

A TÁJÉKOZOTT BELEEGYZÉS

The informed consent

TDK DOLGOZAT

Készítette:

Jelige: Betegjogok

Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés.....	2
2.	A tájékozott beleegyezéshez való jog kialakulása, fogalma	4
3.	A tájékozott beleegyezés szabályozása	7
3.1.	Nemzetközi szabályozás	7
3.2.	Hazai szabályozás és a tájékozott beleegyezés részjogosítványai	9
4.	A tájékoztatás	12
4.1.	Kit illet a tájékoztatás	12
4.2.	A tájékoztatásról lemondás	14
4.3.	A tájékoztatás megadására kötelezettek köre	16
4.4.	Egyéniesített forma	18
4.5.	A kérdések ideje- elpocsékolt idő?	20
4.6.	Tájékoztatás vagy eltitkolás?- a terápiás privilégium.....	22
4.7.	Műtéti kockázatokról tájékoztatás	25
4.8.	Tájékoztatás a kezelési alternatívákról	30
4.9.	Tájékoztatás az ellátás díjáról	32
5.	Tájékozott döntés.....	33
5.1.	A beteg beleegyezése.....	33
5.2.	A beleegyezés megtagadása- tájékozott visszautasítás	35
5.3.	Életmentő, életfenntartó beavatkozások visszautasítása	36
5.4.	Önrendelkezés- és cselekvőképesség hiánya kontra támogatott döntéshozatal	37
6.	A témában szerzett önálló vizsgálati tapasztalataim értékelése	40
7.	Összegzés.....	45
	Irodalomjegyzék	47
	Felhasznált irodalmak.....	47
	Felhasznált jogforrások	50
	Mellékletek.....	51

„mert tudás és ismeret kell, ahhoz a joghoz is, hogy ki-ki saját élete feletti beleszólással ellenőrizhesse mindazokat a dolgokat, amelyektől élete, egészsége függ.”
/ Ottawai Egészségügyi Charta, 1986. november /

1. Bevezetés

Dolgozatom témájául a betegek tájékozott beleegyezéshez való jogát választottam, mivel a tájékoztatáshoz való jog a betegjogok között kiemelt helyet foglal el, hiszen e jog sérelme szükségszerűen maga után vonja más alapvető emberi és betegjogok sérelmét is. A tájékoztatáshoz való jog önmagában is fontos, de nélkülözhetetlen ahhoz is, hogy a beteg gyakorolni tudja az önrendelkezéshez való jogát, hiszen milyen alapon tud beleegyezni gyógykezelésébe, vagy milyen információ alapján tudja visszautasítani azt, ha nem kap korrekt tájékoztatást betegségéről és a kezelésére szolgáló módszerekről.

A tájékozott beleegyezés az egészségügyi ellátás, illetve orvosbiológiai kutatások során egy olyan folyamat, amelyben a beteg megismeri az adott beavatkozás előnyeit, veszélyeit és ezek alapján dönt.

Tájékozott beleegyezés két betegjogi pilléren alapul, az egyik a tájékoztatáshoz való jog, a másik az önrendelkezéshez való jog. Tehát e jog magába foglalja a tájékoztatást, a beleegyezést valamint az önkéntességet.

Az önrendelkezési jog kiteljesedéséhez az orvos biztosítja a feltételeket. Ha úgy tekintjük, hogy az információ egy zárt szobában van, akkor a doktor az, aki ezt feltárhatja. Ha az orvos nem nyitja ki az ajtót, akkor az információ hiányában a beteg döntése nem lesz tájékozott, önkéntes. De torzíthatja is a beleegyezést, ha az ajtó csak résznyire van nyitva, hiszen így az információk hiányosak. Amennyiben azonban az orvos kitarja azt a bizonyos képzeletbeli ajtót és minden információt a beteg tudomására hoz, a beleegyezés tájékozott és önkéntes lesz.

A legfőbb probléma, ami a dolgozatom megírását indokolta, hogy véleményem szerint a tájékozott beleegyezés tekintetében az elmúlt évek alatti jogfejlődés ellenére sem fektetnek elég hangsúlyt a betegjogok védelmére. Egyetértek azzal a nézettel, miszerint betegjog is olyasmi, mint a házasság: amikor a felek önként találkoznak és megegyezésre jutnak, akkor ebben a kapcsolatban a jognak nincs szerepe. Amikor azonban a két fél

között nézeteltérés támad, akkor a konfliktus tisztázására gyakran jogi eszközökhöz kell folyamodni.¹ Azonban ezek kidolgozására nem fordítanak elég időt, körültekintést.

Írásomban leginkább a magyar joggyakorlattal foglalkozom, az egyes pontokat kiegészítve nemzetközi forrásokkal, kitekintésekkel.

A dolgozat megírásakor elsősorban abból a hipotézisből indultam ki, hogy a betegek nem ismerik a jogaikat. Noha a jogi szabályozás elveti, mégis a paternalisztikus szemlélet uralkodik a gyógyításban, így ez a tájékozott beleegyezést is korlátozza.

Második hipotézisem, hogy a törvényi szabályozástól nagyban eltér a gyakorlati megvalósulás a tájékozott beleegyezés terén, hiszen az orvosok nem osztanak meg minden információt a betegeikkel. Habár a terápiás privilégium lehetőséget adhat bizonyos információk visszatartására, vitatott a módszer hatékonysága, jogszerűsége.

Szintén dilemmát okoz annak meghatározása, hogy mi az az elhanyagolható kockázat, amiről még nem kell tájékoztatni a beteget és így beleegyezését sem befolyásolja az információhiány.

Harmadik hipotézisem, hogy egy alternatív módszer megoldást nyújthat a cselekvőképességben felmerülő defektusok kiküszöbölésére, mivel a szociálisan hátrányos helyzetben lévők közé a betegeket is be kell sorolnunk, főként akkor, ha még a cselekvőképességükben is akadályozottak, s mint ilyeneknek még nagyobb szükségük van a jogaik biztosítására.

A dolgozatomhoz készítettem egy kutatást, amelyben száz Miskolc vonzáskörzetébe tartozó személy által kitöltött betegelégedettségi kérdőívet értékeltem. Vizsgálatom arra irányult, hogy milyen mértékben érvényesültek a betegjogok az egészségügyi ellátás területén, különösen a beteg-felvilágosítást és ennek információtartalmát vizsgáltam. Célom, hogy a kutatás eredményeivel alátámasztva mutassam be a tájékozott beleegyezéshez kapcsolódó problémaköröket, illetve ezek feloldásának esetleges módjait.

¹Lars Fallberg, a WHO európai betegjogi networkjének jogász munkatársának nyilatkozata
VAJDA ANGÉLA (2001): A betegjogok érvényesülése – Európai körkép *Lege Artis Medicina* (11.) 3. 234-236.

2. A tájékozott beleegyezéshez való jog kialakulása, fogalma

A bizalom kulcsfontosságú szerepet tölt be a tájékoztatással kapcsolatos kérdésekben. A jó orvos-beteg kapcsolat hasonlít a jó szülő-gyermek kapcsolatra. A jó szülő mindig a legjobbat akarja a gyermekének, és jobban tudja mi a jó neki, mert nagyobb a tudása, több a tapasztalata és jobb az ítélőképessége.² Tehát az orvos és a beteg között hagyományosan egy aszimmetrikus jogviszony alakult ki. Az orvos a szakmai kompetenciái révén átlátja a gyógyítást, míg a beteg általában nem képes arra, hogy teljes egészében megértse a betegségét és az alkalmazott kezelések lényegét. Ezt az eltolódást sokáig az orvosba vetett bizalom egyenlítette ki. Hiszen korábban az orvosokat és az orvostudományt egy tekintélyvel alapuló fölérendeltségi viszony övezte. A gyógyítóknak az emberek mitikus erőt tulajdonítottak, ilyen erővel ruházták fel például a honfoglalás-kori magyarok a táltost és a sámánt. Később ez a mitikus varázs ugyan megkopott, de az orvosokat még mindig csodálat, megbecsülés és bizalom övezte. Ebből az következett, hogy az orvosnak nem volt érdeke a tudását megosztani, így a gyógyítás sem lehetett maradéktalanul hatékony.

Az 1970-es évek kezdetén, elsősorban Nyugat-Európában, forradalmi változás állt be a hagyományos orvos-beteg kapcsolatban. Kiderült, hogy bizonyos krónikus betegségekben tartós, jó eredményt csak akkor lehet elérni, ha a beteget rendszeresen felvilágosítják saját állapotáról, ezzel a beteget mintegy partnerré téve a gyógyítás, gondozás folyamatában³. Így a korábbi paternalisztikus szemlélet lassanként átváltozott fogyasztói szemléletté, melyből a betegjogok is kibontakozhattak.

A kezelőorvos felel azért, hogy betege az elvárható leggondosabb ellátást kapja, azt ami a szakmai és etikai irányelveknek is megfelel. *Salus aegroti suprema lex esto*- azt jelenti : a beteg üdve a legfőbb törvény. Ez a gyógyítás legfőbb mesterségbeli kritériuma, ami biztosítja, hogy az orvosi hivatás gyakorlása során minden a beteg érdekében történjen.⁴

² DR. KOVÁCS JÓZSEF: Orvosi etika

<http://www.scribd.com/doc/46516379/5/fejezet-%E2%80%93-Az-orvosi-beavatkozasokba-valo-tajekozott-beleegyezés>

³ HALMOS TAMÁS (2006): Partneri viszony az orvos-beteg kapcsolatban és ennek hatása az egészségi állapotra *Magyar Tudomány*, 9, 1099.

⁴ GÓGL ÁRPÁD (2007): Egészségügyi ellátás és életminőség, *Polgári Szemle* (3.) 3.

A XX. század második felében kialakuló bioetika, pontosabban a bioetikai szemléletmód igyekszik megváltoztatni az eredendően aszimmetrikus viszonyt orvos és beteg között. Ennek a felfogásnak az az etikai alapja, hogy az orvos csak a szakmai ismeretek terén áll fölötté páciensének, viszonyuk minden más tekintetben - és főként erkölcsi vonatkozásban - két egyenrangú fél együttműködése kell, hogy legyen.⁵ Pontosabban fogalmazva csak kellene, hogy legyen, ugyanis mai modern társadalomban a technika fejlődésével párhuzamosan az orvostudomány egyre inkább automatizálódik, a betegszám növekedésével az orvosok túlterhelté válnak. Így az orvoslás mára egy, a fogyasztó által igénybe vett szolgáltatás.

Több mint egy évtizede annak, hogy az Európai Bíróság nagy vihart kavaráó Kohll és Decker döntései kimondták, hogy az egészségügyi szolgáltatások gazdasági jellegű szolgáltatásoknak minősülnek az Európai Közösség alapítószerződése értelmében.⁶

Az orvos és a beteg közötti kompetenciakülönbség feloldásának egyik eszköze a tájékoztatás, amely pótolhatja azt a funkciót, amit hosszú ideig a bizalom töltött be.⁷ Eredetileg az orvosnak csak az volt a kötelezettsége, hogy a beteg beleegyezését megszerezze egy-egy beavatkozás előtt. Arra azonban már korán fény derült, hogy a beteg önrendelkezési joga csak akkor tud teljességében érvényesülni, ha megkapja mindazt az információt, amire a döntése meghozatalához szüksége van. Ez az álláspont manapság különösen megfontolandó, mivel az új ismeretterjesztő technológiák korszakában a páciens számos olyan információforrással és kommunikációs csatornával kerül kapcsolatba, mely nélkülözi a személyes orvos-beteg kapcsolat előnyeit.

⁵ KAPOCSI ERZSÉBET (2000): Az orvosi hivatás autonómiájának etikai vonatkozásai *Lege Artis Medicina* (10.) 4. 358-364.

⁶ C-158/96 21. Kohll [1998] ECR I-1931;
C-120/95 Decker [1998] ECR I-1831 Európai Bírósági döntések

⁷ DÓSA ÁGNES (2002): Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért *Állam- és Jogtudomány* (43.) 23-72.

