

# A kommunikáció és az önrendelkezés javításának lehetőségei az életvégi döntések meghozatalánál az intenzív osztályokon

Zubek László dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest

Az életvégi döntéseket önrendelkezés alapján vagy helyettesített döntéshozatali eljárással lehet meghozni. Ha a beteg képes kifejezni saját akaratát, teret kell adni az önrendelkezésnek. Amennyiben a beteg nem képes önrendelkezésre, úgy a beteg előzetes rendelkezései, illetve a helyettesített döntéshozatal szabályozása válhat fontossá a döntéshozatali eljárásban. Legfontosabb cél az életvégi döntéshozatal javítása az intenzív osztályon fekvő betegek között. A szerző saját hazai bioetikai kutatásai és a szakirodalom alapján elemzi az életvégi döntéshozatali eljárást, amely alapján ajánlásokat fogalmaz meg a döntéshozók felé. A szerverlégtelen betegek felosztására új módszert javasol, ez az életvégi triage. A betegek 3 csoportba kerülhetnek: a biztosan megmenthető, a biztosan nem megmenthető és az esetlegesen megmenthető csoportba. A besorolást elsősorban az orvostudomány fejlettsége és lehetőségei határozzák meg. Az életvégi döntéshozatali eljárás minősége javítható, de ehhez az összes résztvevőnek, valamint a jogi és etikai szabályozásnak is hozzá kell járulnia. *Orv. Hetil.*, 2016, 157(17), 669–674.

**Kulcsszavak:** életvégi döntés, intenzív osztály, önrendelkezés

## Options for the repair of communication and self-determination in the field of end-of-life decisions at intensive care units

The end-of-life decision making process normally based on patient autonomy or substituted judgement. If the patient can express his/her wishes, one must take note of his autonomy. If he/she is unable to self-determination, the importance of advanced directives or substituted judgement increases in the field of end-of-life care. The most important target of the efforts is to improve end-of-life care at intensive care units. Based on bioethical studies of the author and international literature this paper analyzes the practice of end-of-life care and presents recommendations for lawmakers. The author proposes to divide patients with organ failure into three parts (end-of-life triage). The first part includes definitely salvageable, the second part definitely unsalvageable, and the third part possibly salvageable groups. This classification depends on the development of medical science and the local options of medical treatment. The quality of the decision-making process can be improved, but all participants must participate and medio-legal regulation must be improved.

**Keywords:** end-of-life decision, intensive care units, self-determination

Zubek, L. [Options for the repair of communication and self-determination in the field of end-of-life decisions at intensive care units]. *Orv. Hetil.*, 2016, 157(17), 669–674.

(Beérkezett: 2016. február 26.; elfogadva: 2016. március 17.)

### Rövidítések

DNE = (do not escalate) új kezelés nem jön szóba; DNR = (do not resuscitate) újraélesztést nem végzünk

Az intenzív osztályon dolgozó orvosok nap mint nap szembesülnek a betegek szükségszerű elvesztésével: ez az orvosi munka lelkileg legsúlyosabb, leginkább ember-

próbáló része, amelyet önmagában elviselni is nehéz [1]. Sokszor nem maga a halál, hanem az oda vezető út stációi jelentik a legnagyobb terhet a beteg, a hozzátartozók és az egészségügyi személyzet számára egyaránt.

A lelki problémák elviselése mellett számos egyéb teher is nehezedik az orvosokra, hiszen az életmentő és életfenntartó kezeléseket a rengeteg orvosszakmai szabály mellett erkölcsi-etikai parancsok és jogszabályok próbálják előírni, nem beszélve a vonatkozó nemzetközi normákról. Irodalmi adatok szerint az intenzív osztályon meghalt betegek nagyjából 75%-a részesül valamilyen kezeléskorlátozásban [2]. A releváns kérdés az, hogyan jöhet ki ilyen nagy arány? A jelenleg is folyó – *Charles Sprung* világhírű bioetikus által vezetett – *Ethicus II.* elnevezésű vizsgálat [3] protokollja szerint az intenzív osztályon 5 módon halhat meg egy beteg:

1. A beteg agyhalott lesz.
2. Az újraélesztés nem sikeres.
3. Valamely életmentő vagy életfenntartó kezelést nem kezdenek meg.
4. Valamely életmentő vagy életfenntartó kezelést visszavonnak.
5. A haldoklási folyamat gyógyszeres megrövidítése következtében.

