a kezeléskorlátozásról egy szakmai protokoll létrehozására, a válaszolók 93%-a nyilatkozott pozitívan.

Nézetem szerint a 21. század orvosi ellátását egyre inkább a drága, nehezen hozzáférhető ellátások sorolása fogja jellemezni világszerte, mivel egyre több olyan ellátás nyújtható a szenvedőknek, ami nagy költsége miatt kevés ember számára lesz elérhető. Az egészségügyi ellátás megszervezése és finanszírozása az egyik legnagyobb feladat az országok kormányai számára, melyet tetéznek az ellátó személyzet emberi erőforrás hiányai is. Mivel anyagi lehetőségeink messze elmaradnak a legfejlettebb államok lehetőségeitől, mindenkiben felmerülhet az a félelem, hogy nálunk a kezeléskorlátozás az életvégi szenvedés csillapítását és a palliatív terápiát nem kiegészítené, hanem helyettesítené. Kutatásunk alapján ez a feltevés nem igazolódott be, a hazai intenzív osztályon végzett életvégi döntések gyakorisága hasonló a fejlett egészségügyi kultúrával rendelkező európai és észak-amerikai országokéhoz. 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. Az Ethicus-vizsgálat adatai szerint az intenzív osztályon meghaltak 72,6%-a részesült valamilyen kezeléskorlátozásban, ez az összes felvett beteg körülbelül 10%-a.²⁰

Mit lehetne tenni az életvégi döntések meghozatalának megkönnyítéséhez? Egyfelől fontos lenne a lakosság felvilágosítása arról, hogy jogában áll előre rendelkezni az egészségügyi kezeléséről arra az esetre, ha ezt már nem lenne képes megtenni. Ugyancsak fontos lenne annak is kormányzati szintű kommunikációja, hogy a betegek ellátásának komoly korlátai vannak, így a súlyos betegek ellátásakor szükségyszerű a sorolás elvégzése. Természetesen kiemelném, hogy ez nem jelenti azt, hogy bármely orvos valamely betegének egészségét károsítja, de elsősorban azok kaphatnak életmentő ellátást, akik a legjobban profitálnak belőle. Ezekben az esetekben a korlátozó tényező a beteg saját aktuális egészségi állapota, bármely más szempont figyelembevétele etikátlan. A felvilágosítás után fel kellene mérni a betegek véleményét,²¹ támogató jogszabályi és bírósági környezetet kéne létrehozni a beteg-autonómia kiterjesztésére, és az orvosok jogszerű működésének visszaállítására. Fontos lenne megfelelő ajánlások kidolgozása a kezeléskorlátozásra (kemény sorolás), valamint az orvosi kezelés hasztalanságának egyértelmű törvényi megfogalmazása is szükséges, hogy a kezelőorvosnak ne kelljen félnie a dokumentálás során a beteg halála utáni retorzióktól. Az egyes egészségügyi ellátások alkalma-

²⁰ Charles SPRUNG [et al.]: „End-of-Life Practices in European Intensive Care Units: the Ethicus Study” *JAMA* 2003/6. 790–797.

²¹ Simon J. W. Oczkowski [et al.]: „Communication Tools for End-of-Life Decision-Making in the Intensive Care Unit: a Systematic Review and Meta-analysis” *Critical Care* 2016/20. 97.

zásakor történő sorolás nem csak az intenzív kezelés sajátja. Más orvosi területen ezeket a társadalom már hallgatólagosan elfogadja: nem jár az alkoholistáknak májátültetés, a 65 éves életkor felett tüdő-transzplantáció vagy mechanikus szívbillentyű beültetése. Az intenzív kezeléskorlátozás egy dologban tér el a fentebbi példától, és ez a döntés megszületése és a beteg halála között eltelt idő rövidsége.