Nagyon fontos elkülönítenünk a paternalisztikus szemléletű egyszerű beleegyezést a tájékozott beleegyezés jogintézményétől:⁸

alá- és fölérendeltség, orvosi dominancia	orvos-beteg kapcsolat	egyenrangú felek kapcsolata
aktív: dönt	orvos szerepe	aktív: tájékoztat, javasol és részt vesz a döntésben
passzív: tudomásul vesz és engedelmeskedik	beteg szerepe	aktív: részt vesz a döntésben
egyirányú (az orvos közöl, a beteg tudomásul vesz)	kommunikáció	kétirányú (folyamatos párbeszéd az orvos és a beteg között)
kismértékű vagy tájékozatlan	a beteg informáltsága	nagymértékben tájékozott
nem jön létre, nem érvényesül	a beteg autonómiája	létrejön, érvényesül
érvényesül, de kisebb (csak a beteg orvosi érdeke)	az orvos autonómiája	érvényesül, de nagyobb (a beteg orvosi és egyéb érdekei is)
egyoldalú, a beteg az orvosban	bizalom	kölcsönös: a beteg az orvosban, az orvos a betegben

A tájékozott beleegyezés angolszász eredetű, szinte tükörfordítása az angol ‘informed consent’ fogalmának. A létrejöttre egy 1957-es amerikai bírósági ítélethez köthető, amelyben az orvos azzal védekezett, hogy nem szokás elmondani azokat a veszélyeket, amelyek egy vizsgálattal kapcsolatosak, tehát ő úgy cselekedett, mint kollégái többsége. A marasztaló ítélet szerint: „Az orvos megszegi a betegével szembeni kötelességét, és felelősséggel tartozik, ha bármely olyan információt visszatart, amely szükséges alapját képezi a betegnek a tervezett gyógykezelésbe való értelmes beleegyezéséhez. Továbbá, a kockázati tényezők kifejtésekor nagy körültekintéssel kell eljárni, csakúgy mint minden egyéb olyan tényező közlésénél amelyek szükségesek a tájékozott beleegyezéshez.” A tájékozott beleegyezés valójában nem más, mint az utasítási jognak az orvosi jogviszonyra való transzformációja.⁹

Az ‘informed consent’ ezen túlmenően két részre osztható, ‘express’ és ‘implied consent’-re. Az ‘express consent’ az, amit általában beleegyezésnek hívunk, legyen az írott, vagy szóban közölt. Az ‘implied consent’ olyan típusú beleegyezés, ami a beteg viselkedéséből és helyzetéből fakadó következményekkel foglalkozik. Ebbe beletartozik pl. a beteg beleegyezése abba, hogy egy gyógyszerhez, vagy szervhez csak várólistán juthat.¹⁰

⁸ DR. KOVÁCS JÓZSEF: Orvosi etika

<http://www.scribd.com/doc/46516379/5/fejezet-%E2%80%93-Az-orvosi-beavatkozásokba-valo-tajekozott-beleegyezés>

⁹ DR. KEMENES ISTVÁN: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései

<http://www.szitb.hu/doc/polgari/orvosi.pdf>

¹⁰ IFJ. LOMNICS ZOLTÁN (2007): A tájékoztatáson alapuló beleegyezés intézményének felelősségi kérdései a hazai joggyakorlat tükrében *Iustum Aequum Salutare* (3.) 3. 179–190.

<http://www.jak.ppke.hu/hir/ias/20073sz/12.pdf>

3. A tájékozott beleegyezés szabályozása

3.1. Nemzetközi szabályozás

Az európai országok egy része megkísérelte jogszabályi szinten szabályozni az orvos és a beteg között létrejövő jogviszonyt illetően a jogokat és kötelezettségeket, míg máshol a normatív szabályozás hiányában tisztán a bírói gyakorlatra kell támaszkodni ezen a területen. Részletes szabályozást találunk a tájékoztatásra vonatkozóan Svédországban, Finnországban, Hollandiában és Magyarországon, de Németországban, Ausztriában, Franciaországban és Portugáliában nem jellemző a normatív szabályozás.¹¹

Nemzetközi viszonylatban azonban már igen hamar sor került a törekvésre, hogy betegjogokat egységesítsék, vagy legalábbis a szabályozásokat egymáshoz közelítsék.

A nürnbergi orvosper¹² során napvilágra került, világszerte általános hiányosságokat 1947-ben a Nürnbergi Kódex 10 pontjával kívánta szabályozni a hadbíróóság. Ennek első pontja rendelkezik arról, hogy a beavatkozásokhoz a beteg önkéntes, tájékozott beleegyezése szükséges.

Fontos jogforrásnak tekinthető a Lisszaboni Deklaráció,¹³ amelyet az Egészségügyi Világszervezet 1981-ben jelentetett meg. A deklaráció a teljesség igénye nélkül foglalja magába az egyes betegjogokat. Így például, hogy a beteg szabadon választhasson orvost, a beteg személyes adatainak titkos kezelését, a jogot az emberhez méltó halálhoz.

A WHO 1994-es Betegjogi Deklarációja¹⁴ célja a betegjogok nemzetközi szabályozása, a nemzeti jogok egymáshoz közelítése volt. Részletesen szabályozza a tájékozott beleegyezés kérdését is. Ez a deklaráció már előrelépést jelent abban, hogy törekszik annak szabályozására, hogy a beteg az önrendelkezési jogával élhessen és ehhez egyéniesített, érthető módon kapjon tájékoztatást.

Az Európa Tanács 1997-es Oviedói Egyezménye¹⁵ már kötelező érvényű a részes államokra, ez viszont azzal jár, hogy az összeütközések elkerülése érdekében általánosabb fogalmakkal kell dolgozni. Kiemelt helyen foglalkozik a tájékozott beleegyezés

¹¹ MOLNÁR ANGÉLA (2001): A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében, *Lege Artis Medicina*, (11.). 8-9. 597-610.

¹² 1946. december 9. és 1947. augusztus 20. között zajlott Nürnbergben azoknak a német orvosoknak a pere, akik a nemzetiszocialista diktatúra során az orvosi eszközzel mélyen ellentétes, emberiség ellenes bűntetteket hajtottak végre.

¹³ 1996. Lisszaboni Betegjogi Deklaráció

¹⁴ 1994. III. Amszterdami Deklaráció a betegek jogainak előmozdításáról Európában

¹⁵ 1997. Európa Tanács- Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról

kérdésével. Kitér azokra az esetkörökre is amelyek korábban nem kerültek szabályozásra. Így különös figyelmet szentel a cselekvőképtelen és a korlátozottan cselekvőképes személyek védelmének, ilyen esetben a törvényes képviselő hozzájárulása szükséges, számára mindazt az információt meg kell adni, ami a beteget megilletné. Kimondja, hogy sürgős szükség esetén minden szükséges beavatkozást el kell végezni, annak ellenére, hogy nincs mód a tájékozott beleegyezés megszerzésére.¹⁶ Az Egyezmény a 2002. évi VI. törvény bevezetésével vált kötelező érvényűvé Magyarországon.

2002-ben egy civil szervezetekből álló európai hálózat (Active Citizenship Network) közzétette az Európai Betegjogi Kartát, mely tizennégy jogot kiált ki. A karta alapvető jogként határozza meg a személy egészségügyi állapotára vonatkozó, valamint az egészségügyi ellátással kapcsolatos információhoz való hozzáférést. Az Európai Betegjogi Kartában kikiáltott jogokat az Európai Unió Gazdasági és Szociális Bizottsága (EGSZB) is elismeri. A 2008-ban közzétett EGSZB betegjogi vélemény a tájékoztatás jogát nem öncélként, hanem a szabad és felvilágosult döntés eszközeként határozza meg. Eszerint, a megfelelő tájékoztatás alapfeltétele a tájékoztatott beleegyezésnek, és ugyanakkor előmozdítja a személy autonómiáját és saját egészségével kapcsolatos döntési felelősségvállalását. Az egyénre szabott információhoz való hozzáférés az egészségügyi ellátásban tapasztalható egyenlőtlenségek leküzdésének és a rendszerhez való általános hozzáférés javításának elengedhetetlen feltétele. Az EGSZB vélemény a tájékoztatási jog tartalmát kiterjeszti az egészségügyi rendszer működésére, valamint a gyógyítást végző struktúrákra, szakemberekre is. A rendszer működésének ismerete ugyanis csökkenti a nem helyénvaló követelések megjelenésének valószínűségét.

Az Európai Bizottság 2008-ban javaslatot tett egy irányelvre, mely a páciensek jogainak érvényesítését célozza a határokon átnyúló egészségügyi ellátásban. Ezt a javaslatot azonban az Európai Parlament és a Tanács egyaránt elutasította. Ezt követően, a 2008-ban javasolt irányelv nem gazdasági jellegű, hanem szociális kezdeményezésként lett bemutatva: az EU Megújult Szociálpolitikai Menetrendjének részét képezte. A tájékoztatáshoz való jog megközelítésében a hangsúly a gazdasági és fogyasztói szempontokra, valamint a szolgáltatások szabad kínálatának előmozdítására kerül.¹⁷

¹⁶ DÓSA ÁGNES (1996): A tájékozott beleegyezés az európai államok jogában és a nemzetközi dokumentumokban *Acta Humana* 47-61.

¹⁷ FÖLDES MÁRIA ÉVA: A páciens tájékoztatáshoz való joga a bővített Európában: a romániai és a magyarországi szabályozás áttekintése az európai uniós jog tükrében Tilburgi egyetem, TILEC (Tilburg Law and Economics Center) <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=121981>

3.2. Hazai szabályozás és a tájékozott beleegyezés résztartományai

A tájékozott beleegyezés megléte, mint követelmény elengedhetetlen része az orvosi beavatkozásoknak, egészségügyi szolgáltatásoknak. Ezt mi sem bizonyítja jobban, hogy számos jogági rendelkezés védi a tájékozott beleegyezést, hiszen szabályozást nyújt a Polgári Törvénykönyv, a Büntető Törvénykönyv és még Alkotmánybírósági határozatok¹⁸ is találunk az önrendelkezési joghoz kapcsolódóan.

A Polgári törvénykönyv a személyhez fűződő jogokkal védi a betegek érdekeit, ezen keresztül korlátozva az orvos tevékenységét. A törvény biztosítja a személyes adatok védelmét¹⁹, ez mind az orvos, mind a beteg adataira vonatkozik. A képmáshoz való jog²⁰ biztosítja például, hogy az orvos ne adhassa ki szabadon a betegről készült röntgen felvételeket. Valamint a Ptk. által meghatározott titokjoghoz²¹ kapcsolódik az orvos titoktartási kötelezettsége.²²

Az orvosi jogviszonyban az orvos a beteget nem utasításai, hanem a tájékozott beleegyezése szerint köteles gyógykezeltetni. A szerződési tartalom – a gyógykezelésre irányuló szolgáltatás – folyamatos módosulásához, változásához szükséges a beteg (megbízó) hozzájárulása, a beleegyezés pedig akkor releváns, ha előzőleg megfelelő információkon alapult, vagyis ha a tájékoztatás megfelelő volt. A megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezés hiányában az orvosi beavatkozás jogszerűségét megalapozó szerződés, a beteg beleegyezése, mint jogellenességet kizáró ok hiányzik, a beavatkozás – megállapodás, beleegyezés hiányában – jogellenessé válik. A jogellenes orvosi beavatkozás kártérítési következményekkel jár.²³

A büntetőjogban is találunk rendelkezéseket, hiszen a törvény kimondja, hogy aki beleegyezéshez, hozzájáruláshoz illetőleg tájékoztatáshoz kötött egészségügyi beavatkozást, orvostudományi kutatást, szerv- vagy szövet kivételt, szerv- vagy szövetátültetést a jogosult beleegyezése, hozzájárulása nélkül végez, vagy az előírt tájékoztatást elmulasztja büntetett követ el. Akkor is büntet a törvény, ha a hozzájárulás hiánya, a tájékoztatás

¹⁸ 22/2003. (IV. 28.) AB határozat az eutanáziáról

36/2000. (X. 27.) AB határozat korlátozottan cselekvőképes betegek önrendelkezési jogáról, valamint pszichiátriai betegek mozgásszabadságának korlátozásáról

¹⁹ 1959. évi IV. törvény 83. §

²⁰ 1959. évi IV. törvény 80. §

²¹ 1959. évi IV. törvény 81. §

²² 1997. évi CLIV. törvény 138. §

²³ DR. KEMENES ISTVÁN: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései
<http://www.szitb.hu/doc/polgari/orvosi.pdf>

elmaradása gondatlanságból történt.²⁴

Magyarországon alapvetően az Egészségügyi törvény²⁵ az, amely a betegjogok, így a tájékozott beleegyezés jogi kereteit megteremti. A törvény önálló VI. fejezete tartalmazza az egészségügyi dolgozók jogait és kötelezettségeit, amely szorosan összefügg a törvény II. fejezetével- a betegek jogaival és kötelezettségeivel.