Azt gondolom, hogy az első két pont egyértelmű az olvasók számára. Ha a beteg állapota kimeríti az agyhalál törvényileg szabályozott kritériumait és alkalmas a donációra, a szerveit fel kell ajánlani más rászoruló, beteg ember számára [4]. Ez esetben az agyhalál megállapításának időpontját fogadjuk el a halál időpontjaként, és ezután már a beteg mintegy szervrezervoárként funkcionál a donáció során. Természetesen a hivatalosan már nem élő személyt is megilletik bizonyos jogok, például a kegyeleti jog, így a donáció után testét a rokonok illően eltemethetik. Második esetben a betegért az utolsó pillanatig küzdünk, így a klinikai halál beállta után is igyekszünk visszahozni az életbe, és ennek sikertelensége után távozik a beteg az élők sorából. Fontos kiemelni azt a tényt, hogy az újraélesztés elmulasztása is kezeléskorlátozásnak minősül. E két fenti lehetőség egyike sem akaratumon múlik, hanem objektív tények fennállásáról beszélhetünk. A másik három eset már a kezelés korlátozásának terrénuma, ami sokkal bonyolultabb történet.

Amennyiben elfogadjuk az emberi autonómia primátusát, azt mondhatjuk, hogy a cselekvőképes emberrel kizárólag az történhet, ami akaratával egyezik. Az irodalmi adatok szerint az intenzív osztályon fekvő betegek 96%-a nem minősül belátási képességgel rendelkezőnek, így önálló döntéshozatalra nem képesek, ezért ezekben az esetekben csak helyettesített döntéshozatal történhet, a beteg vagy a vonatkozó törvény által kijelölt hozzátartozó segítségével [5].

Írásomban arra törekszem, hogy elemezzem a hazai intenzív osztályokon folyó döntéshozatali eljárást első sorban a betegautonómia és a hozzátartozókkal való kommunikáció szempontjából, illetve a döntéshozatal javítására teszek ajánlásokat.

## Az életvégi döntések

Az életvégi döntésekhez vezető út kiindulási pontja az, hogy valakinek az élethez és testi-lelki egészségéhez való jogát az élve születése és a haldoklásának megkezdődése közötti periódusban mindenkinek tiszteletben kell tartania. A személyes autonómia jogi elismerése és érvényesülésének elősegítése általánosan jellemzi a modern polgári társadalmak jogalkotását, akár a kontinentális, akár a precedensjogi rendszereket tekintjük. A hatályos hazai jogi szabályozás szélesebb körben teret enged az önrendelkezésnek, az *egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény* (Eütv.) által szabályozott esetekben (szűkített körben) az életmentő, illetőleg életfenntartó kezelés visszautasítása is megengedett, de az egészségügyről szóló törvény nem tartalmazza az eutanázia vagy a kezeléskorlátozás fogalmát. Ugyanakkor magába foglalja az orvosilag nem indokolt kezelés megtagadásának jogát, amely burkoltan tartalmazza, ha nem is definiálja a kezelés hasztalanságának fogalmát. 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, amelynek 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 kívánattól [6, 7]. A betegek önrendelkezésének előzetes formáit (élő végrendelet, helyettes döntéshozó megnevezése) lehetővé tevő, 18 éve hatályos Eütv. alapján gyakorló orvosként még nem találkoztam életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasításával, valószínűleg a bonyolult és drága eljárási szabályok miatt. Ezen nem változtat érdemben a 24/2014. (VII. 22.) AB határozat sem, amely kismértékben könnyítette az előzetes rendelkezésekre vonatkozó formai követelményeket.

Milyen döntéseket hozhatunk az életünk végén? Tekintsük át az Európában jelenleg alkalmazható elméleti lehetőségeket!

