

Interjú - II

Mennyire ismertek az 1997.évi CLIV törvény betegjogi vonatkozásai. Melyik eleme valósult meg leginkább a gyakorlatban?

Sajnos azt kell, mondanom, általánosságban a törvény betegjogi vonatkozásai, kevésbé ismertek vagy kevésbé jelentek meg a szakmai közbeszédben. Leginkább azok a szabályok váltak ismertté, amelyek teljesülésével gondok lévén, az állampolgári jogok biztosai foglalkoztak a nyilvánosság bevonásával (ld. például a kapcsolattartási jog érvényesülése a gyermekeket ellátó fekvőbeteg intézetekben).

Részleteiben tekintve a kérdést, kiemelve egyet a jogok közül, ami a beteg tájékoztatással és beleegyezéssel összefüggő szabályozást illeti, meghonosodni látszik, bár a gyakorlatban elkövetett hibák problémát és feszültséget generálnak, ami nehezíti a mindennapi betegellátást.

Úgy tűnik sem a betegek, de az orvosok „sincsenek képben”! Hogy mire gondolok?

Először, szakmai és egyéb tartalmában rendkívül heterogén összetételű írott tájékoztatókat alkalmaznak az országban. A tájékoztató segédanyagként szolgál és arra találták ki, hogy a beteg az orvostól tudjon kérdezni a betegségével és a tervezett beavatkozással kapcsolatban. A lakosság 20-25 százaléka köztudottan funkcionális analfabéta, hiába nyomják a beteg kezébe jó szándékkal a tájékoztatót, nem mindig érti meg a leírtakat, és nem tudja, milyen kérdéseket tehetne fel. Ugyanakkor a tájékoztatáson valójában a törvény kommunikációt ért, beszélgetést, amelyben a paciens visszakérdezhet. A szóbeli tájékoztatást tehát sem a törvény, sem az előbb említettek miatt nem lehet kutyafuttában elintézni, az, ugyanúgy a beteg ellátásához tartozik, mint az injekció beadása. Az más kérdés, ha tudna is kérdezni a beteg, nem mer, mert tapasztalatai alapján fél attól, hogy ha sokat okvetetlenkedik, unszimpatikus lesz az orvosnak, lejjebb csúszik a várólistán, vagy nem fogja megkapni a szükséges szolgáltatást. Másodszor, sok helyen papírtömeget kap a beteg, nincs külön választva a tájékoztató rész, a beteg beleegyező nyilatkozatától.

Ennek, a valójában formai követelménynek sem megfelelő „akármilyen” aláírásáról végül azt gondolják az orvosok és az intézetet képviselő jogi szakértők, hogy a tájékoztatás törvényi kötelezettsége a fentiekkel „le van tudva”, ki lehet pipálni a feladatot. Sajnos a gyakorlat azt mutatja, hogy a hivatalos fórumok legtöbbször is így kezeli ezeket az irományokat. Talán nem annyira rossz a kép, mint 1997 előtt, amikor a hivatalos kórlap még ki sem volt töltve, amikor a beteggel jobb esetben az ellátó osztályon, rosszabb



esetben a felvételi irodán aláírták, hogy gyakorlatilag mindenbe beleegyeznek. Most annyiban változik a dolog, hogy sokkal több papír van, némelyike 5-6 oldalas, és a nővérnek annyi ideje van egy-egy betegre, hogy megmutassa a helyet, hol kell a paciensnek aláírni és van a betegnek kitöltött kórlapja.

Amikor a kezeléssel, ellátással kapcsolatban probléma merül fel és etikai bizottság vagy bármilyen egyéb fórum vizsgálja a bepanaszolt ellátás körülményeit, az aláírást az orvos-beteg kommunikáció bizonyítékeként, a tájékoztatás megtörténteként fogják fel. Pedig lehet, és több ilyen konkrét esetet ismerek, hogy az orvos és a beteg pl. a műtét vagy beavatkozás előtt egyetlen mondatot sem váltott a szándékolt beavatkozásról, például ha a reggeli viziten „osztják ki” a beteget az operáló orvosnak. Ha pl. az orvos „rossz helyre ír”, felvetődik a kérdés, hogy a bejegyzés mikor került a papírra! ?