A törvény által kimondott betegjogok:

- a megfelelő szintű egészségügyi ellátáshoz való jog,
- az emberi méltóság tiszteletben tartásához való jog,
- a kapcsolattartás joga,
- az intézmény elhagyásának joga,
- a tájékoztatáshoz való jog,
- az önrendelkezéshez való jog,
- az ellátás visszautasításának joga,
- az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga,
- az orvosi titoktartáshoz való jog.

A tájékozott beleegyezés tehát megába foglalja a beteg tájékoztatáshoz való jogát valamint az önrendelkezéshez való jogát is. Az egészségügyi törvény alapján, ha valaki egészségügyi szolgáltatást vesz igénybe, joggal kérheti, hogy részletes tájékoztatást kapjon:

- egészségi állapotáról (beleértve ennek orvosi megítélését is),
- a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról,
- a javasolt vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól,
- az ellátást végzők nevéről, szakképesítéséről és beosztásáról,
- a vizsgálatok, beavatkozások elvégzésének tervezett időpontjairól,
- döntési jogáról a javasolt vizsgálatok, beavatkozások tekintetében,
- a lehetséges alternatív eljárásokról, módszerekről,
- az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről,
- a további ellátásokról, valamint
- a javasolt életmódról.

²⁴ 1978. évi IV. törvény 173/H § (1),(3)

²⁵ 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (továbbiakban Eütv.)

A másik részjogosítvány az önrendelkezési jog, amely az ember alapvető személyiségi joga, mely az egészségügyben, diagnosztikus és a gyógyító eljárásokkal kapcsolatban is érvényesül. Az Egészségügyi törvény megfogalmazási szerint: a betegnek joga van arra, hogy a kivizsgálását és a kezelését érintő döntésekben részt vegyen, az egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg megtevesztéstől, fenyegetéstől és kényszersztől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja.²⁶

A tájékozott beleegyezés, mint követelmény filozófiai alapja az ember autonómiája tiszteletének az elve, amely szerint minden autonóm embernek joga van szabadon, saját értékei és élettervei szerint dönteni és cselekedni, s ennek a jognak csak mások hasonló jogai szabhatnak határt.²⁷

A beleegyezés csak akkor tekinthető azonban autonómnak, ha az illető tudja, hogy mibe egyezik bele. Mivel – mint láttuk – egy személy autonómiája, szabadsága csak akkor tényleges, ha az illető megfelelően tájékozott saját helyzete s a számára lehetséges cselekvési alternatívák tekintetében, így a beteg tájékoztatása a tervezett beavatkozások előnyeiről, hátrányairól stb. voltaképpen a beteg szabad döntéséhez szükséges feltételek megteremtését is jelenti, a beteg szabadságjogainak a biztosítását az egészségügy területén. Az autonómia elve egyszerűen megfogalmazva azt jelenti, hogy mindenkinek joga van arra, hogy élete fontos dolgaiban saját maga döntsön saját céljai, elvei és értékei alapján, az autonómia tiszteletének az elve orvosi vonatkozásban pedig azt, hogy tiszteletben kell tartani a betegeknek azt a jogát, hogy kezelésükről saját maguk döntsenek. Az autonóm döntés lehetősége adja emberi méltóságunk tudatának jelentős részét, s méltóságunk sérül, ha számunkra fontos dolgokban mások döntenek helyettünk.²⁸

²⁶ 1997. évi CLIV. törvény 15.§ (3)

²⁷ L. T. BEAUCHAMP, F. J. CHILDRESS (1989): *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York Oxford, 67–74.

²⁸ KOVÁCS JÓZSEF: A cselekvőképesség megállapításának bioetikai elvei
http://www.efoesz.hu/download/uptk_c_kovacs__jozsef_acselekvokepessegmegallapitanakbioetikaielvei.pdf

4. A tájékoztatás

4.1. Kit illet a tájékoztatás

Az egészségügyi törvény úgy fogalmaz, hogy a beteg jogosult tájékoztatásra. Itt azonban nem a hagyományos értelemben vett betegeket kell értenünk, hanem az egészségügyi szolgáltatás valamennyi igénybevevőjét.

A beteg tájékoztatáshoz való jogát és az orvos tájékoztatási kötelezettségét együtt kell értékelni. Hiszen a tájékozott beteg joga két oldalról közelítendő meg. Ami az egyik oldalon jogként jelenik meg, az a másik oldalon, vagyis az orvos oldalán, kötelezettséggé válik. Míg a betegnek joga van ahhoz, hogy egyéniesített formában - a beteg értelmi szintjének, korának, állapotának, iskolázottságának figyelembe vételével - részletes tájékoztatást kapjon az egészségi állapotát érintő kérdésekben, addig az orvos tájékoztatási kötelezettsége azzal a korláttal érvényesül, hogy a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint tájékoztassa a beteget annak egészségi állapotáról.

A cselekvőképes betegeket, ha arról le nem mondanak, személyesen kell tájékoztatni. Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetén az orvos a tájékoztatásba bevonja a beteg törvényes képviselőjét, közeli hozzátartozóit. Ezeknek a személyeknek a bevonása lehetséges cselekvőképes beteg esetén is, azért, hogy a beteg a vele történeteket könnyebben megérthesse, feldolgozhassa. A cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteget is tájékoztatni kell, értelemszerűen a korának és pszichés állapotának megfelelő módon.

A tájékoztatáshoz való jogról a beteg lemondhat, akár oly módon is, hogy azt másra helyezi át. Egészségügyi törvényünk a tájékoztatási jog gyakorlására való kijelölés két esetéről rendelkezik: az egyik, ha a cselekvőképes beteg nem akar tudni a betegségéről, és mást hatalmaz meg, hogy az orvossal tartsa a kapcsolatot; a másik pedig az, ha a beteg cselekvőképtelensége esetére jelöli ki, kit tájékoztassanak cselekvőképtelenségére tekintettel. Hasonló szabályozással többek közt Izlandon találkozhatunk.²⁹ Ezeket a nyilatkozatokat főszabály szerint írásban kell megtenni.

²⁹ MOLNÁR ANGÉLA (2001): A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében, *Lege Artis Medicina*, (11.). 8-9. 597-610.

A beteg rendelkezhet arról, hogy betegségéről vagy állapotáról kinek adható, vagy kinek nem adható felvilágosítás. Az orvos kötve van ezekhez a rendelkezésekhez. Célszerű, ha ez a dokumentációban a beteg aláírásával rögzítésre is kerül.³⁰

A hozzátartozók tájékoztatásánál az orvosnak különös figyelemmel kell lenni arra, hogy a beteg érdekei, személyiségi jogai ne szenvedjenek sérelmet. Gyakori, hogy a beteg hogyléte iránt telefonon érdeklődnek, de ilyen módon tájékoztatás csak abban az esetben adható, ha a tájékoztatást kérő személy egyértelműen azonosítható és felvilágosításra jogosult.

A világon általában a beteget illeti meg az adatai feletti kontroll, Ázsia és Afrika nagy részén viszont a jogszabályoktól függetlenül az egészségügyi adatokkal való rendelkezési jog a családfőt illeti meg. Ezeken a területeken a tájékoztatás is a családfő kiváltsága, azaz vagy csak őt vagy a beteg hozzátartozóval együtt mindkettőjüket informálja az orvos.

A beteg halála esetén, fontos követelmény, hogy a kezelőorvos és a boncolást végző orvos a kegyeleti jogokra is tekintettel adjon meg minden tájékoztatást a hozzátartozók részére mind a betegségre, mind a halál körülményeire, okaira vonatkozóan.³¹

³⁰ 1997. évi CLIV. törvény 25.§

³¹ 1997. évi CLIV. törvény 24.§ (9)

4.2. A tájékoztatásról lemondás

Az orvos általi informálásról le is lehet mondani, de a tájékoztatáshoz való jogáról lemondani csak a cselekvőképes betegnek van lehetősége. Azonban még az ilyen beteg esetében is csak bizonyos feltételek fennállása esetén lehet, illetve kell eltekinteni a tájékoztatástól és a beteg beleegyezésének megszerzésétől. A „nem tájékoztatás” jogát a WHO Amszterdami Deklarációja is biztosítja.

A tájékoztatásról lemondás két esetkörben lehetséges: ha a beteg maga mond le a tájékoztatásról és a sürgős szükség esete.³²

A beteg csak abban az esetben mondhat le a tájékoztatásról, ha tisztában van azzal, hogy az orvosnak kötelessége őt informálni, valamint, hogy a beavatkozás csak a beleegyezésével indítható meg és bármikor vissza is utasíthatja azt.

Fontos megjegyezni azonban, hogy ez sem lehetséges minden esetben. A tájékoztatásról nem lehet lemondani ha betegség természetét ismernie kell ahhoz, hogy mások egészségét ne veszélyeztesse.³³ Például fertőző betegségek esetében, ahol a beteg életmódja nagymértékben befolyásolja a betegség tovaterjedését, vagy olyan esetekben ahol az információ különleges fontossága ezt szükségessé teszi- pl. súlyos gyógyszer mellékhatások esetében.

A másik esetkör a sürgős szükséghez kapcsolódik. A Szegedi Ítéltábla egyik ítéletében megfogalmazta, hogy amennyiben egy műtéti beleegyezést követően, az invazív beavatkozás során annak olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely előre nem volt látható, az erre irányuló beleegyezés hiányában a beavatkozás kiterjesztése elvégezhető, ha ennek elmaradása a beteg számára aránytalanul súlyos terhet jelentene.³⁴ Az ítéletből kiolvashatjuk tehát, hogy beteg beleegyezését vélelmezni kell abban az esetben, ha egészségi állapotából kifolyólag ő azt nem tudja megadni, de a beavatkozás elmaradása maradandó egészségkárosodást okozna vagy ha a beteg közvetlen életveszélyben van és helyette más, erre jogosult személytől a beleegyezés kérése késedelemmel járna. Ezekben az esetekben nyilvánvalóan a tájékoztatástól is lehet tekinteni.

³² DÓSA ÁGNES (1996): A tájékozott beleegyezés az európai államok jogában és a nemzetközi dokumentumokban *Acta Humana* 47-61.

³³ 1997. évi CLIV. törvény 14. §

³⁴ Pf.III.20.527/2006.

Ha a cselekvőképes beteg kijelenti, hogy betegségéről, állapotáról tájékoztatást nem kér, az orvost a beteg kívánsága köti. Amikor a beteg lemond a tájékoztatás jogáról, azt írásba kell foglalni a jövőbeni esetleges konfliktusok elkerülése érdekében. Illetve a tájékoztatásról lemondás csakis írásban érvényes abban az esetben, ha a kezelésre nem terápiás célból, hanem a beteg kérésére kerül sor- például esztétikai műtétek esetén. Az utóbbi szabály indokoltságát alátámasztja az a körülmény, hogy a nem terápiás célból történő beavatkozások haszon- kockázat viszonyai – azaz az egészségi értelemben lényegében nem értékelhető javuláshoz képest esetleg jelen lévő jelentős kockázatfokozott körülményt tesznek szükségessé az eljárás alkalmazásával kapcsolatos egyéni döntések meghozatalánál.³⁵

A tájékoztatás azokban az esetekben is megilleti a beteget, amikor nem egyezik bele a kezelésbe, illetve az a páciens kifejezett tiltakozása ellenében is megtörténik a terápia, de csak akkor, ha nem feltétel a beteg beleegyezése. Ilyen eset lehet egy járvány esetén elrendelt kötelező gyógykezelés, amire még akkor is sort kell keríteni, ha a beteg nem egyezik bele, de szükséges a fertőzés továbbterjedésének megakadályozásában. Célszerű ilyenkor az általános tájékoztatást kiegészíteni annak magyarázatával, hogy miért szükséges a kezelés, mert ily módon a beteg megnyerhető a terápia elvégzésére, betartja az előírásokat.