Ahogy az *I. táblázatban* látható, az egyik legfontosabb kérdés, hogy egy döntést önrendelkezés alapján vagy mások véleménye szerint hozunk meg. Természetesen a legjobb valamely döntést önrendelkezés alapján meghozni, de az irodalomban vannak ellenérvék is. Akik beteg emberekkel foglalkoznak, elmondhatják, hogy az emberek tudatállapota fizikai vagy pszichés stresszre reagálva megváltozik, így sokszor a cselekvési lehetőségeiket nem képesek átlátni, irracionális válaszokat adnak. Fokozottan igaz ez az intenzív osztályon fekvő, szervéltelenségben szenvedő betegekre, akik elenyésző számban képesek az önálló döntéshozatalra.

Életünk utolsó szakaszára nézve a betegek számára a legjobb választás az, ha előzetesen kifejezik akaratukat, a külvilág részéről elfogadható formában. Ezt a hatályos jogszabályok alapján megtehetik egy közjegyző előtt,

1. táblázat | Az életvégi döntések fajtái

Önrendelkezés van
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Előzetes rendelkezés</li> <li>• Élő végrendelet</li> <li>• Helyettes döntéshozó kijelölése</li> <li>• DNR rendelkezés</li> <li>• Orvos segítségével végrehajtott öngyilkosság</li> <li>• Öngyilkosság</li> <li>• Eutanázia</li> </ul>
Önrendelkezés nincs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DNR rendelkezés</li> <li>• DNE rendelkezés</li> <li>• Kezelés meg nem kezdése</li> <li>• Kezelés visszavonása</li> <li>• A haldoklási folyamat megrövidítése</li> <li>• Komfortkezelés indítása</li> </ul>

közokirati formában. Kijelölhetnek egy személyt, aki az adott tárgykörben képviseli az érdekeiket, kifejezi helyettük életük végére vonatkozó akaratukat. Ezzel a lehetőséggel két jelentős probléma van hazánkban, egyrészt nem elég elterjedt ez a jogintézmény, másrészt központi nyilvántartása még nincs, így gyakorlati érvényesülése esetleges.

A másik, önrendelkezésem alapuló kérdéskör a halál időpontjának siettetése, előre hozása, amit jelentős testi-lelki szenvedés és gyógyíthatatlan, halálhoz vezető betegség fennállása indokolhat. Ezek a cselekedetek a világ jelentős részén tiltottak [8], de elmondható, hogy például az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság terjedőben van a civilizált világban, így például Svájcban vagy az Amerikai Egyesült Államokban is.

Azt gondolom, hogy az emberekben meglévő életosztón idegenkedik a halál időpontjának sittetésétől, de sajnos kialakulhatnak olyan rossz életminőséggel járó betegségek, amelyeket valaki rosszabbnak érez a halálnál is. Ha valaki egy ilyen súlyos betegségre adott drasztikus megoldást nem tart elképzelhetőnek, javasolom, nézze meg a BBC által az utóbbi években leadott, nagy port kavart műsorokat *Simon Binner* vagy *Peter Smedley* haláláról. Természetesen helyesnek és támogatandónak tartom az élet védelmét általánosságban, de az eutanázia, az öngyilkosság és az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság kivitelezését is elképzelhetőnek tartom szélsőséges élethelyzetben, természetesen kizárólag a beteg önrendelkezése alapján.

A nem önrendelkezésem alapuló életvégi döntések egy teljesen eltérő élethelyzetben születhetnek meg. Ebben a helyzetben a beteg már nem képes kifejezni akaratát, tudata már nem tiszta, cselekvőképessége korlátozott vagy megszűnt. A másik jelentős különbség, hogy ebben a csoportban már nem a haldoklás előidézése, a halál időpontjának előrehozatala a cél, mivel a páciensek ebben a

csoportban már valamilyen szervi elégtelenségben szenvednek, tulajdonképpen orvosi segítség nélkül haldokolnának. Elmondható, hogy ebben a csoportban, amennyiben nem tudjuk megszüntetni a szervelégtelenséget, tulajdonképpen utat engedünk a „természetes halál” bekövetkezésének, kizárólag a kezelés orvosi értelemben vett hasztalansága miatt. Abban az esetben, ha a „természetes halál” tényét nem tudja elfogadni a társadalom, akkor minden most élő ember egy sikertelen újraélesztés után halhatna csak meg, intenzív osztályos körülmények között, sok anyagi és humánerő-forrás fölösleges elpazarlása után.

