

ÉLŐ GÁBOR*

AZ ÚJRAÉLESZTÉS ÚJRAÉRTELMEZÉSE – AUTONÓMIA ÉS BETEGBIZTONSÁG

Az újraélesztés a klinikai halál kezelésének általánosan elfogadott eljárása: a beteg előzetes autonóm döntésének hiányában, a hasztalan beavatkozás eseteit kivéve, azonnal végre kell hajtani. Az újraélesztés minősége egyéni szinten jobb eredményességet és életminőséget, társadalmi szinten pedig több megmentett jó minőségű életet és a javak ésszerűbb felhasználását jelenti. Az újraélesztők motiváltsága, valamint a rendszeres, bioetikai elemeket is tartalmazó képzés és gyakorlat bizonyítottan javítják az újraélesztés minőségi feltételeit. A végül eredménytelennek bizonyuló újraélesztések végzésének kényszere azonban fokozhatja az újraélesztők kiégettségét, lerontva ezzel a későbbi újraélesztések szakmai minőségét is. Az újraélesztés visszautasítása a beteg autonóm döntésén nyugszik, melyet szekularizált államok, így hazánk, jogrendszerei és a vonatkozó szakmai ajánlások egyaránt támogatnak. A magas időfaktor, a beavatkozás elmaradása esetén bizonyosan bekövetkező halál és a klinikai halál állapotában lévő személy cselekvőképtelensége okán azonban a gyakorlatban vélelmezni kell a beleegyezést, ezért elsősorban nem az újraélesztés alkalmazásához, hanem annak visszautasításához szükséges a beteg rendelkezése. A beteg informáltsága, megfelelő fizikális és mentális állapota, valamint az orvosi értékítéletek befolyásától mentes döntési helyzet az autonóm döntés konjunktív feltételei. Az újraélesztést elutasító rendelkezés (Do Not Attempt Resuscitation, a továbbiakban: DNAR) konkrét alkalmazhatóságához további feltétel, hogy az a konkrét esetben azonnal rendelkezésre álljon, és alkalmazható is legyen. A betegek önrendelkezésének figyelembevétele még mindig elenyésző a hazai gyakorlatban. Ennek oka egyrészt a lassan változó meghatározóan paternalista orvosi attitűd, de nem segíti a betegek önrendelkezését a jogbizonytalanságot eredményező szabályozás sem (életmentő kezelés visszautasításának szabályai, speciális DNAR-rendelet lehetőségének hiánya, előzetes rendelkezés szabályai és alkalmazható nyilvántartási szabályok hiánya). A vonatkozó szakmai-, etikai- és jogszabályok rendre helyet biztosítanak az orvosi mérlegelésen alapuló egyoldalú hasztalansági döntésnek. Míg tehát hazánkban az újraélesztési tevékenység szakmai minősége elsősorban a képzési feltételek okán megfelelő, annak jogszerű visszautasítása elenyésző, így mind a mai napig érvényesül a korlátozás meghatározóan hasztalanságon alapuló, a beteg önrendelkezését figyelmen kívül hagyó paternalista gyakorlata, melyhez mulasztásos jogsértéssel a jogalkotó is tevékenyen hozzájárul. Ugyanakkor az európai szakmai testület (European Resuscitation Council, a továbbiakban: ERC) tagállami jogharmonizáció, egységes nevezéktan és újraélesztési gyakorlat irányába mutató törekvései a jövőben némi derülletésre adhatnak okot.

* PhD, egyetemi docens, klinikaigazgató-helyettes, Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, 1085 Budapest, Üllői út 26.
E-mail: elo.gabor@med.semmelweis-univ.hu.

Peter Safar és orvoskollégái az 1950-es évek második felében új orvosi beavatkozást dolgoztak ki, mely lehetőséget biztosított a klinikai halál állapotában lévő személy keringésének visszaállítására, végső soron életének megmentésére, gyökeresen megváltoztatva ezzel az életről és halálról addig fennállt orvosszakmai és társadalmi elképzeléseket.¹ A manuális beavatkozást (mellkasi kompressziók és lélegeztetés) elektromos kezeléssel (defibrilláció) kiegészítve William Kouwenhoven a JAMA (*Journal of the American Medical Association*) hasábjain ismertette a műtét közben beálló szívhalál sikeres újraélesztését azóta is reprodukálhatatlan eredményességgel.² Az agy rövid ideig tartó oxigénhiány-tűrő képessége okán a korai észlelés és a defibrillálással kiegészített korai újraélesztés mind a mai napig az eljárás sikerességének kulcsfontosságú elemei maradtak. Az évtized végére az újraélesztés a klinikai halál kezelésének általánosan elfogadott eljárásává vált, és mind a mai napig kötelező eleme az orvosi ellátásnak: a beteg előzetes autonóm döntésének hiányában, a hasztalan beavatkozás eseteit kivéve, azonnal végre kell hajtani a beavatkozást a klinikai halál beálltakor a vonatkozó európai szakmai ajánlás szerint.³ A korai észlelés és a defibrillálással kiegészített korai újraélesztés biztosítása azonban műtön kívüli környezetben jelentősen nehezebb feladat, így a sikeres újraélesztések aránya drasztikusan csökkent. A primeren sikeres (spontán keringés visszatérése – *Recovery of Spontaneous Circulation* – ROSC), de rövid időn belül elhunyt, illetve maradandó neurológiai károsodásokkal gyógyult betegek az újraélesztések korlátozására is sarkallták az orvosokat, a lázlapokat különféle „kódokkal” látták el, vagy műszakról műszakra szóban adták át egymásnak az információt. A döntéshozatal nyilvánosságot kizáró, paternalista formája mellőzte a beteg tájékozott beleegyezését. Az újraélesztési dokumentáció fejlődésének hatására az *American Medical Association* 1974-ben elsőként javasolta az újraélesztést elutasító rendelkezések formális rögzítését. Ennek eredményeként a DNAR-rendeletek szélesebb nyilvánosságot kaptak, és megkezdődött a beteg, illetve családjának bevonása a döntéshozatalba. 1978-ban a Massachusetts Felsőbb Bíróság megállapította, hogy az orvos hozhat konszenzusos DNAR-döntést, és ezt előzőleg a bíróságnak nem kell jóváhagynia. Tíz évvel később New York Államban megszületett az első DNAR-rendeleteket szabályozó törvény, mely előírta a kompetens beteg, illetve inkompetens beteg hozzátartozójának tájékozott beleegyezését, a rendelkezést meghatározott alacsony hasznosságú klinikai esetekben engedte csak meghozni, és az orvosoknak büntetlenséget biztosított.⁴

Az újraélesztés minőségét alapvetően orvosszakmai szempontok határozzák

¹ Peter SAFAR – Lourdes Aguto ESCARRAGA – James ELAM: „A Comparison of the Mouth to Mouth and Mouth to Airway Methods of Artificial Respiration with Chest Pressure Arm Lift Methods” *New Eng J Med* 1958/14. 6710–6717.