Ha a beteg a tájékoztatási jogáról nem mondott le, számára a fekvőbeteg-gyógyintézetből való távozást követően az ellátás folyamatáról, a gyógykezeléssel kapcsolatos további javaslatokról összefoglaló, úgynevezett zárójelentést kell készíteni, majd át kell a részére adni.³⁶

³⁵ KOVÁCSY ZSOMBOR (2008): *Egészségügyi jog* 59. oldal Semmelweis Kiadó, Budapest

³⁶ POLECSÁK MÁRIA (1999): *A betegek jogai* 38. oldal Vince Kiadó, Budapest

4.3. A tájékoztatás megadására kötelezettek köre

Fontos szabály, hogy a kezelőorvos feladata a beteg tájékoztatása. Ha egy beteget több orvos kezel, és ezért a tájékoztatás feladatát több orvos látja el, figyelmet kell fordítani arra, hogy a tájékoztatásban ne legyenek ellentmondások. Valamint elengedhetetlen kritérium, hogy a több kezelőorvos közül mindegyik csak a saját területére vonatkozóan adhat tájékoztatás. Például egy aneszteziológus és egy szívsebész esetén egymás szakterületéről nem informálhatják a beteget. Ezek csak konfliktusokat, félreértéseket szülnének.

A kezelőorvos a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint köteles tájékoztatni a beteget annak egészségi állapotáról³⁷ Ezt azért fontos kiemelni, mert a „tőle elvárhatóság és a legjobb tudás” egyénenként változó. Tehát a beteg szemszögéből nem mindegy, hogy a tájékoztatást egy neves orvos-professzortól vagy egy kezdő, rezidens orvostól kapja. Ezért nem tartom elfogadhatónak Dr. Kemenes István álláspontját, miszerint nem a károkozó egyéni adottságainak, szubjektumának van jelentősége a gondosság megítélése során, hanem a konkrét károkozótól függetlenül, egy elvont, a társadalmi közfelfogásból következő elvárhatóságnak, amelyet a bírói ítélkezési joggyakorlat közvetít.³⁸ Habár a tőle elvárhatóság valóban egy büntetőjogi kategória, az egészségügyi törvény mégis ezt a megfogalmazást használja, mivel nyilvánvaló, hogy több különböző szakmai tapasztalattal rendelkező orvos esetében a mérce nem azonos.

Fontos, hogy a beteg megkapja a tárgyilagos, részletes, körültekintő és a valóságnak megfelelő tájékoztatást, e nélkül ugyanis nem valósulhat meg a tájékozott beleegyezés. Ezt a Legfelsőbb Bíróság is megállapította egy perben³⁹, ugyanis ebben az esetben a betegen nyaki gerincműtétet hajtottak végre, azonban a műtét alkalmával gerincvelő-károsodás következett be. A felperes állapota rosszabbodott, ezért másnap reoperációt hajtottak végre, aminek következtében a felperes egészségkárosodása teljes mértékűvé vált. Az orvos a műtétet megelőző vizsgálatok megkezdése előtt íratott alá a felperessel egy teljesen általános szövegű hozzájáruló nyilatkozatot, amelynek tartalmából nem állapítható meg, hogy a tájékoztatás, illetőleg felvilágosítás-adás mire terjed ki, milyen körű és mélységű volt. Arról azonban nem tájékoztatta a páciensét, hogy a műtéttel

³⁷ 1997. évi CLIV. törvény 134. §

³⁸ DR. KEMENES ISTVÁN: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései

<http://www.szitb.hu/doc/polgari/orvosi.pdf>

³⁹ EBH2001. 428.

csökkent esélyekkel, de együtt járhat komplikáció, így nem adta meg a részletes és körültekintő tájékoztatást.

A kezelőorvosok mellett az egészségügyi dolgozók is informálhatják a betegeket, de ők csak a beteg általános állapotáról adhatnak tájékoztatást, illetőleg csak ha az orvos megbízza, akkor van lehetőség az orvosi megbízás által meghatározott körben a beteget informálni. Ezért nagyon fontos, hogy az egészségügyi szakdolgozó a beteget csak az általa végzett ápolási tevékenységgel összefüggésben tájékoztassa és csak az általános ápolással kapcsolatos körülményekről adjon mind a betegnek, mind a hozzátartozónak tájékoztatást.⁴⁰ Tehát a beteg tájékoztatása nem a nővér feladata, hanem az orvos kötelessége.

Az Egészségügyi törvény külön nevesíti a tájékoztatáshoz való jog részeként, hogy a betegnek joga van megismerni az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását. Ez a rendelkezés nem csak azt jelenti, hogy a beteg tudja, elmondhassa másoknak, hogy kik vettek részt a kezelésében, hanem ez a gyógyulást segítő bizalmi kapcsolat alapja mindkét oldalról: az egészségügyi dolgozó ne a ketteskére, a beteg pedig ne a szőke kontyos nővérekre gondoljon, hanem lehetősége legyen a nevek ismeretével emberibb kapcsolatként megélni kiszolgáltatott helyzetét. Ugyanakkor a névkártya viselésével az egészségügyi dolgozók és a betegek esélyegyenlőségét is segítik, hiszen míg az intézmény a betegdokumentációban a beteg valamennyi személyes adatát nyilvántartja, addig a beteg számára csak az egészségügyi dolgozók által viselt névkártya teszi lehetővé az azonosítást.

Ehhez hasonló rendelkezéseket nemzetközi szinten is találhatunk. Törökországban a beteg jogairól szóló egészségügyi miniszteri rendelet a szabad orvosválasztáshoz kapcsolódva kibővíti a kezelőszemélyzet nevének, beosztásának ismeretének jogosultságát, mivel ez a kezelőszemélyzet tagjainak elfogadásához, választásához és mással helyettesítéséhez való jogot deklarálja. Még kiterjedtebb lehetőségeket biztosít a fantomsebészet (sub nomine sebészet) tilalma, amelyről az Amerikai Orvosszövetség rendelkezik kifejezetten, amely szerint a betegnek nemcsak az orvosi beavatkozásokba, hanem az azt végrehajtó orvos személyébe is bele kell egyezni.⁴¹

⁴⁰ KŐSZEGFALVI EDIT (2001): *Egészségügyi és betegjogi kézikönyv* 141-142. oldal, KJK-Kerszöv Kiadó, Budapest

⁴¹ MOLNÁR ANGÉLA (2001): A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében, *Lege Artis Medicina*, (11.). 8-9. 597-610.

4.4. Egyéniesített forma

A beteg tájékoztatásának mindig személyre szabottnak, az adott egyénhez igazodónak kell lennie. Ez nagyon ésszerűen hangzik így, azonban a joggyakorlat hosszú idő alatt munkálta ki ezt a megfogalmazást. Ugyanis fontos kérdés, hogy ki a tájékoztatás mércéje: az átlagos beteg vagy pedig az adott ügyben érintett beteg.

Erre a kérdésre a német, az osztrák és a svájci bírói gyakorlat egységesen azt a választ adja, hogy nem a józanul gondolkodó, vagy az átlagos beteg a kiindulópont. Tehát nem azt kell vizsgálni, hogy egy józanul gondolkodó ember a beteg helyében hogyan döntene, és nem is azt, hogy ugyanebben az esetben a betegek többsége hogyan reagálna.⁴²

A hazai szabályozás tekintetében két Legfelsőbb Bírósági végzést kell kiemelni. Az 1998-as határozat⁴³ indoklásában a Legfelsőbb Bíróság kifejti, hogy a tájékoztatás terén az elfogadott orvosi szokásjog a mértékadó. Azaz, hogy az adott időszakban általában milyen gyakorlat állt fenn a tájékoztatás módjáról, tartalmáról, terjedelméről.

Egy másik ügyben⁴⁴ már másként indokolt a Bíróság, ugyanis itt azt mondja ki, hogy az egyén a tájékoztatás mércéje, tehát a tájékoztatásnak az adott beteghez kell igazodnia.

Ezt a megfogalmazást veszi át az Egészségügyi törvény is, amikor kimondja, hogy a beteg jogosult a számára egyéniesített formában megadott teljes körű tájékoztatásra.⁴⁵

A tájékoztatást a beteg körülményeire, személyiségére, tűrőképességére tekintettel, fokozatosan, körültekintően kell elvégezni. Hiszen amit az egyik ember azonnal felfog, a másik csak nagyobb nehézségek árán tud értelmezni. A beteg betegségéről és állapotáról történő tájékoztatás legyen a valóságnak megfelelő, tárgyilagos és őszinte. A tájékoztatás során az orvos a valóságnál súlyosabbnak nem tüntetheti fel a betegséget, de nem ígérhet olyan eredményt sem, amelyre az orvostudomány adott állása szerint nem számíthat. Az orvosi kódex szerint súlyosan etikátlan, ha az orvos a betegben a kezelés javaslatával hamis illúziót kelt. Az egészségügyi dolgozóknak továbbá igyekezniük kell, hogy elkerüljék a latin kifejezések használatát, vagy ha erre nincs mód, akkor megmagyarázzák azok jelentését a páciensnek. Az kezelő nem eshet abba a hibába, hogy feltételezi a betegről a latin kifejezések ismeretét. Még akkor sem ha páciens orvos, hiszen a tapasztalat

⁴² DÓSA ÁGNES (2002): Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért *Állam- és Jogtudomány* (43.) 23-72.

⁴³ Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 24./226/1998/5.

⁴⁴ Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 21.242/2000/5.

⁴⁵ 1997. évi CLIV. törvény 13. § (1)

azt mutatja, hogy a tájékoztatás során ő is viselkedhet úgy, mint egy laikus. Csak azért mert valaki végzettségénél fogva rendelkezik egészségügyi ismeretekkel, nem jogosítja fel az ellátó személyzetet arra, hogy a tájékoztatást elmulasszák. Ez csak segítség lehet a számukra, hogy könnyebben elmagyarázhassák, megértethessék a betegség körülményeit, az ellátás menetét.

Habár nem helyettesítheti a szóbeli tájékoztatást az úgynevezett írásbeli blanketta tájékoztató, a betegek mégis szívesen veszik ezeket, hiszen alkalmasak arra, hogy a beteg hazavigye, áttanulmányozza őket, a családjával megbeszélje, így bizonyos ismeretek birtokába jusson az egészségügyi állapotával kapcsolatban. Ugyanakkor, mivel az esetek többségét nem fedik le a sablontájékoztatók és a betegek többsége sem felel meg az átlagbetegnek, nem mellőzhető az írásos anyag megismerését követően a személyes konzultáció. A prospektusok csak felkészültebb, nyugodtabb helyzetbe hozzák a beteget, hogy az orvossal való beszélgetés során feltehesse azokat a kérdéseket, amelyekre az írásos anyagból nem kapott választ, vagy ami még nem egyértelmű számára.

4.5. A kérdések ideje- elpocsékolt idő?

A tájékoztatási jog keretében a kezelőorvos és a beteg közötti kapcsolaton van a hangsúly, azaz, hogy a beteg és az orvosa beszélgessen, a betegnek legyen lehetősége, hogy kérdéseket tegyen fel és a számára nem egyértelmű dolgokról további tájékoztatást kapjon a kezelőjétől.