## Az önrendelkezésem alapuló döntéshozatal

Az 1997. évi 154. törvény megteremtette hazánkban a lehetőségét annak, hogy bárki az egészségi állapotára és életére nézve előzetes rendelkezést hozzon (22–23. §). E jogintézmény már a bevezetésekor is a viták keresztútjében állt, s ez azóta sem változott érdemben. Az eredeti, bevezetéskor hatályos megfogalmazás méltányolható indokok miatt előírta az élő végrendelet kétévenkénti, közjegyző előtti érvényesítését, és nem rendelte el a hatályos élő végrendeletek központi nyilvántartását. Ez három olyan feltétel, amely megítélésem szerint a jogintézmény érdemi érvényesülését, meghonosodását alapjaiban kizárta. Az első előírás azt szolgálta volna, hogy az élő végrendelet aktualizálására időszakosan sor kerüljön, de ennek gátja a jogi folyamat bonyolultsága és költségei voltak. Mivel ezek a kérdések általában az ember életének vége felé válnak fontossá, el lehet képzelni, hogy mennyire életszerű egy 80–90 éves, korlátozottan mozgásképes, nyugdíjból élő ember rendszeres látogatása a közjegyzőnél. Az élő végrendelet közokiratba foglalását is sokan támadták, hiszen a törvény például a javainkról való rendelkezést nem köti ilyen formához. A harmadik probléma az, hogy a hatályos élő végrendeleteknek nincs központi nyilvántartása, így érvényesülésük ahhoz kötött, hogy a jórészt cselekvőképtelenné vált beteg hozzátartozója elviszi a kórházba a végrendeletet vagy nem.

Azt azonban el kell ismerni, hogy magának az előzetes rendelkezés jogintézményének a meghonosítási kísérlete jó ötlet, de a jogalkotónak meg kellene fontolnia az érvényesüléshez szükséges változtatások megtételét. Kutatásaink felhasználásával az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium 2007-ben és 2016-ban is szakmai ajánlást adott ki az életmentő és életfenntartó kezelésekkal kapcsolatban, egyben törvénymódosítási javaslatot kezdeményezett az előzetes rendelkezések eljárási módjának egyszerűsítésére a betegek önrendelkezésének érvényesülése érdekében. Két évvel ezelőtt pedig *dr. Vadász Gábor* alkotmányjogi panaszára született meg a 24/2014. (VII. 22.) AB határozat, amely részleges könnyítéseket tartalmaz az élő végrendelet formai feltételeit illetően.

Hogyan lehetne elősegíteni az élő végrendeletek elterjesztésével a betegautonómia növekedését? Először is

lehetővé kellene tenni, hogy a beteg bármilyen kezelést visszautasíthasson, akkor is, ha az akár saját életét vagy testi épségét veszélyezteti, illetve sérti. Ennek a visszautasításnak jól dokumentálhatónak kell lennie, ezért célszerű írásban történnie a jogi aktusnak, amelyhez szükség szerűen hozzátartozik egy elektronikus nyilvántartás létrehozása is. Ez nemcsak a hozzáférést biztosítaná az egészségügyi szolgáltatók számára, hanem az élő végrendelet otthonról történő módosításának lehetősége is fennállhatna. Meg kell gondolni a közokiratba foglalás szükségességét is, mert ez a módosíthatóságot kizárja, és jelentősen drágítja az akaratnyilatkozat megtételét. Ezen kívül segíteni kell a jogintézmény elterjedését, az emberek felvilágosításával, az élő végrendelet formáinak és típusainak kidolgozásával, és a kitöltéshez nyújtott hatékony segítséggel. Véleményem szerint az előzetes rendelkezések érvényesülésének legfontosabb záloga, hogy a végrendeletben szereplő kérdések mennyire kidolgozottak, és mennyire a valós életben lejátszódó problémákat modellezik. A jogintézmény kimunkálásában így nemcsak jogászoknak, hanem civil nonprofit szervezeteknek, háziorvosoknak, bioetikusoknak és a kórházi első ellátást végző orvosoknak is szerepet kell kapniuk.

