

**A kezelés megvonása és visszavonása az intenzív betegellátásban**  
**Előterjesztők: Élő Gábor, Bobek Ilona, Bogár Lajos, Darvas Katalin**  
Szakmai kollégiumi állásfoglalás-tervezet

**Angol és amerikai bírósági döntések tanulságai**

- 1 Cselekvőképes beteg életfenntartó kezelést jogszerűen visszautasíthat. Az Európai Emberi Jogi Bíróság, melynek döntése konkrét esetben hazánkra nézve is kötelező érvényű, a Pretty ügy kapcsán deklarálta az életfenntartó kezelés elutasíthatóságának jogát az egyezmény 8. cikke alapján.
- 2 Cselekvőképtelen beteg törvényes képviselőjének elsősorban a beteg közeli hozzátartozója jelölendő ki, ha nincs törvénysértésre bizonyíték.
- 3 Cselekvőképtelen beteg helyett elsősorban előzetes rendelkezései alapján (élő végrendelet illetőleg tartós meghatalmazott jelölése), másodsorban közeli hozzátartozója által ismert preferenciái (mely azonban világos és meggyőző kell, hogy legyen) szerint (helyettesített döntés), végül pedig legjobb érdeke alapján kell dönteni. A beteg preferenciáit a bíróság előtt világos és meggyőző módon kell bizonyítani.
- 4 A permanens vegetatív állapot diagnózisa szintén ki kell, hogy elégítse a világos és meggyőző bizonyíték követelményét.
- 5 Amennyiben az orvos által még hasznosnak ítélt kezelést a beteg illetőleg hozzátartozója előbbi felhatalmazás alapján elutasítja, a kezelés általában nem alkalmazható, helyettesített döntés esetében azonban ebben az esetben etikai bizottság bevonása, végső esetben bírósági döntés válhat szükségessé.
- 6 A szokásos és rendkívüli eszközök meghatározása helyett a beteg számára megterhelőség szempontjának vizsgálata javasolt.
- 7 Nem kívánatos a különbségtétel egyes orvosi kezeléseket illetően, életfenntartó kezelésnek minősül a szondán keresztüli táplálás és a folyadékpótlás is.
- 8 Amennyiben az orvos és a beteg hozzátartozója nem értenek egyet a beteg kilátásait illetően, az orvos nem kényszeríthető általa haszталannak ítélt kezelés folytatására, lehetővé kell azonban tennie a beteg elszállítását más orvoshoz ebben az esetben. Ebben az esetben kórházi etikai bizottság illetőleg illetékes bíróság döntése szükséges.

**Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine ajánlásai [1]**

*Minden betegnek vagy gyámjának jogában áll a kezelés elfogadása vagy megtagadása, legyen szó akár terminális állapotú vagy még kompenzált állapotú betegről. A döntésekről azok szükségességének felmerülése előtt kell a beteget megkérdezni, meghozatalukkor pedig mérlegelni kell a nyerhető élet minőségét.*

*A kezelés felfüggesztése nem szabad, hogy etikailag nagyobb problémát jelentsen, mint a kezelés megkezdése vagy meg nem kezdése. Amennyiben a kezelés által nyerhető előnyök a továbbiakban már nem valósulnak meg, az nem indokolt többé. A terápia meg nem kezdését a következő esetekben kell megfontolni: súlyos prognózisú betegség, a kezelés okozta megterhelés nagyobb a várható előnyöknél, illetve ha a beteg életminősége valószínűleg elfogadhatatlan lenne saját maga számára. Az orvosnak nem kell olyan kezelést felajánlania és fenntartania, melyet orvosi szempontból haszталannak ítélt.*