A másik leggyakoribb mulasztás az, hogy a kezelés során az orvosok elmulasztják a *tájékoztatási kötelezettségük* teljesítését, pedig ezzel kapcsolatban a törvény egyebek mellett *rendszerességet* ír elő az ellátó részéről, a kezelés teljes tartama alatt, nemcsak a beavatkozás előtt. Minden betegnél, de különösen igaz ez krízis helyzetben lévő betegre és/vagy annak hozzátartozójára, az orvos aktív magatartási kötelességére céloz a törvény a fenti megfogalmazással. E helyett a panaszos történetekből az derül ki, hogy amikor a beteg súlyos állapotban van, egyfajta *bújócska* kezdődik, amelyben a kezelőorvos vagy kezelőorvosok elérhetetlenek (vizitel, vizsgáztat, szabadságon van stb.) a beteg vagy a hozzátartozók számára. Szokás a nővérral üzeni, például „el kell engedni Anyuka kezét”, ami különösen azért aggályos, mert a konkrét esetben, az idős ember diagnosztikai vizsgálatai el sem kezdődtek, amikor a „jó indulatú tanács „ a nővértől, bizalmasan, elhangzott. Előfordul gyakran, hogy a tényszerű tájékoztatása helyett, a romló állapotról bennfentesnek tűnő fél információk szivárognak ki, vagy a „majd rájön vagy rájönnek maguktól is mi a helyzet” taktikájának mindenkit megalázó módszerét alkalmazzák. Tapasztalatom szerint, az intézet és a kezelőorvosokkal szembeni bizalmatlanság kialakulása szempontjából ez utóbbi talán az egyik legkárosabb ellátói magatartás.

És az egyik legkirívóbb példa. A hazai transzplantációs szabályozás a tájékozott beleegyezés elvének nem felel meg. Ezt az orvosi területet máig a jogi szabályozási deficit, a végiggondolatlanság, a kommunikáció felületes volta jellemzi. A kényszerűségből megszerkesztett és a különböző médiumokban megjelenő, valóban szívbemarkoló riportok egyes emberek, gyermekek rászorultságáról nem helyettesítik a minden polgár érdekét egyformán képviselő, pozitív diszkriminációtól mentes törvényi megközelítést és annak kommunikálását. Hazánkban megtörtént eset, hogy egy közösség kidasítja magából azokat a szülőket, akik gyermekük szervét,

átültetés céljára adományozták. Ma is érvényben levő, 1972-ben alkotott szabályozás a kor szellemének felelt meg és valószínűleg indokolható okai voltak. Váloztatni 1997-ben sem sikerült, a viták során mindig más országok szabályozására hivatkoztak, figyelmen kívül hagyva azt, hogy a szabályozás az informed consent elvének a hazai sajátosságok miatt, egyáltalán nem felel meg. Spanyolország vagy akármely más országot is említhetném, más kultúrájú, gazdasági, társadalmi fejlettségű és még sorolható különbségekkel bíró ország/országok, a törvényeik, szabályozásuk, megoldásaik az övék. Persze lehet és valószínűleg szükséges elutazni akárhová, tanulmányozni alkotmányt, törvénykezést és gyakorlatot, de bármely tetszetős, jónak látszó megoldást/megoldásokat átvenni csak a hazai működés ismeretében szabad. Annak érdekében, hogy egy szabályozás végrehajtható és működőképes legyen az itthoni viszonyok között, a konkrét egészségügyi terület és a befogadó közeg mélyreható ismerete szükséges.

A szervdonáció számszerű javítása érdekében hozott számos drága és sok kritikát kiváltott megoldás helyett, alkalmazható, mindenki számára követhető szabályozást kellene alkotni, ami lehetővé tenné azt is, hogy az orvosokat/ellátókat ebben a vonatkozásban kevesebb szemrehányás és vád érje. Hogy milyen vád? Például, mert méltányosan akar eljárni egy drámai helyzetben a kezelőorvos, és egyeztet a donor közvetlen hozzátartozójával, máris törvényt szeg. A feltételezett beleegyezés megoldás számos országban létezik, ott ahol az egészségügyi analfabetizmus kevésbé jellemző, mint Magyarországon, ott ahol komoly erőfeszítéseket foganatosítottak a múltban és folyamatosan a jelenben a teljes körű tájékoztatás kiterjesztésére, vagy ahol a több évtizedes pozitív beleegyezés rendszeréről térnek át a nálunk jelenleg alkalmazott megoldására.