### Nem az önrendelkezésem alapuló (helyettesített) döntéshozatal

A hozzátartozók bevonása az életvégi döntéshozatalba egyidős az intenzív terápia által alkalmazott szervpótló kezelésekkel. Saját kutatásaink és a nemzetközi adatok alapján [9] ritkaság, hogy valamely intenzív beteg bele tud szólni saját sorsának alakításába, ez általában inkább a már jobban lévő, gyógyuló betegek sajátja. A hozzátartozók életvégi döntésekbe való bevonásának különböző szintjei vannak. Legelső szintje az, amikor a kezelőteam tagjai tájékoztatják a legközelebbi hozzátartozókat a beteg állapotáról és a kezeléskorlátozás lehetőségéről. A következő szint az, amikor a kezelőcsapat tagjai megkérdezik a családtagok véleményét a beteg kezelése során felmerülő dilemmákról, a beteg preferenciáiról és a kezeléskorlátozásról. A helyettesített döntéshozatal során a legmagasabb szint a közös döntéshozatal („shared decision making”), amelynek során a szükséges életvégi döntéseket a családdal együtt hozzák meg a kezelőcsapat tagjai. Mint látható, a magasabb szintű kommunikáció általában magával hozza a jobb döntéshozatalt is.

A kommunikáció fontosságát húzza alá ugyancsak az Ethicus Study adatainak felhasználásával *Simon Cohen* is [10]. A szerzők véleménye – és korábbi európai kutatások adatai – szerint az életvégi döntések meghozatalába a betegek, illetve nem kompetens betegek esetén hozzátartozók bevonása Európában 50–100% között mozog. Az Ethicus Study adatai alapján az intenzív osztályon meghalt betegek 73%-át érinti valamilyen kezeléskorlátozás, így napjainkban vitathatatlanul ez a leggyakoribb tényező a betegek halálában, ezért e döntések megfelelő kommunikálása a leginkább előforduló kommunikációs

problémának tekinthető az intenzív osztályokon. A már ismert adatokon kívül a szerzők azt vizsgálták, hogy kik lettek bevonva az életvégi döntés meghozatalába. Az adatok alapján a döntést az esetek 92%-ában előzte meg konzultáció egy másik intenzív orvosossal (2833 esetben), az esetek 61%-ában az első ellátást végző orvosossal (1897 esetben), az esetek 39%-ában egy konzultánsal (1212 esetben), míg az esetek 78%-ában került sor a nővérek bevonására a folyamatba (2412 esetben).

Az érdekelt felek közötti egyetértést, illetve az egyet nem értést is elemezték a vizsgált 3086 életvégi döntés eseteiben. Az orvos-nővér viszonylatban a résztvevők egyetértettek a kezeléskorlátozás kérdésében az esetek 83%-ában (2550 esetben), illetve nem értettek egyet az esetek 0,6%-ában (20 esetben), a maradék 16,4%-ban nincs válasz. Az intenzív orvosok és más orvosok viszonylatában a döntéshozatal résztvevői egyetértettek a kezeléskorlátozás alkalmazásában 72%-ban (2205 esetben), illetve nem értettek egyet az esetek 2%-ában (64 esetben). A kezelőszemélyzet és a család viszonylatában a döntéshozatalban egyetértés az esetek 66%-ában (2036 esetben) volt, míg az esetek 1%-ában (45 esetben) nem értettek egyet a kérdésben. Végül a személyzet és a beteg viszonylatában a kezeléskorlátozásban egyetértés 116 esetben (4%) történt, egyet nem értés 21 esetben (0,6%) fordult elő, de itt kiugróan magas, 96%-os a választ nem adók aránya. Az adatok alapján jól látható, hogy a helyes döntéshozatali mechanizmus során egyaránt figyelembe veszik a társszakmák, illetve az ápolószemélyzet véleményét, továbbá a résztvevők véleménye jól korrelál egymással. A kezeléskorlátozást az esetek 79%-ában az intenzív orvos, 11%-ában az első ellátást végző orvos, 4%-ában a család, 3%-ában valamely konzultáns orvos, 2%-ában a nővérek, míg az esetek 1%-ában a beteg maga kezdeményezte.