Nagy jelentőséggel bír a beteggel vagy családjával, gyámjával való párbeszéd. A beteg számára még kielégítő állapotában biztosítandó a lehetőség a döntéshozatalhoz, különösen, amikor kezelése kockázatos szakaszához ér. Az osztályos orvos regisztrálja a beteg belátási képességét, és folyamatosan felül kell vizsgálnia azt. A kezelés meg nem kezdése esetén *nem lehet elkülöníteni a kezeléseket különböző kategóriákat, a beteg előnyét kell figyelembe venni*. Az egyes kezeléseket a terápiás cél szemszögéből kell megítélni, folytatásának hasznosságát pedig folyamatosan felül kell bírálni. A létfenntartó kezelések megindításánál gyakran nincs mód és lehetőség a kezelés mérlegelésére, felfüggesztését azonban előzze meg etikai mérlegelés is. A döntés alapjául szolgáló tényeket meg kell beszélni a beteggel vagy képviselőjével, a döntést és magyarázatát pedig dokumentálni szükséges. Fiziológiai haszonnal járó kezelést csak terminális állapotú betegnél lehet felfüggeszteni.

A megfelelően diagnosztizált, *perzisztáló vegetatív állapotban (PVS)* lévő betegek ellátása során az emberi méltóság szem előtt tartása különösen fontos. Az ilyen betegek lehetőség szerint nem az intenzív osztályon ápolandók, az egészségügyi személyzetnek segítenie kell a család számára annak megértését és elfogadását, hogy a beteg kezelése ilyen állapotban hasztonal.

Az agyhalott beteg jogilag halottnak tekintendő, kezelésének folytatása csak abban az esetben magyarázható, ha a beteg terhes, vagy szervdonor. A csecsemőkben az agyhalál kimondásának kritériumai még kidolgozásra várnak

Akut helyzetekben rövid ideig, a beteg érdekében kívánsága figyelmen kívül hagyható, de kezeléssel kapcsolatos döntések esetében a felvilágosított, belátási képességgel rendelkező felnőtt beteg kérése az irányadó. Ha az egészségügyi munkacsoport és a beteg vagy képviselője egyetértenek a kezelés meg nem adásában, akkor etikailag elfogadható a kezelés el nem kezdése.

*Tiszta tudatú, informált betegnél, ha az orvosi tanács ellenére is visszautasítja a kezelést, az nem alkalmazható*, a döntés hátterét azonban ekkor is tisztázni szükséges. Amennyiben a beteg olyan kezelést szeretne, melyet az orvos feleslegesnek vagy hasztonalannak ítél, először is a beteggel kell megbeszélni az esetleges félreértéseket és a kezelés célját. Az orvos és a nővér nem kötelezhető a hasztonalannak ítélt terápia végrehajtására, de amennyiben a beteg kívánja, lehetőséget kell teremteni az orvos váltásra.

Ellenkező adat hiánya esetén, a beteget cselekvőképesnek kell tekinteni. Minden esetben a beteg érdekei az elsők, feltételezzük, hogy ezt a beteg családja képviseli. Amennyiben a beteg családjának kell meghoznia a döntéseket, elsőként a házastársát, majd felnőtt gyermekeit, szüleit, legközelebbi élő hozzátartozóját, illetve közeli barátját kell megkérdezni a felsorolás sorrendjében. Gyermekek esetében a nyilatkozatot a szülőknek, ezután a gyámnak kell megtennie. A gyermekek érettségüknek megfelelően bevonandók a döntéshozatalba, ha azonban ebből káruk származhatna, előzetes egyeztetésre kell sort keríteni a törvényes gyámjukkal. Ugyanez érvényes a korlátozott cselekvőképességű felnőttekre is. Olyan esetben, amikor nincs egyetértés a beteg családjával, etikai bizottság elé lehet vinni az ügyet, ennek eredménytelensége esetén kell csak jogi segítségért folyamodni. Célszerű az intézményben kidolgozni egy döntéshozó rendszert olyan betegek számára, akik önálló döntéshozatalra képtelenek.