Azonban az ellátás legnagyobb problémája, hogy nincs idő a betegre, nem tájékoztatják megfelelően, így az orvosok döntenek a páciens helyett. Pedig az amerikai és a német kortárs joggyakorlat hatására Imre József professzor már az 1917-1918-as tanévben a kolozsvári egyetemen tartott „Orvosi-ethika” című előadásai alapján összeállított könyvében így ír erről: „Több kevesebb kockázat nélkül a gyógyítás sem megy; ...a beteg beleegyezése nélkül ezt soha nincs jogunk megtenni. Hogy némely műtét következményeinek pontos megismertetése esetleg a beteg baját, lelki izgalmaival, félelmét szaporíthatja, azt feltehetjük, de ez nem változtat az orvos kötelességén. Kegyetlenségnek mondják némelyek, hogy ilyen módon mintegy a beteget kárhozzátják arra, hogy döntsön saját élete vagy halála felett, de végre is kinek a joga másnak ez a döntés?”⁴⁶

Az egészségügyi törvény hosszas felsorolást tartalmaz arról, hogy a tájékoztatásnak mi mindenre kell kiterjednie. De ez tipikus Janus arcú rendelkezés, hiszen míg a beteg igényli, sőt kérdéseivel még részletesebb módon szeretné meghallgatni a valamennyi pontra kiterjedő tájékoztatást, addig a kezelőorvos sokszor úgy érzi, hogy e feladat elveszi az időt a gyógyító munkától, sőt az egészségügyi dolgozók sokszor nem is értik, hogy a számukra evidensnek tűnő kérdéseket miért kellene részletezni. A tájékoztatással és a páciens kérdéseinek megválaszolásával eltelt idő elpocsékoltnak, hasztalannak tűnik a szemszögükből. Sőt, a túl sok információ hallatán a betegek az orvosilag indokolt kezeléseket is gyakran visszautasítják.

Abból a szempontból is kétarcú e rendelkezés, hogy érvényesülése nem csak a beteg önrendelkezési jogának alapja, de kiemelt fontosságú a beteg „komfortérzete” szempontjából is. Számos esetben a beteg nagyobb jelentőséget tulajdonít a vele történő foglalkozásnak, törődésnek, amelynek kiemelt része a tájékoztatás során kialakult emberi kapcsolat, mint magának a technikai feltételek által lehetővé tett gyógyulásnak. A köztudottan igen nehéz körülmények között működő egészségügyi intézményekben a beteg

⁴⁶ MEDGYESI MARGIT: A betegek és az ő jogaik

http://www.mimnet.hu/0100_hun/index.asp?go=0100_informacio/0200_publikacio/view/&pid=77

ma is az emberi szót, a személyes törődést értékeli a legtöbbre, még akkor is, ha tudja, hogy egy röntgen felvétel sokkal többet segít egy diagnózis felállításában, mint a doktor bácsi kopogtatása, ennek ellenére ez utóbbit a közvetlen törődés érzete miatt sokszor többre értékelik.

Mégis az orvosnak minden esetben meg kell győződnie arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette. Sőt azon túl, hogy a beteg kérdezhet a konzultáció során, a kezelőorvosnak is célszerű olyan ellenőrző kérdéseket feltenni, amelyből egyértelműen kiderül, hogy a beteg nem azért nem él a kérdés lehetőségével, mert számára minden egyértelmű, hanem például azért, mert szégyelli orvosa előtt esetleges tájékozatlanságát, vagy az adott kérdés megvitatása zavarba hozza, esetleg nem tudja azt összhangba hozni szeméremérzetével.

A tájékoztatás továbbá nem egy egyszeri feladat. Hiszen minden újabb tény, körülmény felmerülésekor ismételten tájékoztatni kell a beteget. Illetve minden egye orvos-beteg találkozás során sort kell rá keríteni.

4.6. Tájékoztatás vagy eltitkolás?- a terápiás privilégium

A tájékoztatással kapcsolatos etikai és kommunikációs szakirodalom kimerítően foglalkozik a diagnózis közlésének morális aspektusaival, különösen a rossz prognózisú betegek tájékoztatásának kérdéseivel, hiszen egyáltalán nem mindegy, hogy a beteg milyen módon kap információt a betegségéről, mivel a magyar szabályozás nem ad felmentést a tájékoztatási kötelezettség alól.

Az Egészségügyi törvény kimondja, hogy a tájékoztatásnak mindig teljes körűnek kell lennie⁴⁷. Azonban ez nem volt mindig így. A Hippokratészi etika egyik alaptétele volt, hogy a beteg elől a lehető legtöbbet el kell titkolni. A terápiás privilégium lényege, hogy az orvos bizonyos információkat eltitkol a betegről humánus okokból, ezzel is megpróbálja megóvni őt.

Idővel ez a szemléletmód megváltozott. Az orvosok rájöttek, hogy a maradéktalanul alapos gyógyítás csak úgy érhető el, ha orvos és beteg együttműködik és tájékoztatják egymást. Az Amerikai Orvosszövetség 1980-as kódexe az első, amelyik az orvos kötelességévé tette a betegekkel szembeni őszinteséget.

A korábban említett nemzetközi dokumentumok fenntartják a lehetőséget arra, hogy ha az orvos úgy ítéli meg, hogy a beteg felvilágosítása nagyon súlyos károsodást okozna a betegnél, akkor az orvos eltekinthet a tájékoztatástól. Az egészségügyi dolgozók számára egyebek közt Ausztria, Finnország, Kanada, Hollandia, Japán és Szaúd-Arábia területén is fenntartott a terápiás privilégium.⁴⁸

A magyar szabályozás tekintetében érdemes megemlíteni a korábbi egészségügyi törvényt, amely eredetileg lehetővé tette, hogy az orvos indokolt esetben a beteg érdekében eltekintsen a tájékoztatástól. De 1990-től gyakorlatilag megszűnt a terápiás privilégium alkalmazásának jogi lehetősége, azonban ez a mindennapi gyakorlaton szinte semmit nem változtatott.⁴⁹ Sok egészségügyi dolgozó még mindig úgy véli, hogy a beteg nem kérdez rá, akkor nem tájékoztatja a betegsége súlyosságáról, annak következményeiről. Pedig az utóbbi években az orvosetikával foglalkozó szakemberek hangsúlyosan amellet érvelnek,

⁴⁷ 1997. évi CLIV. törvény 13. §

⁴⁸ MOLNÁR ANGÉLA (2001): A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében, *Lege Artis Medicina*, (11.). 8-9. : 597-610.

⁴⁹ DÓSA ÁGNES (1996): A tájékozott beleegyezés az európai államok jogában és a nemzetközi dokumentumokban *Acta Humana* 47-61.

hogy az autonómia mindenkor előnyt élvez a jóindulattal szemben, és ezért a betegeket minden esetben tájékoztatni kell, akár kívánják azt, akár nem.⁵⁰

Érdekes megoldást alkalmaz a japán egészségügyi és népjóléti minisztérium az egészségügyi dolgozók azon gyakorlatának leküzdésére, hogy visszatartják a betegől a tájékoztatást, ugyanis itt meghatározott összeget számíthatnak fel az orvosok, ha ismertetik a beteggel az egészségi állapotát és a kezelésére vonatkozó tervet.⁵¹

Etikai dilemmát vet fel a rossz kórjóslatú betegek tájékoztatása, ugyanis az orvosok általában úgy gondolják, hogy különösen a súlyos, daganatos betegségben szenvedők pszichésen nem felkészültek a betegségükre vonatkozó részletes információk befogadására. A jelenlegi szabályozás nem nyújt lehetőséget arra, hogy az orvos mérlegelje, adható-e teljes felvilágosítás a betegnek, vagy humánus okok miatt esetleg mellőzni kell a tájékoztatást.⁵²

Számos érv szól az eltitkolás, a kegyes hazugság mellett, így például, hogy a nyílt közlés reményfosztottá, depresszióssá, súlyosan neurotikussá tenné a beteget, esetleg öngyilkossá, tönkretenné hátralévő hónapjait. A terápiás privilégium azért is lehet megengedett mivel medicina nem egzakt tudomány, sokszor az orvos nem tudja pontosan meghatározni a diagnózist, illetve tévedhet is annak felállításában. Noha az empirikus vizsgálatok a teljes közlés mellett szólnak, igazából a betegek a megnyugtatót várják az orvostól, a lelkük mélyén nem akarják tudni a kedvezőtlen tényeket.⁵³

Azonban a terápiás privilégium ellen is számos érv felhozható: a tájékoztatás kifejezetten hasznos a beteg számára, kevesebb szenvedést okoz mint az elhallgatás, az őszinteség csökkenti a hozzátartozók terheit is. Ha a beteg nem tud állapota súlyosságáról, kevésbé lesz együttműködő az orvosával. Anyagilag is kárt szenvedhet a beteg. Valamint a kegyes hazugságok idővel az orvos szavahihetőségének elvesztéséhez vezetnek, így az orvosi szakmai is súlyos károkat szenvedhet.

A magyar törvényhozás is egyetért a fenti érvekkel, mivel kizárja a terápiás privilégium lehetőségét. Az egészségügyi törvény alapján az orvos kizárólag csak a beteg kérésére tekinthet el a tájékoztatástól, tehát önkényesen a kezelőorvos nem dönthet arról, hogy a beteget tájékoztatni kívánja e vagy sem, hanem egy teljes körű, általános

⁵⁰ BARZÓ TÍMEA (1996): Tájékoztatás és beleegyezés, mint a beteg alapvető joga *Magyar Jog* (43.) 2. 77.

⁵¹ MOLNÁR ANGÉLA (2001): A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében, *Lege Artis Medicina*, (11.). 8-9. 597-610.

⁵² TASZ, Betegjogok Magyarországon, Szabályok és Gyakorlat. 39. oldal

⁵³ KAKUK PÉTER (2009): A magyarországi betegjogi szabályozások és a tájékozott beleegyezés elve (DOTE Magatartástudományi Intézet)

tájékoztatási kötelezettség terheli.⁵⁴ De az orvosnak úgy kell eljárnia, hogy a tájékoztatás a betegben ne váltson ki káros hatást és lehetőség szerint ne rendítse meg a kezelésbe vetett bizalmát. A súlyos, vagy gyógyíthatatlan betegségek esetén kívánatos, hogy az orvos először csupán gyanúra hívja fel a figyelmet, azzal, hogy a végleges megállapításairól a későbbiekben fog tájékoztatást adni.⁵⁵ Ez az úgynevezett fokozatos tájékoztatás a beteg érdekét szolgálja, ezzel elkerülhető a titkolózás, de mégsem ijeszti meg olyan nagyon a beteget. Az orvos gondosságának azonban ki kell terjednie arra a kérdésre is, hogy felmérje a betege állapotát és ha arra a következtetésre jut, hogy szükséges, gondoskodni kell a további lelki gondozásról is.

A magyar szabályozás abban az esetben sem ad felmentést a tájékoztatási kötelezettség alól, ha a beteg hozzátartozója kéri az orvost, hogy ne közölje a beteggel a diagnózist. Az orvosnak ilyenkor is teljes körű tájékoztatásban kell részesítenie a beteget.⁵⁶

⁵⁴ KŐSZEGFALVI EDIT (2001): *Egészségügyi és betegjogi kézikönyv* 45. oldal KJK-Kerszöv Kiadó, Budapest,

⁵⁵ Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe http://www.mok.hu/upload/mok/document/MOK_etikai_kodex.pdf

⁵⁶ KOVÁCSY ZSOMBOR (2008): *Az egészségügyi jog nagy kézikönyve* 409. oldal, Complex Kiadó, Budapest

4.7. Műtéti kockázatokról tájékoztatás

A betegek részletes felvilágosítása, illetve tájékozott beleegyezése kiemelt figyelmet kapott az utóbbi időben, különösen a szövődmények kockázatát is hordozó orvosi beavatkozások kapcsán. E nélkül a terápiás terv felállítása is elképzelhetetlen és megengedhetetlen. Ahhoz viszont, hogy a beteg el tudja dönteni, hogy számára melyik beavatkozás vagy eljárás a leginkább elfogadható, számára érthető, és lehetőség szerint a legkisebb részletekre is kiterjedő felvilágosítás szükséges az orvos részéről.⁵⁷

A jogszabályok értelmében az orvos köteles a páciensét tájékoztatni arról, hogy a tervezett kezelés, vizsgálat vagy kutatási programban való részvétel milyen kockázattal vagy hátránnyal járhat. Ez alapján a beteg mérlegelheti a valószínű kockázatokat a valószínű előnyökkel szemben a lehetséges kezelés, teszt vagy kutatási célú vizsgálat során, és jogában áll azok elfogadása vagy visszautasítása.