² William B. KOUWENHOVEN – J. R. JUDE – G. G. KNICKERBOCKER: „Closed-chest Cardiac Massage” *JAMA* 1960/173. 1064–1067.

³ Leo L. BOSSAERT [et al.]: „European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 11. The Ethics of Resuscitation and End-of-Life Decisions” *Resuscitation* 2015/95. 302–311.

⁴ Jeffrey P. BURNS [et al.]: „Do-not-Resuscitate Order after 25 Years” *Crit. Care Med* 2003/5. 1543–1550.

meg, melyek egyéni és társadalmi szinten egyaránt fontos következményekkel járnak – elsősorban az eljárás képzésén keresztül. Társadalmi szinten a hasztalan újraélesztés igazságossági kérdéseket is felvet, miután feleslegesen vonhat el erőforrásokat. Fenti okok miatt az újraélesztés minősége mind egyéni, mind pedig társadalmi szinten alapvető hatással van a betegbiztonságra. Az újraélesztés visszautasítását tehát az autonómia, a hozzá való jogosultságot pedig egyéni szinten a hasznosság, társadalmi szinten az igazságosság bioetikai szempontjai határozzák meg, mely szempontokat összefoglalóan a betegbiztonság cím alatt tárgyalunk.

1. AZ ÚJRAÉLESZTÉS VISSZAUTASÍTÁSA

Az emberi jogok között az élethez és az emberi méltósághoz való jog kiemelt szerephez jut. A nemzetközi alapjogi bíráskodásban uralkodó dualista felfogás szerint az élethez való jog az ember biológiai-fizikai létezését biztosítja, gyakran kapcsolódik hozzá a testi épséghez és egészséghez való jog. Ezek a „testi jogok” a legtöbb alkotmányban nem élveznek abszolút védelmet, vagyis korlátozhatóak. A dualista nézőpont szerint ezektől elválik az emberi nem különlegességét kifejező emberi méltóság joga, amely sérthetetlen.⁵ A modern bioetika és a szekularizált államok betegjogi szabályozása általában a kompetens személy önrendelkezésének alapján áll. Az Emberi Jogok Európai Egyezménye szerint az önrendelkezés rendes körülmények között megelőzi az állam általános életvédelmi kötelezettségét.⁶ Hazánkban az Alkotmánybíróság a halálbüntetés alkotmányellenességéről szóló határozatában értelmezte az élethez és emberi méltósághoz való jog tartalmát (23/1990. (X. 31.) AB határozat, ABH 1990, 88.). Az Alkotmány 54. § (1) bekezdése szerint senkit sem lehet életétől és emberi méltóságától önkényesen megfosztani. Ez a norma még nem biztosítja az emberi élet abszolút védelmét, hiszen a törvényes keretek között lezajló élettől való megfosztás a dualista értelmezés szerint nem feltétlenül önkényes. Az AB döntését az Alkotmány 8. § (2) bekezdése alapján hozta meg, mely szerint törvény rendelkezése sem korlátozhatja alapvető jog lényeges tartalmát (*Magyarország Alaptörvénye* [2011. április 25.] Szabadság és Felelősség I. cikk (3) bekezdése szintén hasonlóan fogalmaz). Sólyom László különvéleményében részletesen kifejti, hogy az élethez és emberi méltósághoz való jog egymáshoz szorosan kötődő úgynevezett anyajog, melyből számos további alapjog vezethető le. Ez az alapjog monista felfogása, mely egységesen és oszthatatlanul kezeli az élethez és az emberi méltósághoz való jogot. Ezek alapján az emberi méltóság korlátozhatatlan voltából következik az emberi élet feltétlen védelmének követelménye. Hazánkban így az emberi élet feletti idegen rendelkezés tilos, ugyanakkor a jogos védelem és a sürgősségi helyzet (végszükség) mint büntethetőséget korlátozó vagy kizáró okok felmentést adhatnak a büntetés alól. Mint ahogyan

⁵ Tóth Gábor Attila: „A két jog kapcsolata. Az emberi méltósághoz való jog és az élethez való jog” in HALMAI GÁBOR – Tóth Gábor Attila: *Emberi jogok* (Budapest: Osiris 2003) 307–313.

⁶ J. Kenyon MASON: „Euthanasia” in Graeme LAURIE – Alexander McCall SMITH – J. Kenyon MASON: *Law and Medical Ethics* (London: Butterworths 2002) 61.

a későbbiekben látni fogjuk, ezek az okok az egyébként indokolt újraélesztés elmulasztásánál is rendre szerepet játszhatnak. Ezekhez járult *az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. tv.* (Eütv.) hatálybalépésével a beteg önrendelkezése. A hatályos Eütv. 20. §-ában foglaltak szerint a betegség természetes lefolyását lehetővé téve a beteg joga az életfenntartó vagy életmentő kezelés visszautasítása rövid időn belül, megfelelő orvosi kezelés mellett is halálhoz vezető, súlyos és gyógyíthatatlan betegség esetén. A betegnek megfelelő alaki feltételekkel nyilatkoznia kell a kezelés visszautasítása felől. A diagnózist és a beteg belátási képességét háromtagú orvosi bizottság (kezelőorvos, a beteg gyógykezelésében részt nem vevő szakorvos és pszichiáter szakorvos) ítéli meg. A beteg a visszautasításra irányuló szándékát a vizsgálatot követő harmadik napon két tanú előtt ismételtén kinyilvánítja. Az AB eutanáziával kapcsolatos határozatában a beteg önrendelkezési jogát mint az emberi méltóságból eredő részjogosultságot korlátozhatónak tartotta, ezért az életfenntartó kezelés visszautasításának jogát a gyógyíthatatlanság eseteire engedte szorítani, így hatályában hagyta a rendelkezést (22/2003 (IV.28.) AB határozat, ABH 2003, 235.). Az Eütv. fenti rendelkezése az orvosi bizottság ismételt összehívásának kógens szabálya miatt *de facto* csak gyógyító egészségügyi intézmény falai között alkalmazható. A beteg továbbá a gyógyulás szándékával vagy annak vélelmével kerül az intézménybe, mely tény eleve kizárja a betegség természetes lefolyását. Gondoljunk csak például a magasvérnyomás-betegség vagy a cukorbetegség gyógyszeres kezelésére, mely már befolyásolja a betegségek természetes lefolyását, és akkor még figyelmen kívül hagytuk a kórház falain belül végzett beavatkozásokat, vagy a beteg intenzív osztályos kezelését (például lélegeztetést), melyek eleve a betegség természetes lefolyása ellen hatnak. A jogbizonytalansághoz vezető szabályok a gyakorlatban alkalmazhatatlanná teszik a rendelkezést. Ugyanakkor az Eütv. fenti rendelkezése lényegében a hasztalanság későbbiekben részletesen tárgyalásra kerülő meghatározását írja körül, így azonban az eljárást megkerülve lehetőség adódik a kezelés egyoldalú hasztalansági alapú korlátozására is, mint azt a későbbiekben részletesen láthatjuk majd.