3. A HALDOKLÁS ÉS AZ ÉLETVÉGI TRIAGE

Az életvégi döntések pontos definiálása és egymástól való elhatárolása szempontjából igen fontos annak az időintervallumnak a meghatározása, melyben ilyen döntések meghozatalára egyáltalán van mód. Az időrendben egymást követő három időpont fontos: a terminális állapot kezdete, a haldoklás megkezdődése, és a halál beállta. Nézetem szerint más-más életvégi döntést hozhatunk a két szakaszban teljesen eltérő jogkövetkezményekkel. A haldoklás megkezdődésének meghatározása intenzív terápiás szakorvosként a munka mindennapi része, jóllehet a jogtudományban a fogalom ismeretlen, így semmilyen joghatás nem kötődik hozzá. A haldoklás messze nem azonos a terminális állapottal, ami egy daganatos betegség esetén hetekig, hónapokig tarthat, nem releváns a definíció szempontjából a fájdalom nagysága, illetve a mozgásképtelenség vagy ágyhoz kötöttség foka sem. A haldoklás bekövetkezésének időpontja egy szerv vagy szervrendszer működésének olyan hiánya, amely a szervezet egyensúlyát megbontja, működését elégtelenné teszi, és minimum néhány perc vagy maximum napok alatt bekövetkezik a beteg halála, amennyiben nem tudjuk a visszajára fordítani a folyamatot.²² Az emberi szervezet, egy bonyolult szabályozott rendszer, így általában azt is lehet mondani, hogy a szervezetben igen ritka valamely szervrendszer izolált elégtelensége, jellemzőbb ilyenkor a sok-szervi elégtelenség (*Multiorgan failure=MOF*) kialakulása. Ennek része lehet a tudati állapotban bekövetkező enyhébb vagy súlyosabb zavar, ami miatt a beteg önrendelkezése a haldoklás fázisában mindenképpen zavart szenved.²³

A haldoklás bekövetkeztének időpontja ily módon pontosan definiálható, aminek orvosi jelentőségén túl igen nagy jogi jelentősége is lehet a jövőben. Az alkotmánybíróság eutanáziahatározatából kiragadva „az élethez való jog csak az élve születés és a haldoklás megkezdése között teljes”. Ebben az időintervallumban mindenki köteles tiszteletben tartani az élethez és emberi méltósághoz való jogot, ami kevés kivételtől eltekintve korlátozhatatlan. Egyetértek azokkal, akik véleménye szerint minden egészségügyi beavatkozáshoz a beteg beleegyezése szükséges, de véleményem szerint igaz a fordítottja is, nevezetesen, hogy a beteg bármilyen kezelést korlátozás nélkül visszautasíthat. Az önrendelkezés folyamatában a beteg véleményének befolyásolása véleményem szerint nem megengedhető, az orvos feladata a szakmailag korrekt és a beteg személyére szabott felvilágosítás megadása, ily módon pedig a döntéshozatal folyamatos elősegítése.

²² PÉNZES István: *Az újrabeültetés tankönyve* (Budapest: Medicina 2000) 465–479.

²³ Thomas PRENDERGAST [et al.]: „A National Survey of End-of-Life Care for Critically Ill Patients” *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1998/158. 1163–1167.

A fentebb megfogalmazott véleményemnek több fontos következménye van. Első, hogy a haldoklás megkezdődése kettéosztja a terminális állapot megkezdődése és a halál beállta közötti időintervallumot, így az eutanázia és az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság tényállása egyaránt csak a haldoklási folyamat megkezdődése előtt valósulhat meg, mivel ezen cselekedetek célja a haldoklás előidézése. Természetesen a terminális állapot idejének lerövidítése csak a beteg önrendelkezésén alapulhat azokban az országokban, ahol a jogrendszer ezt megengedi. A haldoklási folyamat (valamely szerv elégtelensége esetén) megkezdődése után az orvosi kezelés célja a halál előrehozásával teljesen ellentétes, mivel ekkor általában már a szervelégtelenség megszüntetése, így a halál ellen való viaskodás a célunk. Ebben a stádiumban a beteg autonómiáját saját egészségi állapota korlátozza, így véleményét kinyilvánítani már nem tudja.

További folyománya, hogy míg az eutanázia és az orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság esetén az orvosi cselekvés motívuma a beteg szenvedéseinek csökkentése és a könnyөрületesség, az intenzív kezelés korlátozásában a kezelés hasztalansága és a rendelkezésre álló eszközök helyes elosztása (sorolás) jut meghatározó szerephez.

Az életvégi döntések szempontjából azért is fontos a terminális állapot időintervallumának meghatározása, mivel mind az eutanázia, mind az orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság nagy szenvedéssel járó, gyógyíthatatlan betegség meglétéhez köthető. Ha a betegnél ilyen állapot nem áll fenn, akkor életének kérésére történő kioltása a kegyelemből ölés („*mercy killing*”) tényállásaként értékelhető, illetve az orvos segítségnyújtása a beteg suicidiumához a Btk. 162. § által pönalizált öngyilkosságban közreműködés lehet. A terminális állapot definiálásával adós marad az Eütv. is, ami a törvény hatálybalépése után is a kritikák kereszttüzeiben állt. A terminális állapot vége objektíven könnyen definiálható, mint a haldoklási folyamat megkezdődése, a kezdete azonban nem határozható meg pontosan. Azt lehet mondani, hogy a törvény a terminális állapot alatt egy három-hat hónapos időintervallumot ért, és jelenleg ennek pontosabb szakmai meghatározása a tudomány mai állása szerint nem lehetséges.