## Az újraélesztés meg nem kezdése és abbahagyása – testületi állásfoglalások

A fontosabb nemzetközi orvostársaságok (American Heart Association, European Resuscitation Council, Heart and Stroke Foundation of Canada, Australian Resuscitation Council, Resuscitation Council of South Africa) elismerik a beteg, illetve előzetes rendelkezés alapján közeli hozzátartozói jogát az újraélesztés visszautasítására. Hasztalansági kritérium alapján akkor vezethető be a „ne kezd újraélesztést” (Do Not Attempt Resuscitation: DNAR) állásfoglalás, ha informált orvos az újraélesztést hasztalannak ítéli. A kvantitatív hasztalanságot a két hetes túlélés minimális valószínűségével határozták meg. Kvalitatív hasztalanság esetén felhívják a figyelmet a beteg preferenciái kutatásának fontosságára. A rejtett értékítéletek lehetősége miatt mindkét esetben ajánlatos a beteg vagy hozzátartozójával történő konzultáció. A testületi állásfoglalások közös magukban rejlő hiányossága a legitimitás korlátozott volta. A beteg élethez és emberi méltósághoz való joga ugyanis jogállamban legitim módon csak törvényi keretek közt az alkotmány vonatkozó rendelkezéseinek megfelelően korlátozható. Az állásfoglalások ezért kezelik nagyon óvatosan a hasztalanság kérdését, és utalják a DNAR döntést szinte kizárólag a beteg jogkörébe, ahol az orvos inkább tanácsadó szerepet játszik. Mint láttuk az igazságosság bioetikai alapelve jogilag a közérdekben fejeződik ki. A szabály – miután alapjog korlátozásáról van szó - törvény kell, hogy legyen, mely nem vonhatja el a jog lényeges tartalmát. Hazánkban ilyen jogszabály az agyhalál megállapítása esetén a szervátültetést lehetővé tevő Eütv. (212.§ (1)), és az eljárást részletesen szabályozó 18/1998. EüM rendelet. Az agyhalál megállapítása tehát ebben az esetben a transzplantációhoz fűződő közérdeket szolgálja, ebből következik, hogy az agyhalál megállapításának célja a jogszabály szerint a szervek átültethetőségének biztosítása.

Magyar életvégi stratégiákat illetve DNAR rendelkezéseket vizsgáló testületi állásfoglalás nincs. A magyar Eütv., bár az újraélesztésről külön nem rendelkezik, lehetőséget biztosít annak beteg általi visszautasítására gyógyíthatatlan betegség esetén, vagy előzetes rendelkezésként közokirati formában (Eütv 20.§, 22.§). A jogszabály szigorú előírásai minden bizonnyal hozzájárultak ahhoz, hogy hazánkban a törvény e rendelkezései alapján újraélesztés visszautasítása ismereteim szerint mindezidáig nem történt, pedig igény lenne rá, mint az a kérdőíves vizsgálatunkból korábban kiderült [2]. A törvény a beteg által kért, de szakmailag nem indokolt (hasztalan) kezelés esetén betegvizsgálat után megengedi annak orvos általi elutasítását (Eütv. 131.§ (3b)). Az Etikai Kódex nem rendelkezik az újraélesztéssel kapcsolatban, és az eutanázia kapcsán sem tér ki a beteg Eütv. által biztosított kezelés-visszautasítási jogára. A kódex szerint súlyosan etikátlan, ha az orvos a betegben a kezelés javaslatával hamis illúziót kelt. Továbbá az orvos a helyszínen maga dönti el, hogy sürgős szükség és veszélyeztető állapot esete fennáll-e. Ha a rendelkezésre álló információból a sürgős orvosi ellátás szükségességét biztonsággal nem lehet megállapítani, úgy kell eljárni, mintha az bizonyítottan fennállna! (Etikai Kódex 13., 55.) Fenti két rendelkezés a hasztalanság két előbbieken ismertetett formájára utal. Bár a törvény lehetőséget biztosítana rá, mégis jelentős az elmaradás az életvégi döntések és ezen belül az újraélesztés szakmai-etikai normáinak megteremtése terén. A normák nem térhetnek el a hatályos jogi szabályozástól, és alapvetően meg kell felelniük a korábbiakban ismertetett egyezményekben lefektetett etikai alapelveknek is. Korábbi vizsgálataink szerint azonban a hazai paternalista gyakorlat jelentősen eltér ezektől a normáktól [2].