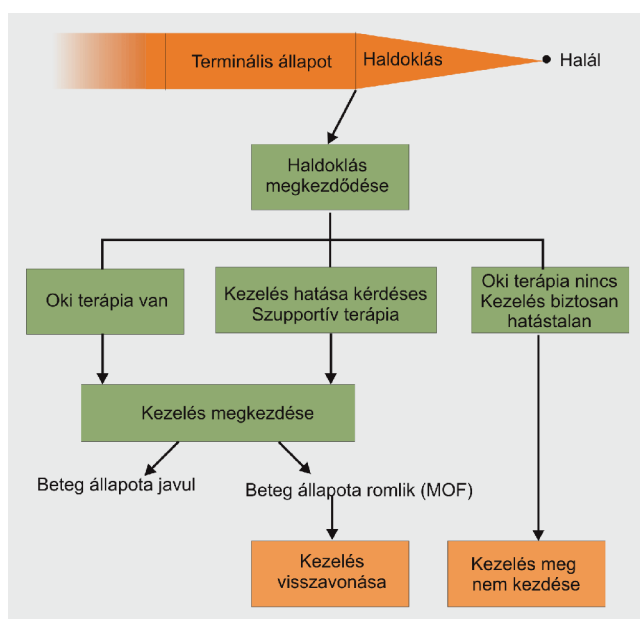
A jól kivitelezett döntéshozatali eljárásban fontos, hogy mindenki tisztában legyen a szerepével. A kezelőorvosnak kell irányítania a döntéshozatali mechanizmust, gyakorlatilag minden érdekelt fél részvételével. A kezelésben részt vevő ápolószemélyzet (nővérek, ápolók, gyógytornászok) feladata a beteg aktuális állapotának és az állapotváltozás tendenciáinak észlelése, a hozzátartozók feladata a beteg preferenciáinak és bekerülés előtti állapotának (frailty) ismertetése, az orvos pedig a gyógyulás esélyeit és a tudomány állásának megfelelő gyógymódokat kell, hogy hozzátegye a szakszerű közös döntéshozatali mechanizmushoz. Nézetem szerint akkor hatékony és jó ez a döntéshozatali eljárás, ha az érintett feleknek közösen sikerül konszenzusra jutni a kezeléskorlátozás kérdésében.

Érdekes kísérletek történtek a '90-es években a döntéshozatali mechanizmusban jelentkező problémák kiküszöbölésére. Ilyen „policy” volt a San Francisco Bay Area Network of Ethics Committees (BANEC) [11] 1999-ben leírt eljárási módja, amellyel a döntéshozatal szubjektivitását és a hozzátartozók ellenállását próbálták meg csökkenteni. Protokolljuk szerint amennyiben a kezelő-



orvos megállapította, hogy betege további kezelésének már nincs jótékony hatása, és ezzel a beteg családja nem értett egyet, először egy másik orvos véleményét szereztek be. Ha az eset megítélésében a két orvos véleménye egyezett, tovább egyeztettek a beteg családjával, igyekezve őket meggyőzni a kezelés hasztalanságáról. Ha ez ebben a második fordulóban nem sikerült, akkor a kezelőorvos a kórház etikai bizottságához fordulhatott. Ha az etikai bizottság véleménye nem egyezett a kezelőorvoséval, úgy a beteg kezelését vagy egy másik orvos, vagy egy másik intézet vette át. Ha az etikai bizottság egyetértett a kezelőorvossal, akkor erről értesítették a családot, amely vagy bírósághoz fordulhatott a kezelés folytatásának megállapítása miatt, vagy a beteget egy másik intézménybe vihette. Amennyiben belátható időn belül a beteg átirányításáról nem született megegyezés valamely más intézettel, a betegnél a kezeléskorlátozást etikusnak tekintették.