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

A haldokló, szervelégtelen betegek kezelésének mikéntje orvosi kompetencia, természetesen vannak ennek komoly jogi és etikai relevanciái is.²⁴ Az orvos feladata a beteg állapotához igazodva biztosítani a szakmailag indokolt kezelést minden esetben.

²⁴ Jean-Louis VINCENT: „Forgoing Life Support in Western European Intensive Care Units: the Results of an Ethical Questionnaire” *Critical Care Medicine* 1999/27. 1626–1633.

Az orvos döntési lehetőségeinek szempontjából új fogalom bevezetését szeretném elérni. Az általam megfogalmazott csoportosítás használatával didaktikusan elválaszthatók a kezeléskorlátozás egyes esetei, illetve alkalmazásuk feltételei, de a csoportok közötti határok flexibilisek maradnak, mindenkor a tudomány aktuális állásához és az egészségügyi szolgáltató lehetőségeihez igazíthatók. Ez a fogalom az „*életvégi triage*”, mely alkalmazásával az intenzív osztályon a szervéltelen betegeket három csoportra tudjuk osztani (1. ábra).

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

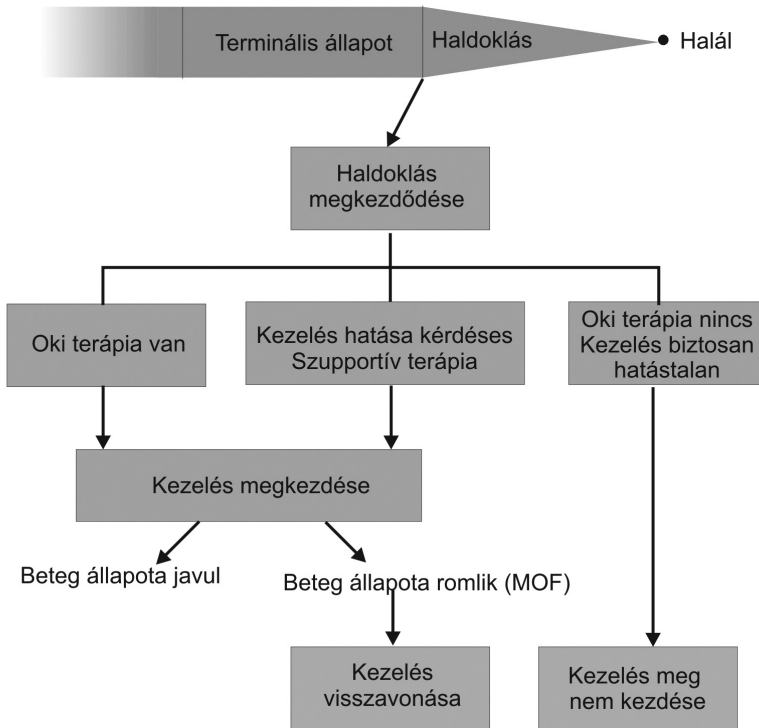
A második csoportot azok a betegek képezik, akiknél a szervfunkció helyreállása biztosan nem várható (a fokozatosan romló terminális állapotban lévő betegek), akiknél a kezelést nem szabad megkezdeni. E betegcsoportban csak a beteg és a hozzátartozók minél nagyobb komfortjára, szenvedéseik csökkentésére törekedhetünk, kezelésük az intenzív osztályok helyett a terminális palliatív medicina vagy hospicekezelés térénuma. Ebbe a csoportba kerül minden ember, akinek természetes halála következik be élete alkonyán.

A szervéltelenségben szenvedő betegek harmadik csoportját azok alkotják, akiknél az orvosi kezeléssel nem biztosan szüntethető meg a szervéltelenség (illetve a haldoklási folyamat), de azt sem lehet mondani, hogy reálisan semmi esély sincs a beteg állapotának rendezésére. Ezeknél a betegnél tehát meg kell kísérelni a gyógyítást a rendelkezésre álló eszközökkel, és folyamatosan meg kell figyelni a páciens kezelésre adott reakcióit. Ha a beteg állapota az alkalmazott kezelés segítségével nem javul, a szervéltelensége nem szüntethető meg, állapota stagnál vagy romlik, akkor ezeknél a betegeknél van helye a kezelés visszavonásának, és a továbbiakban a komfortellátás biztosításának.²⁵