Az újraélesztés visszautasítása az életvégi döntések speciális formája. Bár általánosságban a kompetens beteg joga, hogy visszautasítsa az újraélesztést, a magas időfaktor, a beavatkozás elmaradása esetén bizonyosan bekövetkező halál és a klinikai halál állapotában lévő személy cselekvőképtelensége okán a gyakorlatban vélelmezni kell a beleegyezést, ezért elsősorban nem az újraélesztés alkalmazásához, hanem annak visszautasításához szükséges a beteg rendelkezése.⁷ Az újraélesztés európai szakmai testülete (ERC) vonatkozó szakmai ajánlása szerint ennek megfelelően kétség esetén haladéktalanul meg kell kezdeni az újraélesztést.⁸ Hazánk vonatkozó jogszabályhelye, az Eütv. 23. § (1) bekezdése kétség esetén szintén az életfenntartó, illetve életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezés vélelmét rendeli alkalmazni. Mint a fentiekben részletesen tárgyaltuk,

⁷ David. B. WASEL – Robert D. TRUOG: „The Cardiopulmonary Resuscitation-not-Indicated Order: Futility Revisited” *Ann. Intern. Med.* 1995/4. 304–308.

⁸ Lásd BOSSAERT (3. l.) 302–311.

az önrendelkezést gyógyító intézményben biztosító Eütv. 20. § (3) bekezdésének rendelkezései a betegség természetes lefolyásának jogbizonytalanságot eredményező feltétele okán *de facto* nem alkalmazhatók, így az újraélesztés beteg általi visszautasítását sem teszik lehetővé a gyakorlatban. Életmentő kezelés jogszerű előzetes visszautasítására és/vagy helyettes döntéshozó jelölésére (előzetes rendelkezés) hazánkban az Eütv. 22. §-ában foglaltak szerint közokiratban is lenne lehetőség akkor, ha a rendelkező cselekvőképes személy gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők. Nyilatkozatát figyelembe venni azonban csak az Eütv. 21. § (4) bekezdése szerint összehívott orvosi bizottság döntése után lehet. Az újraélesztés dedikált jogszerű visszautasítására nincs további lehetőség hazánkban. Az egészségügyi miniszter feljogosított akkori szakmai tanácsadó szerve, az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium ajánlást adott ki, és részletes szakmai indoklással törvénymódosítási javaslatot nyújtott be a rendelkezés gyakorlatban alkalmazhatóvá tétele érdekében 2008-ban.⁹ Bár *a jogalkotásról szóló 2010. évi CXXX. tv. 22. § (1) bekezdés d)* pontja (mint a korábbi jogszabályhely) továbbra is a miniszter feladatául jelöli a nem alkalmazható jogi szabályozás felülvizsgálatát, ez jelen esetben mind a mai napig nem történt meg. Részben szintén a rendelkezés megváltoztatása érdekében benyújtott beadványra az AB határozatában az előzetes rendelkezés megtétele során a közjegyző a cselekvőképességet kötelezően vizsgálandó szerepére hivatkozva a pszichiátriai szakvizsgálat tekintetében megváltoztatta a jogszabályhelyet, a többi rendelkezést azonban hatályában hagyta (24/2014. (VII. 22.) AB határozat). Az Eütv. 22. § (4) bekezdés rendelkezésének megfelelően így továbbra is kötelező az Eütv. 20. § (4) bekezdés szerinti orvosi bizottság létrehozása az előzetes rendelkezés érvényességének vizsgálatára a rendelkezés alkalmazása előtt. Az AB indoklását idézve:

„(160) A nyilatkozat tényleges alkalmazására ugyanis csak akkor kerülhet sor, ha a nyilatkozattévő személy a későbbiekben cselekvőképtelenné válik, s önrendelési jogát gyakorolni nem lesz képes (ami lehet, hogy egyáltalán nem is következik be, azaz a nyilatkozat soha nem kerül alkalmazásra). A szabályozás erre az esetre is biztosítja a nyilatkozattévő érdekeinek védelmét, amikor a fentiekén túl az Eütv. 22. § (4) bekezdése értelmében a cselekvőképes személy beavatkozást visszautasító nyilatkozata esetén a háromtagú orvosi bizottság (melynek egyik tagja pszichiáter) nyilatkozik, hogy a 22. § (1) bekezdésben foglalt feltételek fennállnak, továbbá a nyilatkozó személy döntését annak következményei tudatában hozta meg. Ebben az időpontban tehát újból vizsgálatra kerül az a tény, hogy a nyilatkozattévő a fenti nyilatkozatot annak következményei tudatában, azaz cselekvőképesen hozta meg.” (24/2014. (VII. 22.) AB határozat.)

⁹ AIT Szakmai Kollégium: „Az életmentő és életfenntartó kezelésekkal kapcsolatos etikai ajánlás” BOBEK Ilona [et al.]: *Aneszteziológia és Intenzív Terápia* 2006/2. (Supplementum) 46–54; FLÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban* (Budapest: ELTE Eötvös 2009) 207–208.