[Történtek-e hazánkban előrelépések a betegjogok érvényesítése terén az elmúlt húsz évben? Hogyan látja a független betegjogi intézményrendszer alakulásának kérdését?](#)

Az egészségügyi ellátás külső minőségi kontrollja, a sokat emlegetett *garancia* a törvények betartására, egy *független betegjogi intézményrendszer* működése. Ez utóbbi, még csak kezdett kialakulni 1997 után. Néhány intézmény, amely a függetlenedés (a transzparencia) irányába mutatott, létrejött, majd máris olyan egyéni és lokális érdekeket sértett, hogy az illetékes lobbis, ha nem is azonnal és nem is kevés belső harc generálása révén elérte, az intézmény megszüntetését (pl. Hungarotransplant Kht. 2001) vagy hagyta elszürkülni, jelentéktelenné válni azt. Pedig, például ha az *ellátásszervezés (irányított betegellátási rendszer)* országos szintű kialakításának kérdéséhez újból hozzájárulnak, és feltételezve, hogy az európai szemlélettől nem akarunk végleg eltávolodni

vagy leszakadni, a *független betegjogi intézményrendszer* kérdését napirendre kell tűzni, és a jelenlegi felállás szerint, szinte mindent újra kell kezdeni.

A magam részéről már többször kongattam vészharangot, és most is csak azt tudom elismételni, hogy a civil szféra nagyon gyenge, mert nincs mögötte tőkeerő, nincs pénze kutatásokra, ezért a betegjogi vitákban is alig képes részt vállalni.

Az állami részvételről pedig továbbra is azt gondolom, hogy a betegjogi képviseleti rendszer vonatkozásában *proaktív szemléletre*, regionális irodákat működtető egészségügyi ombudsmanra volna szükség. Egyszerűen azért, mert a magyar beteg, ezt már a gyakorlatból is kiderült, nem olyan, mint az angol, spanyol vagy az amerikai beteg. Egészen más az érdekérvényesítő képessége és a személyiségi jogokra való érzékenysége, ezért a betegjogi védelem is más szerepfelfogást igényel. Csak ismételni tudom, a cél az lenne, hogy a betegnek ne kelljen kikövetelnie, hogy emberszámba vegyék, ha rászorul az ellátók segítségére, olyan környezetet találjon, ahol deklarált jogai eleve érvényesülnek.

A független betegjogi intézményrendszer, mint a szóból is következik, nem egy ellenőrző iroda vagy egyetlen osztály felállítását jelenti, régi-új szereplőkkel. És valószínűleg nagy hiba lenne a spontán kialakulására hagyatkozni vagy arra várakozni. A betegjogi intézményrendszer *függetlenségének* jelentőségét akkor vagyunk képesek felmérni, ha hiányában, az ellátórendszer hazai aktuális állapotát kritikusan és reálisan szemléljük, és legalább magunknak bemerjük vallani a nap mint nap tapasztalt működési anomáliáit.

[Mit lehetne tenni annak érdekében, hogy nagyobb konszenzus, illetve a törvényi szabályozás egyes elemeinek alaposabb ismerete tapasztalható legyen?](#)

Az egészségügyre fordított közpénzek nemzeti jövedelemhez viszonyított arányát tekintve Magyarország az uniós országok vonatkozásában az utolsók között kullog. Ez megmutatkozik az ellátás színvonalának, minőségének romlásában, szinte minden ellátó és ellátás vonatkozásában. Már emlegettem az interjú első részében az orvosi hivatásrendre vonatkozó, közel 50-60 éve zajló deprofesszionalizációs hatások következményeit; a „morális vállalkozástól” való távolodás tendenciáit, ennek következtében az orvos beteg közti bizalmi kapcsolat megkopását és ennek okait. A törvények egyes rendelkezéseinek betartása, nemcsak ismeret, hanem konszenzus kérdése is, annak belátásáé, hogy a törvények a betegekével azonos, közös érdeket képviselnek. A kifelé mutogatás helyett tisztázni kellene a hivatásrend viszonyát a „régiszerződéshez” vagy új szerződést kötni. Ehhez a kérdéshez szorosan hozzátartozik annak

megvitatása, hogy a szakma szabályainak vétkes megszegése orvosetikai vétségnek minősül e?