## **Kapcsolat a DNAR és az életvégi döntések közt**

A DNAR rendelkezés belépőül szolgálhat az életvégi döntések során a további kezelések visszautasításához. Számos klinikai vizsgálat mutatta ki, hogy a DNAR rendelkezések befolyásolják az életveszélyes állapotú betegek kezelését. Ennek egyrészt az lehet az oka, hogy a klinikai halál állapota (periarrest időszak) gyakran elhúzódik, és nehezen különíthető el a definitív szívmegállástól kritikus állapotú betegeknél, így a rendelkezést hibásan már az előbbi időszakra is alkalmazzák. Másrészt a DNAR rendelkezés beteggel történő megtárgyalása sokkal egyszerűbb folyamat, mint a komplex életvégi preferenciák tisztázása, ezért az orvosok gyakrabban alkalmazzák azt. Harmadszor a DNAR konkrét akcióterv, mely az életvégi döntések meghozásához is iránymutatásként alkalmazható. Ennek azonban súlyos következménye lehet a részleges DNAR utasítás (pl. ne intubálj), mely az összes rendelkezések közel egytizedét teheti ki. Ezek a rendelkezések gyakran nem világosak, szóbeliek, és nem ritkán orvosilag értelmetlen kezelés kombinációkat eredményeznek. A problémák megelőzésére Berger az életvégi döntések komplex átalakítását javasolja oly módon, hogy a beavatkozás orientált terv (a DNAR ilyen) helyett cél orientált terv készüljön az életvégi döntések megalapozására. A beteg preferenciái és specifikusan elutasított kezelése ismertetében az orvos határozza meg a javasolt kezeléseket, különös figyelemmel az orvosilag értelmetlen összeállítások elkerülésére. A tervet írásban érthetően rögzíteni kell, hogy a stáb minden tagjának világos iránymutatásként szolgáljon.

## **Háttér: autonómia és hasztalanság**

Cselekvőképes beteg joga, hogy visszautasítsa az újraélesztést. Az újraélesztés speciális orvosi beavatkozás, melynél elsősorban nem az alkalmazásához, hanem visszautasításához szükséges a beteg engedélye. A beteg döntési helyzete számos klinikai vizsgálat eredménye szerint jelentősen korlátozott, és alapvetően attól függ, az orvos mennyire érdeklődik betege újraélesztéssel kapcsolatos preferenciái iránt, és milyen mértékben tájékoztatja őt. Hegedűs Katalin hazai vizsgálatai megerősítették, hogy a haldokló beteg szinte kirekesztődik saját ellátásból, az életfunkciók fenntartása érdekében kifejtett erőfeszítések sok esetben csak a beteg további szenvedését eredményezik. Az orvosok gyakran helytelenül ítélik meg betegeik újraélesztéssel kapcsolatos preferenciáit. Ennek hátterében egyrészt a nem megfelelő orvos - beteg kommunikáció, az orvosok betegektől eltérő értékrendje és paternalizmusa, másrészt pedig a betegek valóságot kevésbé tükröző elvárásai szerepelnek. Egy vizsgálat szerint például a betegek újraélesztéssel kapcsolatos preferenciáit alapvetően befolyásoló televízióban a kutatási időszak alatt az „újraélesztett betegek” átlagos „túlélése” 67%-os volt a reálisan várható 5-15%-hoz képest. A betegek önmaguktól ritkán igénylik a DNAR rendelkezést, típusosan orvosi javaslatra a beteg jóváhagyásával történik a rendelkezés bevezetése. Ez a módszer azonban jelentősen csökkenti a beteg autonómiáját, hiszen alapvető jelleggel jelennek meg az orvos és a szakmai társadalom értékítéletét tükröző orvosi szempontok. A beteg autonómiája másrészt állapota miatt is jelentősen korlátozott, hiszen nincsen az autonóm döntés meghozatalához szükséges racionális és érzelmentes helyzetben, döntése pedig jövőbeni állapotát alapvetően befolyásolja. Rendkívül fontos ezért az alapos és folyamatos orvos – beteg kommunikáció, valamint az orvosok etikai tárgyú továbbképzése, mely több klinikai vizsgálat szerint szignifikánsan javította a DNAR rendelkezések validitását (a beteg preferenciái megfelelőbben tükröződtek a DNAR rendelkezésekben), és ezzel az ellátás minőségét.