Különösen fontos a tájékoztatás az úgynevezett invazív beavatkozások, műtétek esetén. Invazívnak azokat a beavatkozásokat nevezzük, amelyek során testbe hatoló fizikai behatásra kerül sor. Műtét előtt a betegeknek alá kell írni egy műtéti beleegyező nyilatkozatot, természetesen a megfelelő tájékoztatás után, aminek tartalmaznia kell a fentebb meghatározottakon túl azt is, hogy miért szükséges az adott beavatkozás, konkrétan milyen műtetre kerül sor, ez milyen várható eredményre vezet, valamint milyen kockázatokkal jár együtt.⁵⁸

A beavatkozással járó kockázat átvállalása csak akkor érvényes, ha az érintett személy tudja, hogy mit vállal, illetve mit kockáztat. Ezért a hozzájárulást csak akkor lehet érvényesnek tekinteni, ha a beteg előzetesen megkapta a szükséges tájékoztatást.⁵⁹

Egy 2000-ben született döntésben⁶⁰ a bíróság kimondta, hogy a betegnek ismernie kell a műtét elmaradása esetén várható következményeket és tudnia kell, hogy a műtéttel milyen kockázatot vállal. Ezért a bíróságnak nemcsak a hozzájárulás tényét, hanem a tájékoztatás tartalmát is vizsgálnia kell. Jelen ügyben a beteg aláírta azt a nyilatkozatot, amely szerint a szükséges beavatkozás természetéről és esetleges következményeiről szóló felvilágosítás alapján egyezett bele a műtétbe. A beavatkozás után azonban komplikációk

⁵⁷ SOBEL GÁBOR DR. –LANGMÁR ZOLTÁN DR. –TÖMÖSVÁRY ZOLTÁNDR. –PAJOR ATTILA DR. – SZABÓ ISTVÁN DR. (2010): Hogyan javítható a páciensek tájékozottsága a végzett műtétek kapcsán? – Megfontolások a mindennapi gyakorlat számára *Orvosi Hetilap* 151. 822-827.

⁵⁸ 1997. évi CLIV. törvény 13. §

⁵⁹ BARZÓ TÍMEA (1996): Tájékoztatás és beleegyezés, mint a beteg alapvető joga *Magyar Jog* (43.) 2. 77.

⁶⁰ BH2000.536.

adódtak és noha a beleegyezés a dokumentummal igazolható, a beteg vitatta, hogy a megfelelő tájékoztatást megkapta volna. A perben tanúk igazolták, hogy a páciens a kezelőorvos kimerítően informálta az állapotával és a beavatkozással kapcsolatban.

Az „orvosi műhiba” nem csupán olyan esetekben merül fel, amikor tévesen diagnosztizálják a betegséget a tünetekből (diagnosztikai tévedés), illetve a beteget tévesen kezelik (terápiás tévedés), hanem olyankor is, amikor az orvos a fokozatosan megszerzett, megismert információkat nem hozza teljes körűen a beteg tudomására, és így a gyógykezelő szolgáltatás egymásra épülő, következő lépéseihez nem szerzi meg a beteg beleegyezését.⁶¹ A gyakorlatban egyre több olyan pert indítanak, amelyben a beteg azt kifogásolja, hogy nem kapott megfelelő tájékoztatást. A tájékoztatás hányára alapított ügyekben az egészségügyi szolgáltatónak kell bizonyítania, hogy megfelelően tájékoztatta a beteget. Kutatások alapján megállapítható, hogy az egészségügyi szolgáltatók még mindig jelentéktelennek tekintik a tájékoztatási kötelezettségüket, és különösen annak dokumentálását.⁶² Az interneten is sok olyan beleegyező dokumentummal találkozhatunk, ahol a beteg azt írja alá, hogy minden kockázatról tájékoztatást kapott, azonban az sehol nincs kifejtve, hogy mi a „minden” kockázat. A korábban vizsgált perben is az okozta a problémát, hogy a dokumentumon nem szerepelt, miről informálták a beteget.

A Legfelsőbb Bíróság egy későbbi perben⁶³ is kimondta, hogy a műtéthez való hozzájárulás aláírása önmagában nem alkalmas annak bizonyítására, hogy a páciens a megfelelő tájékoztatást kapta.

A problémát némiképp feloldhatja az orvosi beavatkozásokról készült kép- és hangfelvételek készítése, hiszen az operáló orvosoknak is jelentős könnyebbséget jelent a filmfelvétel segítségével a beavatkozás lépéseinek, egyéb vonatkozásainak magyarázata, illetve részletes, közérthető ismertetése. Egy tanulmányban az azt végző orvosok több nőt kérdeztek meg, hogy mi a véleménye egyes operációk lefilmezéséről. A csoport 92%-a meg kívánta tekinteni a műtétjéről készített felvételt, és kifejezetten hasznosnak tartotta azt. A vizsgálat azt bizonyítja tehát, hogy betegek jelentős része érdeklődik betegségére és az alkalmazott beavatkozás részletei iránt. Igénylik a műtétről készített felvétel megtekintését,

⁶¹ DR. KEMENES ISTVÁN: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései
<http://www.szitb.hu/doc/polgari/orvosi.pdf>

⁶² DÓSA ÁGNES: Kártérítési felelősség- merre tovább?
<http://www.hazijogorvos.hu/content/view/115/79/1/1/>

⁶³ BH2003.17.

és a zárójelentéshez csatolva otthonukba is magukkal vinnék.⁶⁴

A műtéti tájékoztatás legnehezebb része az, amikor az orvosnak el kell döntenie, hogy melyek azok a kockázatok, amikre fel kell hívnia a beteget figyelmét. Nagyon nehéz feladat előre meghatározni, mely kockázatokról kell a beteget a beavatkozás elvégzése előtt tájékoztatni. Utólag mérlegelve az eset körülményeit, könnyebb megállapítani, hogy mely rizikókról kellett volna a felvilágosítást megadni.

Problémát okoz az is, hogy a beteg és az orvos kockázat-észlelése és perspektívái különbözőek lehetnek. Amennyiben a kockázatvállalás önkéntes, mint az extrém sportok esetén is, akkor az emberek a kockázatot hajlamosak lebecsülni. A kutatások alapján azonban elmondható, hogy a kényszer kockázatokat, amilyenre egy sebészeti beavatkozás során is sor kerül, a páciensek képesek túlozottan felértékelni.⁶⁵

A Legfelsőbb Bíróság egyik határozatában⁶⁶ kimondta, hogy „az 5–20%-os gyakorisággal a műtéti kockázat körében fellépő szövődmény olyan, a műtéttel általában együtt járó következménynek tekintendő, amelyről a beteget tájékoztatni kell, mert különben nem kerül olyan információk birtokába, amely alapján megalapozottan eldönthetné, hogy hozzájárul-e a műtéthez”. Természetesen ebben az ítéletében a bíróság csak az adott ügygel kapcsolatban hozott döntést és nem általánosságban foglalt állást, így semmiképpen nem vonható le az a következtetés, hogy az 5% alatti előfordulási gyakoriságú kockázatok nem tartoznak a tájékoztatás körébe.

A kockázatok körében döntő kérdés az, hogy meghatározható-e olyan előfordulási gyakoriság, amely alatt már nem kell tájékoztatni a beteget az adott kockázatról. A Legfelsőbb Bíróság egy ügy kapcsán kimondta, hogy a beteget nem kell tájékoztatni a műtét során esetlegesen, véletlenszerűen előforduló kockázat lehetőségéről, amely nem tartozik a műtéttel viszonylag nagy gyakorisággal együtt járó szövődmények körébe.⁶⁷ Jelen perben a felperes egy nőgyógyászati műtéten esett át, amely eredményeképp komplikáció adódott. A bíróság két dolgot vizsgált, az első, hogy az orvos a megfelelő gondossággal járt-e el a beavatkozás során, a másik kérdés az volt, hogy kapott-e megfelelő tájékoztatást a páciens. A határozat szerint bekövetkezett sérülés a legnagyobb gondossággal elvégzett műtét esetén is előfordulhat. A műtétet végző orvos gondatlan

⁶⁴ SOBEL GÁBOR DR. –LANGMÁR ZOLTÁN DR. –TÖMÖSVÁRY ZOLTÁNDR. –PAJOR ATTILA DR. – SZABÓ ISTVÁN DR. (2010): Hogyan javítható a páciensek tájékozottsága a végzett műtétek kapcsán? – Megfontolások a mindennapi gyakorlat számára *Orvosi Hetilap* 151. 822-827.

⁶⁵ KAKUK PÉTER (2009): A magyarországi betegjogi szabályozások és a tájékozott beleegyezés elve (DOTE Magatartástudományi Intézet)

⁶⁶ BH1995. 344.

⁶⁷ BH1998. 380.

magatartására adat nincs, a műtéti beavatkozás során véletlenül okozta a sérülést, a következmények elhárítására a szakmailag szükséges eljárást alkalmazta, a sérülés ellátását a szakma szabályai szerint végezte, és az azt követő gyógykezelés is megfelelő volt. Továbbá a minden tekintetben sikeres műtétnek is lehetnek kedvezőtlen következményei, a melyekről tájékoztatást kell adni. A perbeli sérülés nem ilyen következmény, hanem a műtét folyamán előforduló véletlenszerű esemény, ami a műtéttel járó kockázat körébe tartozik. A ritkán és véletlenszerűen előforduló sérüléssel előre számolni nem kellett, ezért erre az előzetes tájékoztatásnál külön kitérni sem kellett.

A német, az osztrák és a svájci gyakorlat is osztja azt az álláspontot, hogy nincs közvetlen összefüggés az előfordulási gyakoriság és a tájékoztatási kötelezettség között, a tájékoztatási kötelezettség alól nem mentesít önmagában az, hogy az adott kockázat nagyon ritkán fordul elő. Tehát az egészen ritka kockázatokról is tájékoztatni kell a beteget, ha a beavatkozás nem sürgős és ha a kockázatok – bekövetkezésük esetén – a beteg életét nagymértékben befolyásolják, életvezetését jelentősen megnehezítik.⁶⁸

A német bírói gyakorlat sajátos kettősséget mutat a műtéti tájékoztatók terén: egyrészt nagyon megengedő, hiszen számos kockázatról elfogadták a bíróságok, hogy az általánosan ismert, tehát ezekről a beteget, ha ezt külön nem kéri, nem kell tájékoztatni. Ugyanakkor rendkívül szigorú is, hiszen a tájékoztatás körébe bevonandó kockázatok körét nem a kockázat előfordulási gyakoriságától teszik függővé. Továbbá elfogadja, hogy az orvos rövidre fogja a tájékoztatást azon beavatkozások esetében, amelyek gyakoriságuknál fogva általánosan ismertek. Azokra a kockázatokra kell csak kifejezetten utalni, amelyek a laikus számára nem felismerhetők, meglepőek és a beteg számára jelentőséggel bírhatnak. A német legfelsőbb bíróság (BGH) többször kimondta: az orvos feltételezheti, hogy a beteg ismeri a nagyobb, narkózisban végzett operációkkal kapcsolatos általános kockázatokat, hacsak nem utal valamely körülmény arra, hogy a beteg az operációt – tévesen – teljesen veszélytelennek tartja. A BGH ítéleteiben az általánosan ismert kockázatok közé sorolta a sebfertőzés, a hegyszétválás és a zsírembólia lehetőségét is. Ausztriában és Svájcban ezzel szemben az álláspont az, hogy a beteget az általános kockázatokról is tájékoztatni kell.⁶⁹

A beteg beleegyezésével összefüggésben a joggyakorlatban néhány speciális, vitatott kérdés is felmerült. Kérdéses, ha az orvosi beavatkozás lehetséges, súlyos következményeiről a beteget ugyan nem tájékoztatják, de ez a fajta súlyos kockázat

⁶⁸ DÓSA ÁGNES (2001): Az orvos felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért *Lege Artis Medicina*, (12.) 1. 57.