Az életvégi triage-ban hozott döntéseknek szükségszerűen nem egyéni, hanem testületi döntésnek kell lenniük, melyben részt kell venniük a beteg kezelését végző orvosoknak, ápolóknak, gyógytornászoknak is. Mivel a haldoklási folyamatban a beteg tudata már nem hozzáférhető, így a beteg hozzátartozóinak informálása és bevonása a kezeléskorlátozásba nem kerülhető meg. A kezelés meg nem kezdése vagy abbahagyása nem érintheti a fájdalom csillapítását vagy a beteg igényének megfelelő szedálást, biztosítani kell a beteg és a hozzátartozók minél nagyobb komfortját, a betegnél fontos a táplálás és folyadékpótlás folytatása, törekedni kell ebben az állapotban a beteg megpróbáltatásainak csökkentésére. Nézetem szerint a medicina lehetőségeinek a fejlődésével párhuzamosan, valamint az intenzív osztályokon végzett kutatások (halálozást előrejelző pontrendszerek, életminő-

²⁵ Margaret ISAAC [et al.]: „Palliative Care: Issues in the Intensive Care Unit in Adults” *UpToDate.com* 2016. Jun, www.uptodate.com/contents/palliative-care-issues-in-the-intensive-care-unit-in-adults.

1. ábra. Az életvégi triage



ség-vizsgálatok) számának gyarapodásával a nem megmenthető betegek aránya csökkenni fog, a megmenthetőek száma pedig egyre nagyobb lesz a jövőben.

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

A tanulmány összefoglalásaként ki kell emelnem, hogy nézetem szerint az élet-hez és emberi méltósághoz való jog az élve születés és a haldoklás megkezdése között sérthetetlen és korlátozhatatlan. Az *Alaptörvény*ben nevesített testi és lelki egészséghez való jog szoros kapcsolatban áll az élethez való joggal, de korántsem élvez vele azonos mértékű védelmet. A hazai alkotmányos judikatúra az egészséghez való jogot inkább államcélnek tekinti, és nem tulajdonít neki sem az élethez való joghoz hasonló alanyi jogi, sem a környezethez való joghoz hasonló kiemelt intézményvédelmi funkciót, sőt, mint azt az 54/1996. számú határozatában kifejtette (54/1996. (XI. 30.) AB határozat, ABH 1996, 173–203.), hogy az egészséghez való jog – szélsőséges eseteket leszámítva – tartalmilag üres. Az orvosi ellátás körében az Alkotmánybíróság elvontan, általános ismérvekkel csak egészen szélsőséges esetekre korlátozottan határozhatja meg az állami kötelezettség kritikus nagyságát, vagyis azt a szükséges minimumot, amelynek hiánya alkotmányellenességhez vezet. „Ilyennek volna minősíthető például, ha az ország egyes területein az egészségügyi intézményrendszer és az orvosi ellátás teljesen hiányozna.” (ABH 1996, 187.) Az állam egészségvédelmi kötelessége így elsősorban, mint az élethez való jog objektív oldalának része jelenik meg az Alkotmánybíróság értelmezésében. Az Alkotmánybíróság értelmezése szerint csak az jelentené biztosan az egészségügyi ellátáshoz való jog sérülését, ha az ország valamely területén nem lenne semmilyen állampolgári jogon járó egészségügyi ellátás. Az egészségügyi ellátáshoz való jog tehát mindenkor csak az adott időben és adott helyen, az állam által garantált ellátáshoz való hozzáférést biztosítja, és nincs senkinek alanyi joga az állam által garantált ellátást meghaladó kezeléshez sem.

Másfelől a betegek egészségügyi ellátása során mindenkor a beteg autonómiájának maximális figyelembevételével, a tájékozott beleegyezés kikristályosodott elvei mentén kell az ellátást biztosítani. El kell fogadnunk viszont azt a tényt, hogy a betegek önrendelkezését saját egészségi állapotuk korlátozhatja, természetesen ez a korlátozás fogalmilag sem önkényes. Ennek hiányában a döntés csak szigorú szakmai alapokon nyugodhat, és csak a kialakított protokollok alapján korlátozható valamely beteg kezelése. Vizsgálataink alapján kijelenthető, hogy a magyarországi helyzet még jelentősen javítható az elfogadott etikai elvek, a hatályos jogszabályok és nemzetközi egyezmények alkalmazásával is, ugyanakkor sokat tehet mind az egészségügyi kormányzat, mind a szakmai szervezetek a helyzet további javításáért.