Az újraélesztés meg nem kezdését és abbahagyását alapvetően befolyásoló másik szempont a beavatkozás haszталansága. A haszталan kezelés orvosi elutasításával elsősorban nő a beteg autonómiája, hiszen az orvos tájékoztatási kötelezettségének eleget téve nem tartja hamis remények közt betegét, lehetőséget biztosítva ezáltal számára, hogy helyesebben ítélje meg saját helyzetét. Így a beteg az életmentő kezelést visszautasító kompetens döntését az informáltság megkívánt legmagasabb foka szerint tudja meghozni. Másrészt az orvosi szakma integritását rombolja, ha a „good clinical practice” haszталan kezelést illető elvei háttérbe szorulnak. A korábban már ismertetett Wanglie-ügy kapcsán a bíróság precedenst teremtett az USA-ban. Indoklásuk szerint az orvosok nem kötelezhetők általuk haszталannak 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 törvényes képviselő olyan osztályra szállíthatassa a beteget, ahol kezelését még nem ítélik haszталannak. A precedenst az USA több tagállama törvénnyel is megerősítette. Végül a haszталan kezelés alkalmazása sérti az igazságosság szempontjait, mivel a javak eltékozlását jelenti. Az előbbiekből láttuk, hogy az újraélesztéshez való jogot az igazságosság és nem az autonómia szempontjai határozzák meg, ezért a megállapítás etikailag nem kifogásolható. Murphy és Finucane operacionalizáló elmélete szerint haszталan a kezelés, ha olyan kicsi az esély a sikerre, hogy a társadalom – szakemberek és laikusok – úgy ítélik, hogy a beavatkozás nem éri meg a költségeit. Alaposabb vizsgálatok során azonban kiderült, hogy a megtakarított anyagi eszközök nem növelték érdemben a betegellátás színvonalát, amennyiben pedig a haszталanság fenti definíciója szerint történik a DNAR rendelkezés kiadása, nagy valószínűséggel találkozunk a beteg autonóm igényével is. Az igazságossági szempont tehát elméletben elfogadható, a gyakorlat azonban nem erősítette meg egyértelműen az elképzelést, mint arra a haszталanság elemzése kapcsán is utaltam. Konkrét alkalmazása ezért kizárólag további empirikus vizsgálatok eredményeinek tükrében javasolt, a tapasztalatok alapján kidolgozott és folyamatosan ellenőrzött szempontok szerint.