Természetesen az ismertett „BANEC guideline”-t számos kritika is érte, elsősorban azért, mert az orvosi szempontokat részesítette előnyben a beteg és családjának szempontjaival szemben, valamint azért, mert az orvosi beavatkozásoknak általában volt valamely élettani eredménye, ezért a hasztalan kezelés valamely jótékony hatással mégis járt. Sok vita volt a hasztalanság fogalmának meghatározása miatt is, ezért az Ethic Committee of the Society of Critical Care Medicine (SCCM) 1999-ben megállapította: „Csak azokat a kezeléseket lehet hasztalannak nyilvánítani, amelyek alkalmatlanok a kívánt élettani hatás kiváltására.” Az intenzív kezeléseket – véleményük és saját hasonló véleményem alapján is – lehet nem megfelelőnek vagy nem javasolhatónak vélemezni drágaságuk vagy bizonytalan terápiás előnyük miatt, de nagyon ritkán lehet őket hasztalannak címkézni [12].



1. ábra | Az életvégi triage

Egy másik, ugyancsak érdekes kezeléskorlátozási kísérlet a Texas Advance Directives Act (TADA) alapján javasolt eljárás [13]. A törvény megengedte a kezelőorvosok számára, hogy a kezeléskorlátozás miatt a kórház etikai bizottságához forduljanak, amennyiben a beteg további kezelését már nem tartották hasznosnak. Ha a bizottság egyetértett az orvossal, a kezelést le lehetett állítani egy 10 napos periódust követően (a család értesítése után), amelyet a bíróság indokolt esetben meghosszabbíthatott. Egy 40 kórház adatain alapuló közlemény szerint [14] az etikai bizottságok az esetek 70%-ában egyetértettek a kezelőorvossal. Az etikai bizottság véleményének megismerése után az esetek 37%-ában a család beleegyezett a kezelés felfüggesztésébe, az esetek 41%-ában a beteg nem élte túl a 10 napos várakozási periódust, 16% kezelését egy másik orvos vagy intézet folytatta, míg a maradék 4% esetében az életfenntartó kezeléseket folytatták a beteg állapotát.

### Az életvégi döntéshozatal javításának lehetőségei

A haldokló, szervelegtelen betegek kezelésének mikéntje orvosi kompetencia, természetesen vannak ennek komoly jogi és etikai relevanciái is [15]. Az orvos mindenkori feladata a beteg állapotához igazodva biztosítani a szakmailag indokolt kezelést.

Az orvos döntési lehetőségeit szeretném felosztani, ezért 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*”, amelynek alkalmazásával az intenzív osztályon a szervelegtelen betegeket három csoportra tudjuk osztani (1. ábra).

Az első csoportot azok a betegek képezik, akiknek szervelegtelensége 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 sokkos beteg, akinél pacemaker beültetésével a keringési zavar megszüntethető, és további jó életminőségű évek várhatók, vagy egy veselégtelen beteg, akinél dialíziskezelést alkalmazhatunk akár hosszú évekig.

A második csoportba azok a betegek tartoznak, akiknél a szervfunkció helyreállása biztosan nem várható (a fokozatosan romló terminális állapotban lévő betegek), akinél az életmentő vagy életfenntartó kezelést már 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 hospice-kezelés terepuma. Ebbe a csoportba kerül minden ember, aki gyógyíthatatlan végstádiumú betegségben szenved vagy természetes halála következik be élete alkonyán.

A szervelettelen betegek harmadik csoportját azok alkotják, akiknél az orvosi kezeléssel nem biztosan szüntethető meg a szervelettelenesség (illetve a haldoklási folyamat), de azt sem lehet mondani, hogy reálisan semmi esély sincs a beteg állapotának rendezésére. Ezeknél a betegeknek 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 szervelettelenessége nem szüntethető meg, állapota stagnál vagy romlik, akkor ezeknél a betegeknek van helye a kezelés visszavonásának, és a továbbiakban a komfortellátás biztosításának.