Az AB tehát éppen azzal az indoklással szüntette meg az előzetes rendelkezés kiadásakor addig kötelező pszichiátriai vizsgálatot, hogy a bizottság ismételt felülvizsgálati eljárásában a beteg pillanatnyi beszámíthatóságát amúgy is megítéli. Miután azonban a fenti bizottság nyilvánvalóan nem hívható össze az újraélesztés sürgősségi helyzetében, az előzetes rendelkezés jogintézménye *de facto* nem alkalmas az újraélesztés visszautasítására. Ezért az Eütv. 23. § (1) bekezdése értelmében az életmentő beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezését vélelmezni kell. Így a jelenlegi törvényi szabályozás által előírt előzetes rendelkezés keretében újraélesztést visszautasító nyilatkozat joghatályosan semmiféle módon nem tehető hazánkban. A nyilatkozatok továbbá kizárólag akkor alkalmazhatók, amennyiben azok azonnal elérhetők és hitelesek. A vonatkozó európai szakmai (ERC) ajánlás a DNAR-nyilatkozatok tekintetében az alábbi konjunktív feltételeket írja elő: jelenlévő, valós és alkalmazható.¹⁰ Hazánkban *az egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályait megállapító 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet* 8. § (1) bekezdése szerint a beteg az előzetes rendelkezését tartalmazó közokiratot átadhatja háziorvosának, aki azt a beteg egészségügyi dokumentációjában megőrzi. Ugyanezen szakasz (2) bekezdése szerint a Nyilatkozatról a beteg tájékoztatja az egészségügyi szolgáltatót, illetve átadja részére a Nyilatkozat egy példányát. A 9. § (1) bekezdése szerint ismételten javasolni kell a beteg számára az életfenntartó beavatkozás elvégzéséhez történő beleegyezést. Hazánk vonatkozó jogszabályai szerint készült előzetes rendelkezés eljárási és nyilvántartási szabályai nem elégítik ki a DNAR-nyilatkozatokhoz rendelt követelményeket (jelenlévő, valós, alkalmazható), így *de facto* és *de jure* sem adódik lehetőség a betegek autonóm döntésének jogszerű meghozatalára az újraélesztés visszautasításával kapcsolatban.

A gyakorlatban a betegek újraélesztést visszautasító rendelkezése jelentős mértékben az orvostól származó információkon alapul. Az orvos tájékoztatási kötelezettségét általában kogens jogszabályi rendelkezés írja elő, és a beteget akkor is megilleti a tájékoztatás joga, ha beleegyezése egyébként nem feltétele a gyógykezelés megkezdésének (hazánkban: Eütv.14. § (3)). Számos klinikai vizsgálat támasztja azonban alá, hogy a tájékoztatás során alapvető jelleggel jelenhetnek meg az orvos és a szakmai társadalom értékítéletét tükröző szempontok is, és ezek jelentősen eltérhetnek a betegek preferenciáitól. Az orvosok továbbá önállóan gyakran helytelenül ítélik meg betegek újraélesztéssel kapcsolatos álláspontját. Ezek hátterében a nem megfelelő orvos-beteg kommunikáció, az orvosok betegektől eltérő értékrendje és a betegek valóságot kevésbé tükröző elvárásai szerepelhetnek.¹¹ A betegek újraélesztéssel kapcsolatos preferenciái másrészt gyakran irreális

¹⁰ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

¹¹ Lásd BURNS (4. lj.) 1543–1550; Melissa FORSYTH [et al.]: „Cardiopulmonary Resuscitation: Who Makes the Decision?” *BMJ* 1994/308. 1677; Soren HOLM – E. O. JØRGENSEN: „Ethical Issues in Cardiopulmonary Resuscitation” *Resuscitation* 2001/2. 135–139; Rosemarie B. HAKIM [et al.]: „Factors Associated with Do-Not-Resuscitate Orders: Patients, Preferences, Prognoses and Physicians’ Judgement (SUPPORT Study)” *Ann. Intern. Med.* 1996/4. 284–293.

információkon alapulhatnak, és elvárásaik jelentősen meghaladhatják az újraélesztés valós eredményességét.¹² Rendkívül fontos ezért az alapos és folyamatos kommunikáció a beteg és orvosa között, hogy a beteg DNAR-nyilatkozata tévedés okán ne váljék érvénytelenné. Az orvosok etikai tárgyú továbbképzése több klinikai vizsgálat szerint is szignifikánsan javítja továbbá a DNAR-rendelkezések validitását, (a beteg preferenciái megfelelőbben tükröződtek a rendelkezésekben) és ezzel összefüggésben az ellátás minőségét.¹³

A DNAR-rendelkezés validitását az is befolyásolhatja, hogy a beteg ítélőképessége betegsége okán korlátozott lehet, hiszen nincsen az autonóm döntés meghozatalához szükséges racionális és érzelmentes helyzetben, döntése pedig befolyásolhatja jövőbeni állapotát.¹⁴ Az autonóm döntés feltételének hiánya különös erővel mutatkozik meg öngyilkosok újraélesztése során. Bár kevesebb egyértelműen kifejtett akaratnyilatkozatot lehet feltételezni, mint az elkövetett öngyilkosság szituációja, mégis éppen a beszűkült tudatállapot és inkompetens döntéshozatal lehetősége okán annak akaratnyilatkozatként történő értelmezése súlyos hiba volna.¹⁵ Az illetékes európai szakmai testület (ERC) vonatkozó szakmai ajánlása ennek megfelelően az öngyilkos újraélesztését írja elő, mert az esetlegesen autonóm döntés feltételeinek vizsgálata nem az újraélesztők sürgősségi feladata.¹⁶ A beteg kompetenciája már gyógyíthatatlan betegsége korai szakaszában is korlátozott lehet, illetve alapvetően attól függ, az orvos mennyire érdeklődik betege újraélesztéssel kapcsolatos preferenciái iránt, és milyen mértékben tájékoztatja őt.¹⁷ Hegedűs Katalin hazai vizsgálatai is megerősítették, hogy a haldokló beteg szinte kirekesztődik saját ellátásból, az életfunkciók fenntartása érdekében kifejtett erőfeszítések pedig sok esetben csak a beteg további szenvedését eredményezik.¹⁸ A DNAR alakilag konkrét akcióterv, beteggel történő megtárgyalása és végrehajtása sokkal egyszerűbb folyamat, mint a komplex életvégi preferenciák tisztázása. A DNAR-rendelkezés alapul szolgálhat az életvégi döntések során a további kezelések visszautasításához is, azonban azokat soha nem helyettesítheti.¹⁹ Különösen fontos a fentiek hangsúlyozása annak tükrében, hogy a jogállamok, így hazánk, polgári jogból származtatott

¹² Susan J. DIEM [et al.]: „Cardiopulmonary Resuscitation on Television: Miracles and Misinformation” *N. Engl. J. Med.* 1996/24. 1578–1582; John BRO-JEPPESEN [et al.]: „Resuscitation of Patients Suffering from Sudden Cardiac Arrests in Nursing Homes is not Futile” *Resuscitation* 2014/3. 369–375.