Köztudott, hogy az orvos etikai felelőssége az orvosi tevékenység során tanúsított magatartásra vonatkozik. A bioetika az egyéni autonómia tiszteletét, az őszinteség és bizalom, a jótékonyág, az ártalom kerülése és az igazságosság elveknek érvényesülését tartja követendőnek az orvos-beteg/betegellátó-beteg kapcsolatában, a gyógyítás során. Ezek nem pusztán szavak, értékek, amelyeket a gyógyítás során kinek – kinek fel kellene tudni mutatni! A bioetika alapelveiből vezethetők le az orvoslás kereteit megadó törvények és rendeletek (Többek között 1997.évi CLIV. törvény, „Az egészségügyi miniszter 30/2007.(VI.22) EüM rendelete az egészségügyi dolgozók rendtartásáról”). Ha egy beteg esetében a szakmai szabályokat nem tartják be, véleményem szerint a jótékonyág etikai elvei sérülnek. A Rendtartás („Az egészségügyi miniszter 30/2007.(VI.22) EüM rendelete az egészségügyi dolgozók rendtartásáról”) I/1.pontja is úgy fogalmaz, hogy alapelvárás az orvostól, hogy a beteg jóllétét tekintse mindenekelőtt. Ez az elvárás a jótékonyág kötelező etikai normájából következik. Az orvos vétkes szakmai szabály szegése a beteg jólléte ellen ható magatartás, így az etikai vétségnek minősül. Azaz a szakmai alapelvek megszegése etikai alapelvet is sért. Egyébként néhány évvel ezelőtt a kamarai törvény szerint is etikai vétségnek minősült az orvosi foglalkozás szakmai szabályainak vétkes megszegése.

Mindez papíron jól követhető, a gyakorlat, ha az egyes fórumok, etikai bizottságok dokumentumait vizsgálom, zavaros, a panaszos ügyek húzódnak, belső vitákról nem hallok.

A mit lehetne tenni kérdésre a válasz elvi etikai szinten a reprofesszionalizáció, legalábbis a kérdéssel foglalkozó angol és amerikai irodalom szerint. Szerintem itthon az első lépésig alig jutottunk el. Egy hazai konferencián a fiatal előadó még bizonytalankodhat a deprofesszionalizáció hatásait illetően, a döntéshozónak tudnia kell, hol tartunk e tekintetben 2010-ben. Hogyan tekint hivatására az orvos itthon, hivatást vagy foglalkozást gyakorol? Vállalja hivatása hagyományos értékeinek megőrzését (szakmai tudás, etika, altruizmus) és átmentését vagy más utat keres. És persze illene tudni mit vár a társadalom a hivatásrendtől?

Ugyanerre a kérdésre gyakorlati szinten a válasz a törvénykövetés kultúrájának szélesítése, a szabály/szabályok elfogadása és betartása mindkét fél részéről. Lehet, hogy van, de én nem látok más kiutat.

Érdeemes megvizsgálni törvénykövetés szempontjából, a szabad orvos- és intézmény választás kérdését. Más vizsgálókkal együtt én is azt gondolom, hogy az orvos- és intézményválasztás eddig sem volt teljesen szabad a szó igazi értelmében. Egyrészt a beutalási rendnél alapvetően a területi elv érvényesül, másrészt a beteg mennyiségi és minőségi vonatkozásban nem

rendelkezett - és ma is csak néhányan - elegendő információval az intézmény és az orvos kiválasztáshoz. A választás helyett valójában paternalista megoldásokat, különféle helyi szokásokat találunk. Ennek lényegét talán úgy tudnám összefoglalni, hogy végeredményben nem a beteg választ, hanem a beteget választják. A szempontok kitalálására nagy fantáziára nincs szükség. És ezzel a gyakorlatban a „szürke zónához” értünk. A „szokás” felülírhatja a hivatalos várólistát, a szakmai elv érvényesülését és erősen képes aláásni a szakmai csapat munkát.