Az életvégi triage-ban hozott döntéseknek szükségszerűen nem egyéni, hanem testületi döntésnek kell lenniük, amelyben részt kell vennie a beteg kezelését végző egészségügyi személyzet minden tagjának. Mivel a haldoklási folyamatban a beteg tudata már nem hozzáférhető, így nem kerülhető meg a beteg hozzátartozóinak informálása és bevonása a kezeléskorlátozásba. A kezelés meg nem kezdése vagy abbahagyása nem érintheti a fájdalom csillapítását vagy a beteg igényének megfelelő nyugtatók adását, biztosítani kell a beteg és a hozzátartozók minél nagyobb komfortját; a betegnél fontos a táplálás és folyadékpótlás folytatása, tehát ebben az állapotban a beteg megpróbáltatásainak csökkentésére kell törekedni. Nézetem szerint a medicina lehetőségeinek fejlődésével párhuzamosan, valamint az intenzív osztályokon végzett kutatások (halálozást előre jelző pontrendszerek, életminőség-vizsgálatok) számának gyarapodásával a nem megmenthető betegek aránya csökkenni fog, a megmenthetőek száma pedig egyre nagyobb lesz a jövőben.

*Anyagi támogatás:* A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

*Érdekeltségek:* A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

## Irodalom

- [1] Zubek, L., Péntes, I.: Do the doctors' have human rights? [Az orvosnak is vannak emberi jogai?] Aneszteziológia és Intenzív Terápia, 2000, 30, 56. (abstract) [Hungarian]
- [2] Prendergast, T. J., Claessens, M. T., Luce, J. M.: A national survey of end-of-life care for critically ill patients. Am. J. Respir. Crit. Care Med., 1998, 158(4), 1163–1167.
- [3] Ethicus2. <https://ethicus2.org/resources.aspx>
- [4] Act 18/1998. (XII. 27.) of the Ministry of Health. [18/1998. (XII. 27.) EüM rendelet.] [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99800018.EUM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99800018.EUM) [Hungarian]
- [5] Decree 1997/154 on healthcare. [1997/154. törvény az egészségügyről.] [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700154.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV) [Hungarian]
- [6] Zubek, L., Szabó, L., Gál, J., et al.: Practice of treatment restriction in Hungarian intensive care units. [A kezeléskorlátozás gyakorlata a hazai intenzív osztályokon.] Orv. Hetil., 2010, 151(38), 1530–1536. [Hungarian]
- [7] Zubek, L., Szabó, L., Diószeghy, C., et al.: End-of-life decisions in Hungarian intensive care units. Anaesth. Intens. Care, 2011, 39(1), 116–121.
- [8] Curtis, J. R., Vincent, J. L.: Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. Lancet, 2010, 376(9749), 1347–1353.
- [9] Romain, M., Sprung, C. L.: End-of-life practices in the intensive care unit: The importance of geography, religion, religious affiliation, and culture. Rambam Maimonides Med. J., 2014, 5(1), e0003. doi: 10.5041/RMMJ.10137
- [10] Cohen, S., Sprung, C., Sjøkvist, P., et al.: Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. Intensive Care Med., 2005, 31(9), 1215–1221.
- [11] Bay Area Network of Ethics Committees (BANEC) Nonbeneficial Treatment Working Group: Nonbeneficial or futile medical treatment: conflict resolution guidelines for the San Francisco Bay area. West. J. Med., 1999, 170(5), 287–290.
- [12] Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. Crit. Care Med., 1997, 25(5), 887–891.
- [13] Texas Advance Directives Act (1999) – Chapter 166 of the Texas Health & Safety Code. <http://www.statutes.legis.state.tx.us/Docs/HS/htm/HS.166.htm>
- [14] Smith, M. L., Gremillion, G., Slomka, J., et al.: Texas hospitals' experience with the Texas Advance Directives Act. Crit. Care Med., 2007, 35(5), 1271–1276.
- [15] Vincent, J. L.: Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. Crit. Care Med., 1999, 27(8), 1626–1633.

(Zubek László dr.,  
Budapest, Kútvölgyi út 4., 1125  
e-mail: laszlo.zubek@gmail.com)