¹³ Lásd HAKIM (11. lj.) 284–293.

¹⁴ Mark HILBERMAN [et al.]: „Marginally Effective Medical Care: Ethical Analysis of Issues in Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)” *J Med Ethics* 1997/23. 361–367.

¹⁵ Richard D. SONTHEIMER: „Suicide by Advance Directive?” *J Med Ethics* 2008/9.

¹⁶ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

¹⁷ Lásd HOLM–JØRGENSEN (11. lj.) 135–139; Ana P. COSTA-PEREIRA [et al.]: „Attitudes Towards Do-Not-Resuscitate Decisions: Differences Among Health Professionals in a Portuguese Hospital” *Intensive Care Med* 2001/3. 555–558.

¹⁸ HEGEDŰS Katalin: „Szemléletváltás a haldoklókkal és a halállal való kapcsolatban” in BUDA Béla – KOPF Mária: *Magatartástudományok* (Budapest: Medicina 2001) 691–698.

¹⁹ Lásd HAKIM (11. lj.) 284–293; Elizabeth CAPEZUTI [et al.]: „Advance Care Planning and End-of-Life Care for Hospitalized Nursing Home Residents” *J. Am. Geriatr. Soc.* 2002/5. 829–835.

betegjogi szabályozása vélelmezi a cselekvőképes beteg kompetenciáját, ez mutatkozik meg például a fent idézett 24/2014. (VII. 22.) AB határozat előzetes pszichiátriai vizsgálatot megszüntető rendelkezésének indoklásában is.

Az újraélesztés visszautasítása tehát a beteg autonóm döntésén nyugszik, melyet szekularizált államok jogrendszere és a vonatkozó szakmai ajánlások egyaránt támogatnak. A beteg informáltsága, megfelelő fizikális és mentális állapota, valamint az orvosi értékítéletek befolyásától mentes döntési helyzet az autonóm döntés konjunktív feltételei. A DNAR-rendelet konkrét alkalmazhatóságához további feltétel, hogy az a konkrét esetben azonnal rendelkezésre álljon, és alkalmazható is legyen. A rendelkezés nem helyettesítheti a komplex életvégi döntések autonóm meghozatalát, azonban megkönnyítheti azokat. Hazánkban sajnálatosan mind az orvosi befolyástól mentes döntéshozatal, mind pedig a rendelkezés meghozatalának anyagi- és eljárásjogi nehézségei ellehetetlenítik a betegek autonóm döntésének megjelenését az újraélesztés során.

2. BETEGBIZTONSÁG

Mint a bevezetőben láthattuk, az újraélesztéssel kapcsolatos betegbiztonsági kérdések a hasznosság és az igazságosság bioetikai alapelveinek keretében mind egyéni, mind pedig társadalmi szinten értelmezhetők. Az újraélesztési tevékenység fiziológiai értelemben a klinikai halál állapotában lévő egyén számára sohasem ártalmas, hiszen azzal már nem lehet nagyobb kárt okozni, mint ami eleve is fennáll, ezért a „*nil nocere*”-elv direkt alkalmazásának nincs helye az újraélesztés megkezdésekor. Az elv azonban értelmezendő a beteg autonómiájának és a beavatkozás minőségének kontextusában is. A beavatkozás definíció szerint ártalmas, amennyiben nyilvánvalóan sérti az egyén önrendelkezését, ezt a korábbiakban már részletesen tárgyaltuk. A beavatkozás szakmai minősége alapvetően az újraélesztést nyújtók képzettségén, gyakorlatán és motiváltságán múlik. Ezért is fontos az újraélesztők rendszeres, etikai elemeket is tartalmazó elméleti és gyakorlati képzése. Az egyéni sikerességén túl, különösen a kórházon kívüli újraélesztéseket tekintve meghatározó tényező a lehetséges újraélesztők mind szélesebb körű rendszeres képzése, mely a klinikai vizsgálatok megállapítása szerint akár négyszeresére is növelheti a területen megkezdett újraélesztések eredményességét.²⁰ A képzett és gyakorlott újraélesztő személyek motivációja az újraélesztés hatékonysága szempontjából különös jelentőséggel bír. Több klinikai vizsgálat mutatta ki, hogy a bukásra ítélt újraélesztési erőfeszítések rendszeres tapasztalata frusztrációhoz, motivációhiányhoz, stresszhez és kiégéshez vezet. A következmények pedig nemcsak az egészségügyi személyzetet magát, hanem az általuk nyújtott ellátás minőségét is negatívan befolyásolják.²¹ Jelenleg folyó, majd harminc országot átfogó nemzetközi kutató-

²⁰ Mary A. M. ROGERS [et al.]: „Predictors of Survival from Out-of-Hospital Cardiac Arrest: a Systematic Review and Meta-analysis” *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2010/1. 63–81.

²¹ John J. PARIS – M. Patrick MOORE: „The Resuscitation of »Slow Codes«: Fraud, Lies and Deception” *Am. J. Bioeth* 2011/11. 13–14; Alexander A. KON: „Informed non-dissent: a Better Option Than