⁶⁹ Uo.

ténylegesen nem is következik be, ezzel szemben bekövetkezik egy másik, olyan súlyos szövődmény, amelyre viszont előre számítani nem lehetett, és amelyre a tájékoztatási kötelezettséget sem mulasztották el, fennáll-e az orvos felelőssége. Az egyik közelítés szerint az orvos kártérítési felelőssége csak akkor áll fenn, ha éppen az a kockázat következik be, amelyről a beteget tájékoztatni kellett volna, mivel az okozati összefüggés csak ekkor állapítható meg. Ismeretes olyan másik közelítés is, amely szerint, ha a beteg megkapta volna a súlyos következményekre vonatkozó alapvető tájékoztatást, akkor a beavatkozást feltehetően nem vállalta volna – függetlenül attól, hogy utóbb éppen ezek a súlyos következmények nem álltak elő –, és akkor viszont a nem várt következmények sem következtek volna be.⁷⁰

Azt a körülményt, hogy az adott konkrét orvosi beavatkozást illetően – ha ahhoz a beteg külön hozzájárulása, beleegyezése szükséges – a jogellenességet kizáró ok valóban fennállott, azaz az orvos szerződés szerint, jogszerűen járt el, az ezt állító orvosnak kell bizonyítania. Bizonyítania kell azt is, hogy a hozzájáruló, beleegyező nyilatkozat nemcsak formális, hanem tartalmában a beteg tudatos döntése volt, amely előzetes teljes körű tájékoztatáson alapult. Önmagában a beleegyezés írásbeli dokumentálása nem elegendő, hanem egyértelműen bizonyítani kell az azt megelőző teljes körű és megfelelő tájékoztatás megtörténtét is. A bírói gyakorlat szerint különösen a műtét elvégzéséhez írásban megadott nyilatkozat nem bizonyítja a tájékoztatás tényleges tartalmát és azt, hogy az a jogszabályoknak megfelelő volt. Annak megítélése pedig, hogy az előzetes tájékoztatás bizonyított mértéke kielégítő, megfelelő volt vagy sem, a jogi - és nem szakértői – mérlegelés körébe tartozó kérdés.⁷¹

A tájékoztatást, ugyan úgy, mint egy egyszerű kezelés során is, minden orvos-beteg találkozáskor meg kell ejteni, azaz, mindegy egyes invazív beavatkozás során informálni kell a pácienset. A korábbi műtéthez adott tájékoztatás nem mentesít az újabb informálás alól, még ha ismét ugyanolyan műtétről van is szó.

A műtéti beleegyezést és a tájékoztatás megtörténtét az egészségügyi dokumentációhoz csatolni kell.

⁷⁰ DR. KEMENES ISTVÁN: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései

<http://www.szitb.hu/doc/polgari/orvosi.pdf>

⁷¹ Uo.

4.8. Tájékoztatás a kezelési alternatívákról

Egy adott betegség kezelésére gyakran több lehetőség is létezik. A módszerek közötti választást számos dolog befolyásolhatja, de mindig a beteghez igazodónak kell lennie. Vannak olyan esetek, amikor a több lehetséges alternatíva ugyanarra az eredményre vezet. Itt is mindenre kiterjedően tájékoztatni kell a beteget, de nagyobb a jelentősége azoknak az eseteknek, amikor a választható módszerek különböző kockázatokkal járnak. Itt nagyobb felelősség terheli az orvost a tájékoztatás terén, de a betegnek kell dönteni, hogy melyik kezelési típust választja illetőleg, hogy egy hosszú gyógyszeres kezelést választ-e egy esetleges operációval szemben. Nem csak a ténybeli, de az időbeli alternatívákról is tájékoztatni kell a beteget. Ezeknél nem azt kell eldöntenie a betegnek, hogy milyen kezelést kíván elvégeztetni, hanem, hogy azt a bizonyos beavatkozást mikor fogják megtenni. A pácienseket nemcsak az adott egészségügyi intézményben alkalmazott kezelési alternatívákról kell tájékoztatni, hanem más, esetleg újabb módszerekről is, még ha azok az adott szolgáltatónál nem érhetők el.

A beteg tájékoztatására azért is helyez megkülönböztetett hangsúlyt a törvény, mert megfelelő tájékoztatás hiányában a beteg számára nem egyértelmű, hogy miért és melyik gyógymódot javasolják számára. Amennyiben a gyógykezelésről történő döntések meghozatalában a beteg is részt vesz, együttműködőbb lesz az ellátás során, hiszen saját elhatározása alapján részese az ellátásnak. Rendkívül fontos ez a gyermekkorúak esetén és a cselekvőképességükben ugyan nem érintett, de az iskolázottságuk hiánya miatt a helyzetüket esetleg reálisan megítélni nem tudó beteg esetén. A korrekt, minden lehetőségre kiterjedő tájékoztatás az orvos-beteg kapcsolat elengedhetetlen feltétele.

A betegek joga továbbá tájékoztatást kapni az egészségügyi szolgáltatók által nyújtott egészségügyi szolgáltatások jellemzőiről, azok elérhetőségeiről és az igénybevétel rendjéről. Értelemszerű, hogy mielőtt a beteg egy egészségügyi szolgáltatóra bízza magát, tájékozódni kíván az ott működő osztályokról, az alkalmazott eljárásokról, a beavatkozást végzők szakmai tudásáról, az elvégzett kezelések gyakoriságáról és kimeneteléről. Ezt megteheti közvetlenül az egészségügyi intézménytől vagy különböző „reklámok” útján.

Az orvosok a ténykedéseiket hirdethetik, de ehhez az Orvos Etikai Kódex szigorú szabályok betartását követeli meg. Eszerint csak a tájékoztatás céljából közzétett, minősítés nélküli, tárgyyszerű, a közérdeket is szolgáló hirdetés engedélyezett. Nem társadalmi érdek a hirdetések révén a vizsgálatok, kezelések szaporítása, a gyógyszerfogyasztás növelése.

Tilos az olyan hirdetés, ami valamely szolgáltatás igénybevételére ösztönzi a betegeket, csupán anyagi érdekeket szolgál, illetve megtévesztő. Megtévesztő, befolyásoló lehet- így tilos is- a burkolt reklám, ilyen lehet gyógyító eljárások, ki nem próbált vagy el nem fogadott gyógymódok ismertetése, viták, köszönetnyilvánítások közlése. Nem etikátlan az olyan közérdekű hirdetés, amely ugyan növeli a vizsgálatok, kezelések számát, de célja nem haszonszerzés, hanem a prevenció, vagy az egészségi állapot javítása.

A hirdetés történhet újságban, televízióban, interneten, tehát lényegében bárhol, de fontos, hogy a vizuális megjelenés nem lehet harsány, nem tartalmazhat sokkoló effektusokat, de alkalmazkodhat a média jellegzetes képi világához.

4.9. Tájékoztatás az ellátás díjáról

Az orvosnak az is feladata, hogy a betegét a kezeléssel együtt járó szükségtelen költségektől és az aránytalanul magas anyagi terhektől megkímélje.

Az Eütv. egy speciális esetre is előír tájékoztatási kötelezettséget, nevezetesen arról rendelkezik, hogy az orvos a vizsgálatot megelőzően köteles a beteget arról tájékoztatni, hogy a vizsgálat és az azt követő ellátás térítési díját meg kell téríteni. Ez nyilván csak akkor lehetséges, ha a beteg állapota lehetővé teszi.

A gyakorlat azt mutatja, hogy a tájékoztatás ezen a téren is nagymértékben hiányos, pedig e tájékoztatási kötelezettség korrekt teljesítése számos további problémát előzhet meg, hiszen a páciensek leggyakrabban nem követik nyomon azokat a jogszabályi változtatásokat, amelyek eredményeként a biztosítási keret is változik.

Olyan esetekben, amikor több kezelési alternatíva is lehetséges, és mindegyik ugyanolyan eredményre vezet, akkor az orvos köteles ezek költségeiről is tájékoztatni a beteget, hogy maga dönthesse el, melyiket választja. De csak abban az esetben, ha a betegnek valós választási lehetősége van.⁷²

A kezelési költségeket a kezelés megkezdése előtt kell tisztázni. Érdemes a térítési díjakról pl. a rendelő axtájára kifüggeszteni egy jegyzéket. Így a beteg el tudja dönteni, hogy kívánja e igénybe venni a beavatkozást, vagy sem. A gyakorlatban ez remekül működhetne szakrendelések (pl. fogászat), magánrendelők esetében. De relatív kevés helyen találkozhatunk ilyesmivel. Pedig az Országos Egészségbiztosítási Pénztár is rendelkezett már e kérdérről: A betegek megfelelő tájékoztatása érdekében az OEP által készített, biztosítottaknak szóló tájékoztatókat, kiadványokat az egészségügyi szolgáltatók a betegforgalom számára nyitva álló helyiségeikben közzé kell tegyék.⁷³

⁷² DÓSA ÁGNES (2002): Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért *Állam- és Jogtudomány* (43) 23-72.

⁷³ Országos Egészségbiztosítási Pénztár tájékoztatása
http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_EBELLAT/ACH%C3%8DVUM%202010/ORVOSI_ELLATAS.PDF

5. Tájékozott döntés⁷⁴

5.1. A beteg beleegyezése

Elmaradhatatlan, hogy a beteg törvényi kereteknek megfelelően beleegyezését adja a vizsgálathoz, terápiához. A beteg jogosult arra, hogy a kivizsgálását és a kezelését érintő döntésekben részt vegyen. Bármely egészségügyi ellátás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg megtevesztéstől, fenyegetéstől és kénysertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja.⁷⁵ A hatályos magyar szabályozás alapján az érvényes beleegyezésnek a következő feltételeknek kell megfelelnie:

- A beteg a beleegyezést szabadon és önkéntesen adta.
- A beleegyezésnek fednie kell az elvégzett beavatkozást.
- Általában a beleegyezés a beavatkozásra felhatalmazott személyre szól.
- A beleegyezés tájékoztatáson kell, hogy alapuljon.
- A beleegyezést adó személynek erre törvényes felhatalmazással kell rendelkeznie (ez a probléma speciális esetekben merül fel, azaz eszméletlen betegnél, szellemileg erre képtelen személynél és kiskorúaknál).⁷⁶

A beleegyezés történhet szóban, írásban vagy ráutaló magatartással, formája attól függ, hogy milyen típusú beavatkozásról van szó, illetve a külső körülmények is meghatározóak. A beleegyezési dokumentum formáját tekintve az Európai Parlament és a Tanács irányelve alapján „tájékoztaáson alapuló beleegyezési nyilatkozat”: írásban, dátummal és aláírással megteendő, bármely, a beleegyezés megadására képes személynek, vagy – ha a személy nem képes megadni a beleegyezést – törvényes képviselőjének – a klinikai vizsgálat jellegéről, jelentőségéről, kihatásairól és kockázatairól való megfelelő tájékozottság és dokumentáció birtokában – szabadon felvállalt döntése az abban való részvételtől. Kivételes esetekben, ha az illető személy nem képes írni, szóbeli beleegyezés is adható legalább egy tanú jelenlétében, a nemzeti jogszabályok előírása szerint.⁷⁷

A magyar szabályozás nevesít bizonyos eseteket, amikor írásbeli beleegyezés szükséges, ilyenek az invazív beavatkozások, bármely a beteg életében eltávolított sejtjének, szövetének, testrészének felhasználása. A betegnek joga van arra, hogy halála

⁷⁴A szakirodalomban egyaránt megtalálható a tájékozott beleegyezés és a tájékozott döntés fogalmak használata. Célszerűnek tartom a tájékozott döntés fogalmát használni, hiszen ez magában foglalja a beleegyezés és a visszautasítás lehetőségét is.

⁷⁵ 1997. évi CLIV. törvény 15. §

⁷⁶ BARZÓ TÍMEA (1996): Tájékoztaás és beleegyezés, mint a beteg alapvető joga *Magyar Jog* (43.) 2. 80.

⁷⁷ Európai Parlament és a Tanács 2001/20/EK számú irányelve

esetére rendelkezzen a holttestét érintő beavatkozásokról. Tehát tiltakozhat az ellen, hogy halála után a szerveit, szöveteit bármilyen egészségügyi célra, így kutatásra vagy esetleg donorként felhasználják. Tiltakozó nyilatkozat hiányában azonban az orvosi kutatómunka elősegítése céljából a holttestből el lehet távolítani sejtet, szövetet, szervet, testrészt. Nyilvánvalóan a kegyeleti jogokat tiszteletben tartása mellett.