Ha a legkevésbé értékítélettel terhelt fiziológiai kritériumból indulunk ki, az újraélesztés akkor haszталan, ha légzés illetve keringés nem állítható helyre. Miután itt a klinikai halál kezeléséről van szó, a meghatározásnál a központi idegrendszeri funkciók is figyelembe veendőek. Fenti meghatározás ezért az agyhalálnál magasabb szintű központi idegrendszeri tevékenységet is megkíván. A haszталanságot kvantitatív módon szemlélve etikailag tehát azok az egyoldalú korlátozó intézkedések elfogadhatók, ahol az újraélesztés halálozása egyébként is 100%-os. Jó minőségű (prospektív, randomizált, nagy populáción végzett) klinikai vizsgálatok szép számmal születtek ebben a témában. Van Walraven vizsgálatai szerint amennyiben a kórházi újraélesztés során a szívmegállás és az újraélesztés között eltelt idő bizonyíthatóan több mint tíz perc volt, a szívmegállás tanú nélkül zajlott, és az újraélesztés megkezdésekor tapasztalt (iniciális) ritmus nem kamrafibrilláció vagy kamrai tachycardia (VF/VT) volt, a mortalitás 100 %-nak bizonyult. Hasonlóan magas szintű haszталanságot állapítottak meg idős súlyos hasi vagy mellkas sérülést szenvedett betegek, stroke-os illetve 3 alatti trauma-score-ral rendelkező betegek újraélesztése kapcsán. Jørgensen ezzel szemben az újraélesztés haszталansági alapon történő *abbahagyásához* dolgozott ki magas evidenciaszintű vizsgálatai alapján ajánlást. Klinikai bizonyítékok hiányában megkérdőjelezte továbbá a megkésést, illetve elhúzódó újraélesztés pontos időkorláthoz kötésének jogosságát. Vizsgálatai szerint amennyiben az újraélesztés után nem tér vissza nyolc órán belül a kalorikus vesztibuláris reflex, illetve negyvennyolc órán belül az eszmélet, az posztreszuszcitációs kezelés haszталannak minősíthető.

Az újraélesztés haszталanságának kvalitatív elemzése során a nyerhető életminőséget is tekintetbe vesszük. A beteg életminőségének megítélése szerint az orvos által hozott DNAR rendelkezés azonban súlyos paternalizmus, mely alapvetően sérti a beteg autonómiáját. Ezt különösen annak tükrében fontos hangsúlyozni, hogy, az orvos preferenciái bizony gyakran távol esnek a betegétől. Ezért az újraélesztés haszталanságának kvalitatív vizsgálatakor a beteg nem hagyható ki a döntésből. Egy szellemes hasonlaltal élve: sok ember gondolhatja, hogy lottózni (kvantitatív tényező) haszталan, hiszen rendkívül kicsi az esélye a nyereménynek. Ha azonban a nyeremény értéke (kvalitatív tényező) növekszik, egyre többen döntenek mégis a lottószelvény megvásárlása mellett. A nyeremény értéke minőségileg változtathatja meg az emberek döntését. Saját életének várható minőségét tehát mindenki csak maga ítélni meg, ebben az orvos csak tanácsot adhat, de nem dönthet. Az újraélesztés haszталansága igen nehezen meghatározható fogalom, célszerűbb talán olyan korrekt DNAR eljárást meghatározni, mely során a haszталansági tényezők a beteg értékítéletének tükrében jelennek meg ismételt és alapos orvos-beteg konzultációk során. Tartós egyet nem értés esetén az orvost ezután meg kell, hogy illesse a jog az általa haszталannak ítélt kezelés leállítására, mely előtt azonban lehetőséget kell biztosítani a beteg esetleges más intézménybe történő szállítására. A DNAR rendelkezések írásba foglalása, és rendszeres felülvizsgálata javasolt.

### **Az életmentő és életfenntartó kezelésekkal kapcsolatos etikai ajánlás**

A kezeléssel kapcsolatos döntések esetében a felvilágosított, belátási képességgel rendelkező felnőtt beteg kérése irányadó. Akut életmentő helyzetekben azonban rövid ideig, a beteg érdekében kívánsága figyelmen kívül hagyható.