sunk (*REAppropriate*-tanulmány) is éppen ezt a szempontot vizsgálja. Az orvosi szakma integritását is rombolja, ha a „*good clinical practice*” hasztalan kezelést illető elvei háttérbe szorulnak. A *Wanglie*-ügy kapcsán a bíróság precedenst teremtett az USA-ban: egyrészt a cselekvőképtelen beteg legjobb érdekét hozzátartozói jogosultak képviselni, másrészt azonban az orvosok nem kötelezhetők a hasztalannak ítélt kezelés folytatására, hiszen ez az orvosi szakma morális megsértését jelentené. Kötelesek viszont a beteggel, illetve törvényes képviselőjével történő ismételt és teljes körű konzultációra. Lehetőséget kell továbbá biztosítaniuk arra, hogy a hozzátartozó olyan osztályra szállíttathassa a beteget, ahol kezelését még nem ítélik hasztalannak. A precedenst az USA több tagállama törvénnyel is megerősítette.²² A hasztalan kezelés alkalmazása sérti az igazságosság társadalmi szempontjait is, mivel a javak eltékozlását jelenti. Murphy és Finucane operacionalizáló elmélete szerint hasztalan a kezelés, ha kicsi az esély a sikerre, ezért a társadalom (szakemberek és laikusok) szerint a beavatkozás nem éri meg a költségeit.²³ Az újraélesztés utáni kezelés tételes költsége kezelt esetenként meghaladta a 2,2 millió forintot hazánkban 2013-ban.²⁴ Másrészt tudnivaló, hogy az újraélesztés utáni állapot kezelése intenzív osztályokon történik, melyek költségszerkezetét fix kiadások dominálják, így a megtakarított költségek csak kisebb részben jelentkeznek valódi megtakarításként.²⁵ A megtakarított anyagi eszközök azonban nem növelik érdemben a betegellátás színvonalát, amennyiben pedig a hasztalanság fenti definíciója szerint történik a DNAR-rendelkezés kiadása, az nagy valószínűséggel találkozik a beteg autonóm igényével is.²⁶ A helyzetet allokációs problémaként felfogva azt kell vizsgálni, hogy más magasabb életesélyre számító beteg kezelését akadályozza-e meg az újraélesztett páciens intenzív kezelése. Erre a kérdésre pedig még kevésbé adható egyértelmű válasz. Igazságossági kérdés továbbá a megkezdett újraélesztés szervtranszplantáció céljából történő folytatása az agyhalál beállta után. Klinikai vizsgálatok szerint ugyanis a nyerhető szervek nem rosszabb minőségűek, mint a megtartott keringéssel rendelkező donorok szervei. Bár ezt még az ERC-ajánlás is csak megfontolandó szempontként említi, valószínű, hogy ebben a speciális esetben az igazságosság szempontjai szerepet fognak kapni a későbbi ajánlások kidolgozásakor.²⁷ Igazságossági kérdés végül a tömeges katasztrófák során fellépő klini-

Slow Codes When Families Cannot Bear to Say »Let Her Die«” *Am. J. Bioeth* 2011/11. 22–23; Ruth D. PIERS [et al.]: „Perceptions of Appropriateness of Care Among European and Israeli Intensive Care unit Nurses and Physicians” *JAMA* 2011/24. 2694–2703.

²² Marcia ANGELL: „The Case of Helga Wanglie. A New Kind of »Right to Die« Case” *New Engl. J. Med.* 1991/7. 511–512; Clarence H. BRADDOCK [et al.]: „Do-Not-Resuscitate Orders and Medical Futility” *Arch. Intern. Med.* 2003/22. 2689–2694.

²³ David J. MURPHY – Thomas E. FINUCANE: „New Do-Not-Resuscitate Policies. A First Step in Cost Control” *Arch. Intern. Med.* 1993/14. 1541–1648.

²⁴ Endre ZIMA: „Post Resuscitation Care: Preliminary Results of the First Hungarian Survey” Annual Scientific Session of Hungarian Society of Cardiology 2012.

²⁵ M. E. WILCOX – Gordon D. RUBENFELD: „Is Critical Care Ready for an Economic Surrogate Endpoint?” *Critical Care* 2015/19. 248.

²⁶ Ezekiel J. EMANUEL – Linda L. EMANUEL: „The Economics of Dying. The Illusion of Cost Savings at the End of Life” *N. Engl. J. Med.* 1994/8. 540–544.

²⁷ Lásd BOSSAERT (3. l.) 302–311.

kai halál állapota. Itt a kemény sorolás sürgősségi elvei (triázs) alapján kell döntést hozni, mely adott esetben az egyébként indokolt újraélesztés elmaradásához is vezethet. A jogi értelemben szükséghelyzetnek megfelelő állapotban mind a vonatkozó európai ERC szakmai ajánlás, mind pedig az Eütv. 131. § (1) bekezdés *a*) pontja felmentést ad az orvos számára.

Az Orvosok Világszövetsége (*World Medical Association – WMA*) meghatározásában az orvosi kezelés akkor haszttalan, ha nincs valós remény a gyógyulásra vagy a felépülésre (kvantitatív haszttalanság), vagy a beteg folyamatosan képtelen bármiféle javulás megtapasztalására (kvalitatív haszttalanság). Ennek megfelelően az újraélesztést akkor tekinthetjük haszttalannak, ha a jó minőségű túlélés esélye minimális.²⁸ A biológiai halál nyilvánvaló jelei (hullajelenségek) és az étellel összeegyeztethetetlen sérülések (masszív koponya és agy destrukció, lefejezés) esetén az életre már nincs esély, így az újraélesztés haszttalan. A kérdéskör további tárgyalása során külön kell választani az egészségügyi intézményben (kórház, ápolási otthon stb.), illetve azokon kívül végzett újraélesztést. Előbbiek esetében ugyanis a képzett újraélesztő által időben megkezdett emelt szintű eszközös újraélesztés (*Advanced Life Support*, a továbbiakban: ALS) eredményessége jelentősen meghaladja a kórházon kívül végzett újraélesztések eredményességét, az alapbetegségek ismertek, így az újraélesztések prognózisa is pontosabban előre jelezhető.²⁹ Az *American Heart Association* (AHA) által kidolgozott prognosztikai pontrendszerek alapján például minimális életesélyekkel rendelkeznek újraélesztés során az előrehaladott korú, szervelegteleniséggel vagy rosszindulatú daganatos betegséggel rendelkező vagy szepikus betegek.³⁰ Hasonlóan magas szintű haszttalanságot állapítottak meg idős, súlyos hasi vagy mellkassérülést szenvedett, illetve stroke-os betegek újraélesztése kapcsán.³¹ Reverzibilis ok hiányában nincsen remény a túlélésre kórházi ALS-nél akkor sem, ha annak során húsz percen keresztül nem detektálható spontán elektromos tevékenység (*aszisztólia*). A kórházon kívüli újraélesztések esetében azonban egészen más stratégia követendő. Miután a sürgősségi helyzetben a beteg pontos kórelőzménye, illetve egyéb körülményei általában nem ismertek, az újraélesztést pedig gyakran nem orvos végzi, a haszttalansági kritériumok alkalmazása során sokkal óvatosabban kell eljárni, és az újraélesztést a biológiai halál és az étellel összeegyeztethetetlen kórállapotok nyilvánvaló eseteit leszámítva haszttalansági alapon korlátozni nem ajánlott.³²

²⁸ Lásd WASEL–TRUOG (7. lj.) 304–308.

²⁹ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

³⁰ Mark H. EBELL – Carlos A. M. AFONSO – Romergryko G. GEOCADIN: „American Heart Association’s Get with the Guidelines-Resuscitation I. Prediction of Survival to Discharge Following Cardiopulmonary Resuscitation Using Classification and Regression Trees” *Crit. CareMed.* 2013/12. 2688–2697.

³¹ H. R. CHAMPION – P. S. GAINER – E. YACKEE: „A Progress Report on the Trauma Score in Predicting a Fatal Outcome” *Journal of Trauma* 1986/10. 927–931; Andrei V. ALEXANDROV [et al.]: „Agreement on Disease-Specific Criteria for Do-Not-Resuscitate Orders in Acute Stroke” *Stroke* 1996/27. 232–237.

³² Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

Az újraélesztés haszталanságának kvalitatív elemzésekor a nyerhető életminőséget is tekintetbe vesszük. A beteg életminőségének megítélése alapján, kizárólag az orvos által hozott DNAR-rendelkezés azonban paternalizmus, mely sértheti a beteg autonómiáját. Ezt különösen annak a korábban már ismertetett megállapításnak a tükrében fontos hangsúlyozni, hogy az orvos preferenciái gyakran távol esnek a betegéitől. A témában végzett egyik legjelentősebb vizsgálat az öt év alatt összesen 6 802 beteget bevonó SUPPORT-tanulmány volt. Bár a rendelkezések legerősebben a betegek preferenciáihoz voltak köthetőek, jelentős variabilitásuk mégis arra utalt, hogy azokat elsősorban orvosi, illetve intézményi jellemzők határozták meg.³³ Számos további vizsgálat is alátámasztotta, hogy a rendelkezések jelentős variabilitást mutatnak a kórház helye, az orvos világnézete és klinikai specialitása, illetve a beteg életkora, szociális körülményei és faji hovatartozása szerint. Az újraélesztési döntésre közvetlen hatással lévő (daganatos, vagy más végstádiumú betegség), valamint az azzal közvetlen kapcsolatban nem álló betegségek (AIDS, alkoholizmus, elmebetegség) is jelentősen befolyásolták a DNAR-rendelkezéseket.³⁴ A Baskett és Lim által 32 európai országban végzett átfogó tanulmány szintén az újraélesztés etikai szabályainak széles körű variabilitását mutatta ki.³⁵ Az egyetemi oktatás keretein belül graduális és posztgraduális szinten, továbbá a laikus alapszintű újraélesztés mind szélesebb körű minőségi elméleti és gyakorlati oktatásával már sikeresen és folyamatosan végezzük a bioetikai szempontokat is szem előtt tartó hazai újraélesztések minőségének biztosítását és fejlesztését. Az újraélesztés betegbiztonság központú megközelítése megköveteli a tevékenység megfelelő dokumentálását és ennek alapján a rendszeresen végzett auditokat is.³⁶ Hazánkban ezt a feladatot egyedül az Országos Mentőszolgálat végzi szisztematikusan az Utstein standardizált adatgyűjtés módszertana alapján.³⁷ Mindezek miatt az illetékes európai szakmai testület (ERC) vonatkozó ajánlásában felhívja a figyelmet a tagállami gyakorlatok, nevezéktan és jogszabályok harmonizációjának szükségességére, egyben egyik legfontosabb missziójának tekinti azt az elkövetkező ajánlások kidolgozása során.³⁸

³³ Lásd HAKIM (11. lj.) 284–293.

³⁴ Lásd HOLM–JØRGENSEN (11. lj.) 135–139; Lásd HAKIM (11. lj.) 284–293; Steven LUTTRELL: „Decisions Relating to Cardiopulmonary Resuscitation: Commentary 2: Some Concerns” *J. Med. Ethics* 2001/5. 319–320; W. A. KNAUS [et al.]: „The Use and Implication of Do Not Resuscitate Orders in the Intensive Care Units” *JAMA* 1986/3. 351–356; A. MAKSOUĐ – D. W. JAHNIGEN – C. I. SKIBINSKI: „Do Not Resuscitate Orders and the Cost of Death” *Arch. Intern. Med.* 1993/10. 1249–1253; GÖBL Gábor – GÁSPÁR Tamás: „Headquarters of NAS, National Ambulance Service: Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Hungary: the Utstein Database”, személyes közlés.

³⁵ P. J. BASKETT – A. LIM: „The Varying Ethical Attitudes Towards Resuscitation in Europe” *Resuscitation* 2004/3. 267–273.

³⁶ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

³⁷ Lásd GÖBL–GÁSPÁR (34. lj.).

³⁸ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

3. SZABÁLYOZÁS

A fontosabb nemzetközi orvostársaságok elismerik a beteg jogát az újraélesztés visszautasítására. Hasztalansági kritérium alapján akkor vezethető be DNAR, ha az informált orvos az újraélesztést hasztalannak ítéli. A kvantitatív hasztalanságot általában a korai túlélés minimális valószínűségével is meghatározzák. Kvalitatív hasztalanság esetén felhívják a figyelmet a betegpreferenciák kutatásának fontosságára. A rejtett értékítéletek lehetősége miatt mindkét esetben ajánlatos a beteggel vagy hozzátartozójával történő konzultáció.³⁹ Az állásfoglalások nagyon óvatosan kezelik a hasztalanság kérdését, és a DNAR-döntést szinte kizárólag a jogosult (beteg) jogkörébe utalják, ahol az orvos inkább tanácsadó szerepet játszik. Az illetékes európai szakmai testület (ERC) 2015-ben kiadott irányelvei szerint az újraélesztés megkezdésétől az alábbi esetekben lehet eltekinteni: (1) az újraélesztő személye nincs biztonságban (jogos védelmi helyzet), (2) a biológiai halál bizonyos jelei vagy étellel összeegyeztethetetlen sérülés tapasztalható (hullamerevség, hullafoltok, étellel összeegyeztethetetlen sérülés, például lefejezés – kvantitatív hasztalanság), (3) a beteg valós és releváns DNAR-rendelkezése elérhető, (4) más erős bizonyíték támasztja alá a beteg kívánását vagy a beavatkozás hasztalanságát – utóbbi szempont teret enged az orvos egyoldalú, részben kvalitatív hasztalanságon alapuló DNAR-döntésének –, illetőleg (5) az emelt szintű újraélesztés (ALS) abba hagyható, ha nincs elektromos tevékenység (*aszisztólia*) a folyamatos újraélesztés huszadik percében sem (kvantitatív hasztalanság).⁴⁰