Nagy jelentőséggel bír a beteggel vagy családjával, képviselőjével való párbeszéd. A beteg számára még kielégítő állapotában biztosítandó lehetőség a döntéshozatalhoz, különösen, amikor kezelése kockázatos szakaszához ér. Az orvos regisztrálja a beteg belátási képességét, és folyamatosan felül kell vizsgálnia azt. A kezelés meg nem kezdése esetén nem ajánlott elkülöníteni a kezelésekkben különböző kategóriákat, a beteg előnyét kell figyelembe venni. Az egyes kezeléseket a terápiás cél szemszögéből kell megítélni, folytatásának hasznosságát pedig folyamatosan felül kell bíráltni. Az életfenntartó kezelésekk megindításánál gyakran nincs mód és lehetőség a kezelés mérlegelésére, felfüggesztését azonban előzze meg etikai mérlegelés is. A döntés alapjául szolgáló tényeket meg kell beszélni a beteggel vagy képviselőjével, a döntést és magyarázatát pedig dokumentálni szükséges.

Cselekvőképtelen beteg helyett elsősorban előzetes rendelkezései alapján (élő végrendelet illetőleg tartós meghatalmazott jelölése), másodsor közeli hozzátartozója által ismert preferenciái szerint (helyettesített döntés), végül pedig legjobb érdeke alapján kell dönten. Cselekvőképtelen beteg képviselőjének elsősorban a beteg közeli hozzátartozója tekintendő.

Minden gyógyíthatatlan betegnél lehetőséget kell biztosítani a kezelés elfogadásáról vagy megtagadásáról szóló döntése meghozatalához, legyen szó akár terminális állapotú vagy még kompenzált állapotú betegről. A döntésekről azok szükségességének felmerülése előtt kell a beteget megkérdezni, meghozatalukkor pedig mérlegelni kell a nyerhető élet minőségét.

A kezelés felfüggesztése nem szabad, hogy etikailag nagyobb problémát jelentsen, mint a kezelés meg nem kezdése. Amennyiben a kezelés által nyerhető előnyök a továbbiakban már nem valósulnak meg, az nem indokolt többé. A terápia meg nem kezdését a következő

esetekben kell megfontolni: súlyos prognózisú betegség, a kezelés okozta megterhelés nagyobb a várható előnyöknél, illetve ha a beteg életminősége elfogadhatatlan lenne saját maga számára. Az orvosnak nem kell olyan kezelést felajánlania és fenntartania, melyet orvosi szempontból hasztlannak ítélt.

Hasztlannak ítélt intenzív kezelésnél a betegek ellátása során az emberi méltóság szem előtt tartása különösen fontos. Az ilyen betegek nem az intenzív osztályon ápolandók, az egészségügyi személyzetnek segítenie kell annak megértését és elfogadását, hogy a beteg kezelése ilyen állapotban indokolatlan. Az orvos és a nővér nem kötelezhető a hasztlannak ítélt terápia végrehajtására, de ha a beteg ezek után kívánja, lehetőséget kell teremteni az orvos váltására. Ha a beteg olyan kezelést szeretne, melyet az orvos feleslegesnek vagy hasztlannak ítélt, azt először a beteggel kell megbeszélnie. Amennyiben az orvos és a beteg hozzátartozója nem értenek egyet a beteg kilátásait illetően, az orvos nem kényszeríthető általa hasztlannak ítélt kezelés folytatására, lehetővé kell azonban tennie a beteg elszállítását más orvoshoz ebben az esetben. Ebben az esetben kórházi etikai bizottság illetőleg illetékes bíróság döntése válhat szükségessé.

Az agyhalott jogilag halottnak tekintendő, kezelésének folytatása csak abban az esetben indokolható, ha terhes, vagy szervdonor.

#### **Irodalom:**

[1] **Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine:** Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Critical Care Medicine*, 1990, **18**:1435-1439.

[2]. **Élő Gábor, Dobos Márta, Zubek László:** Az újraélesztés etikai vonatkozásai. *Orvosi Hetilap*, 2006; **147**:1273-1277.