A szakmai ajánlások közös hiányossága a legitimitás korlátozott volta, azt ugyanis nem az alapvető jog szabályozására jogosított testület adja ki. Többek között ez az oka annak, hogy az ERC-ajánlás is sürgeti a tagállami jogi szabályozások harmonizációját.⁴¹ A hazai életvégi stratégiákat, illetve DNAR-rendelkezéseket érintő szakmai ajánlás a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően a beteg önrendelkezésének elsődlegességét emeli ki, és lényegében annak érvényesülését igyekszik biztosítani, de szükségszerűen teret enged a hasztalansági alapú döntésnek is.⁴² A hatályos magyar jogszabály az újraélesztésről külön nem rendelkezik, de formailag lehetőséget biztosít annak beteg általi visszautasítására gyógyíthatatlan betegség esetén, vagy előzetes rendelkezésként közokirati formában (Eütv. 20. §, 22. §). A rendelkezés a gyakorlatban nem alkalmas a beteg önrendelkezésének biztosítására, a megváltoztatása irányába tett eddigi lépéseket pedig sajnálatosan mindezidáig nem koronázta siker, ahogyan ezt korábban részletesen tárgyaltuk. Az Eütv. 131. § (3) bekezdés *b*) pontja, továbbá a beteg által kért, de szakmailag indokolatlan (hasztalan) kezelés esetén betegvizsgálat után megengedi annak orvos általi

³⁹ Robert D. CHAMBERLAIN [et al.]: „Recommended Guidelines for Reviewing, Reporting and Conducting Research on In-Hospital Resuscitation: the In-Hospital ‘Utstein Style’. A Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, the Australian Resuscitation Council, and the Resuscitation Councils of Southern Africa” *Resuscitation* 1997/2. 151–183.

⁴⁰ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴¹ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴² Lásd AIT Szakmai Kollégium (9. lj.) 46–54.

elutasítását, lényegében teret engedve a hasztalansági érvek egyoldalú alkalmazásának. Az Etikai Kódex nem rendelkezik az újraélesztéssel kapcsolatban, az eutanázia kapcsán pedig a beteg Eütv. által biztosított kezelés-visszautasítási jogára utal vissza, ahogyan sürgős szükség esetén is lényegében a törvény rendelkezéseit ismétli meg (Etikai Kódex II.2.(16), II.2.1.(2)).

Bár a vonatkozó európai szakmai ajánlás hangsúlyozza az önrendelkezés elsődlegességét, és a hasztalansági érveket tételesen felsorolva igyekszik mérsékelni az értékítéleteket rejtő hasztalansági alapú döntéshozatalt, utalásszerűen mégis megengedi az orvos egyoldalú hasztalansági alapú további mérlegelését.⁴³ Hazánk vonatkozó jogszabályhelye és orvosetikai szabályai sem zárják ki az orvos hasztalansági alapú egyoldalú mérlegelését, így az amúgy is paternalista orvosi gyakorlatban jelenleg ez marad az egyetlen érv a DNAR-rendelkezések kiadására. Ugyanakkor az ERC tagállami jogharmonizáció, egységes nevezéktan és újraélesztési gyakorlat irányába mutató törekvései a jövőben némi derűlátásra adhatnak okot.⁴⁴

4. ÖSSZEFOGLALÁS

Az újraélesztés minősége egyéni szinten jobb eredményességet és életminőséget, társadalmi szinten pedig több megmentett jó minőségű életet és a javak ésszerűbb felhasználását jelenti. Ennek alappillérei a fentiekben vázoltak szerint az újraélesztők motiváltságán túl a rendszeres és bioetikai elemeket is tartalmazó képzés és gyakorlat. Míg a hazai rendszeres, jó minőségű és mind szélesebb körű szakmai képzések bizonyítottan javítják az újraélesztés minőségi feltételeit és így a megbiztonságot, a végül eredménytelennek bizonyuló újraélesztések végzésének folyamatos kényszere fokozhatja az újraélesztők kiégettségét, lerontva ezzel a későbbi újraélesztések szakmai minőségét is. Mindemellett a betegek önrendelkezésének figyelembevétele még mindig elenyésző a hazai gyakorlatban. Ennek oka egyrészt a lassan változó, meghatározóan paternalista orvosi attitűd, de nem segíti a betegek önrendelkezését az újraélesztők és a beteg részére egyaránt jogbizonytalansághoz vezető szabályozás sem (életmentő kezelés visszautasításának szabályai, speciális DNAR-rendelés lehetőségének hiánya, előzetes rendelkezés szabályai és alkalmazható nyilvántartási szabályok hiánya). Az újraélesztés jogszerű visszautasítása tehát formális jogintézmény maradt hazánkban, gyakorlati alkalmazását a hatályos anyagi és eljárási szabályok nem teszik lehetővé. Csekély optimizmusra adhatnak csak okot az ERC tagállami jogharmonizációra irányuló törekvései,⁴⁵ hiszen a jogalkotó érdemben nem foglalkozott a jogosított szakmai tanácsadó testület jogszabály-módosítási javaslatával,⁴⁶ és lényegében az Alkotmánybíróságon is elbukott a hatályos rendelkezések megváltoztatását és kiegészítését célzó bead-

⁴³ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴⁴ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴⁵ Lásd BOSSAERT (3. lj.) 302–311.

⁴⁶ Lásd AIT Szakmai Kollégium (9. lj.) 46–54.

vány. Mindezek mellett a vonatkozó szakmai, etikai és jogszabályok rendre helyet biztosítanak az orvosi mérlegelésen alapuló egyoldalú hasztalansági döntésnek. Míg tehát hazánkban az újraélesztési tevékenység szakmai minősége elsősorban a képzési feltételek okán megfelelő, annak jogszerű visszautasítása elenyésző, így mind a mai napig érvényesül a korlátozás meghatározóan hasztalanságon alapuló, a beteg önrendelkezését figyelmen kívül hagyó paternalista gyakorlata, melyhez mulasztásos jogsértéssel a jogalkotó is tevékenyen hozzájárul.