A szóban és ráutaló magatartással történő beleegyezésre akkor kerülhet sor, ha elhanyagolható kockázattal járó, rutin beavatkozásról van szó, például ráutaló magatartással a beteg beleegyezik az injekció beadásába, amikor a ruhája ujját felhajtva szabaddá teszi a karját.

A beteg beleegyezését vélelmezni kell abban az esetben, ha egészségi állapotából kifolyólag ő azt nem tudja megadni, de a beavatkozás elmaradása maradandó egészségkárosodást okozna és a beteg helyett más, erre jogosult személytől a beleegyezés kérése késedelemmel járna.

Nincs szükség beleegyezésre, ha a beteg közvetlen életveszélyben van vagy ha a beavatkozás elmaradása más személy egészségét, testi épségét súlyosan veszélyezteti.

Példaként említeném, hogy a virginiai jog csak a szövetvizsgálat, a biopszia, a mesterséges megtermékenyítés, valamint a HIV vizsgálatnál kívánja meg az írott formát. A telefonon keresztüli beleegyezés is elfogadott, ha szükséges. Ilyen esetekben jó, ha van egy második személy a vonalban bizonyítás céljából. Az ilyen beleegyezés csak meghatározott időkeretben érvényes. Az olyan kezeléseknél, mint pl. a kemoterápia, melyek hosszúak, akár 6 hónapon keresztül érvényesülhet a beleegyezés.⁷⁸

⁷⁸ IFJ. LOMNICI ZOLTÁN (2007): A tájékoztatáson alapuló beleegyezés intézményének felelősségi kérdései a hazai joggyakorlat tükrében *Iustum Aequum Salutare* (3.) 3. 179–190.

5.2. A beleegyezés megtagadása- tájékozott visszautasítás

A beteg azonban meg is tagadhatja a beavatkozást, vissza is utasíthatja az egészségügyi ellátást. A visszautasítás joga minden cselekvőképes beteget megillet, feltéve ha ezzel nem veszélyeztet másokat⁷⁹. A visszautasítás csak akkor érvényes ha azt közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében tett szóbeli nyilatkozatban tette meg a beteg. Az egészségügyi ellátást a beteg bármikor visszautasíthatja, akár egy hosszabb terápia ideje alatt is, és kérheti a további beavatkozások elhagyását. Ilyen esetekben a kezelőorvos, miután megpróbálta felderíteni a beteg döntésének okait, köteles tájékoztatni a beteget a további kockázatokról, a beavatkozás elmaradásának következményeiről.

Amennyiben a beteg cselekvőképtelen és nincs nyilatkozattételre jogosult személy, a beleegyezés és a visszautasítás jogának a megjelölt sorrendben az alábbi személyek jogosultak:

- 1) a beteg törvényes képviselője
- 2) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes házastársa vagy élettársa, gyermeke, szülője, testvére, nagyszülője, unokája
- 3) a fenti hozzátartozók hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes gyermeke, szülője, testvére, nagyszülője, unokája.

Az egy sorban nyilatkozattételre jogosultak ellentétes nyilatkozata esetén a beteg egészségi állapotát várhatóan legkedvezőbben befolyásoló döntést kell figyelembe venni. A fenti személyek nyilatkozata a kezelőorvos által javasolt invazív beavatkozásokhoz történő beleegyezésre terjedhet ki. E nyilatkozat azonban a beavatkozással fölmerülő kockázatoktól eltekintve nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát, így különösen nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodáshoz. A nyilatkozatról a beteget cselekvőképpessé válását követően azonnal tájékoztatni kell. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos döntésekben a cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg véleményét a szakmailag lehetséges mértékig figyelembe kell venni abban az esetben is, ha a beleegyezés, illetve a visszautasítás jogát fent megnevezett személyek gyakorolják.⁸⁰

⁷⁹ 1997. évi CLIV. törvény 20. §

⁸⁰ IFJ. LOMNICI ZOLTÁN (2007): A tájékoztatáson alapuló beleegyezés intézményének felelősségi kérdései a hazai joggyakorlat tükrében *Iustum Aequum Salutare* (3.) 3. 179–190.

5.3. Életmentő, életfenntartó beavatkozások visszautasítása

Bonyolultabb a helyzet az életmentő, életfenntartó beavatkozások visszautasítása esetén. Életmentő beavatkozás az az egészségügyi tevékenység, amely sürgős szükség esetén a beteg megmentésére irányul.⁸¹ Azt az egészségügyi tevékenységet, amely a beteg életének mesterséges módon történő fenntartására, illetve egyes életműködéseinek pótlására irányul életfenntartó beavatkozásnak nevezzük.⁸² Azért, hogy a betegség természetes lefolyása lehető váljon a beteg csak abban az esetben utasíthatja vissza a beavatkozásokat, ha betegsége olyan súlyos, hogy az orvostudomány mindenkori állása szerint gyógyíthatatlan és megfelelő egészségügyi ellátás mellett is rövid időn belül halálhoz vezet. Az Orvosok Világszövetsége 1992-ben kinyilvánította a betegnek azt a jogát, hogy orvosi ellátást visszautasítson még akkor is, ha ennek következménye a halál.⁸³

Ahhoz, hogy a beteg visszautasító nyilatkozata érvényes legyen a fentebb említett okiratiság mellett szükség van még egy háromtagú orvosi bizottság által kiadott írásbeli nyilatkozatra is. Az orvosi bizottság megvizsgálja a beteget, majd egybehangzóan, írásban nyilatkoznak arról, hogy a beteg a döntésének következményeivel tisztában van, illetve a betegség tényleg gyógyíthatatlan és halálhoz vezet. A betegnek az ezt követő harmadik napon két tanú előtt ismételt ki kell nyilvánítania a visszautasításra irányuló szándékát. Ha a beteg nem egyezik bele az orvosi bizottság vizsgálatához, akkor a visszautasítás nem érvényes. Minden esetben meg kell győződni arról, hogy a beteg a döntése következményeivel tisztában van e, döntéséhez megvan e a megfelelő belátási képessége és fel kell tárnai a döntés mögött rejlő okokat. Ha minden feltétel teljesül a visszautasított beavatkozást meg kell szüntetni, illetve meg sem lehet azt kezdeni. Ezek a garanciális feltételek azért nagyon fontosak, mert az ilyen esetekben emberi életéről van szó és mindenki csak önmaga dönthet a saját életéről. Az okiratok formai és alaki követelményei garantálják, hogy a nyilatkozat a betegtől származik, ezzel kizárva az idegenkezűséget, valamint mentesítik az egészségügyi dolgozókat az eutanázia vádjá alól.

Problémát okoz azonban az, hogy a gyógyíthatatlan és végstádiumban lévő beteg már nem cselekvőképes. Erre a problémára terjedt el megoldásként a fejlett nyugati országokban az élő végrendelet intézménye. Ez egy olyan okmány, amelyben az állampolgár még cselekvőképesen kinyilvánítja erkölcsi alapelveit, rendelkezik

⁸¹ 1997. évi CLIV. törvény 3. § n)

⁸² 1997. évi CLIV. törvény 3. § o)

⁸³ Dr. POLECSÁK MÁRIA (1999): *A betegek jogai* 138. oldal Vince Kiadó, Budapest

életfenntartó, illetőleg egyéb kezeléseket illetően, vagy megnevezi azt a személyt, aki a meghatalmazottja, azaz aki helyette dönthet.⁸⁴

5.4. Önrendelkezés- és cselekvőképesség hiánya kontra támogatott döntéshozatal

Amint azt már korábban kifejtettem a beleegyezést adó személynek erre törvényes felhatalmazással kell rendelkeznie, így problémát hordoz a szellemileg erre képtelen és kiskorú személyek köre. Ezért fontos kitérni az autonómia kérdéskörére is, hiszen amelyik személy nem autonóm, azt nem tekinthetjük cselekvőképésnek sem, és láthatjuk, hogy a cselekvőképesség hiánya kizárja, vagy legalábbis erősen korlátozza a tájékozott döntés lehetőségét is.

Autonóm az a személy, aki fizikai és pszichológiai korlátozás nélkül, szabadon mérlegelhet cselekvési alternatívák között, majd az általa választott alternatívának megfelelően cselekedhet. Nem autonóm az az ember, aki nem képes szabadon mérlegelni (például elmebetegség, a rá gyakorolt pszichológiai presszió vagy egyszerűen informátlansága következtében), vagy nem cselekedhet az általa választott terv szerint (például a vele szemben alkalmazott fizikai korlátozás miatt).

Az autonómia tiszteletének filozófiai elvét a jogban az egyén önrendelkezési jogaként szokták megfogalmazni. Hasonlóan széles körűen elismert jog mindenkinek saját teste integritásához való joga: az angol–amerikai jogrendszer például testi sértésnek tekinti már azt is, ha valaki más testét annak beleegyezése nélkül szándékosan megérinti. Mivel az orvosi beavatkozások a test érintésével járnak, ezért ehhez cselekvőképés beteg esetén mindig az érintett beleegyezése szükséges.⁸⁵

A cselekvőképesség számos aspektusa közül a tájékozott beleegyezés szempontjából a döntéshozatali képesség a legrelevánsabb. A döntéshozatali képesség pedig felveti a támogatott döntéshozatal kérdését.

A döntéshozatali képesség, mint fogalom szintén az angolszász irodalomban jelentkezett először. A döntéshozatali képesség átmenetileg vagy tartósan korlátozott lehet. Tipikusan akkor korlátozott, ha az egyén intellektuális fogyatékossággal (demencia,

⁸⁴ Dr. POLECSÁK MÁRIA (1999): *A betegek jogai* 137. oldal Vince Kiadó, Budapest

⁸⁵ G. POZGAR (1987) : *Legal aspects of Health Care Administration*. Rockville, 99.

szellemi betegség, agykárosodás) rendelkezik. Ugyanakkor az is gyakran előfordul, hogy az egyén kognitív képessége érintetlen marad, ugyanakkor képtelen kifejezésre juttatni akaratát (lásd beszédkézség elvesztése).⁸⁶ A cselekvőképtelen személyek esetében is korlátozott döntéshozatali képességről beszélhetünk.

Új Skóciában a kórházban kezelt páciens tényleges képességének a mérési feltételeit a Re McElroy ügykapcsán törvényben rögzítették. Eszerint egy 78 éves hölgyet képesnek talált a bíróság arra, hogy házasságot kössön, de a végrendelet elkészítésére már nem. A tényleges képesség mérése során, amely a kezeléshez való hozzájárulásra vagy megtagadásra irányult, három kritérium volt döntő: a) a páciensképes- e megérteni azt az állapotát, amelyre a kezelés irányul, b) képes- e megérteni a kezelés mibenlétét és célját, c) és a hozzájárulással vagy megtagadással járó kockázatot. Ezek a kritériumok csak a kórházi betegekre vonatkoznak. Megállapítható, hogy a képesség mérés alapvető eleme a megértés képessége – az állapotra, a kezelés milyenségére és a kockázatokra nézve.⁸⁷

Azon személyek számára, akik korlátozott döntéshozatali képességgel rendelkeznek, ezért jelen szabályok szerint cselekvőképességük sem teljes, bevezethető a támogatott döntéshozatal intézménye. A Polgári Törvénykönyv kodifikációja során az új javaslat a támogatott döntéshozatalt, mint egy eddig teljesen ismeretlen jogintézményt vezetné be a magyar jogrendszerbe. A támogatott döntéshozatal modellje Kanadából származik, s az 1960-as és 1970-es évektől a szellemi egészség joga, a terapeuta igazságszolgáltatás nézetei folyamatosan készítették elő az intellektuális és pszichoszociális fogyatékossgal élő emberek társadalmi integrációját is segítő támogatott döntéshozatal intézményét, ami az univerzális cselekvőképesség elmélettel kapcsolható össze.

Mi is a szellemi egészség joga? Ez a jogterület az angolszász irodalomban a XX. század első felében jelent meg, szülőhazája az Amerikai Egyesült Államok és Kanada. A szellemi egészség joga szoros kapcsolatban áll más tudományterületekkel, így a pszichiátriával, pszichológiával és az etikával. Ezen multidiszciplináris jogterület egyik kiemelkedő szegmensét az értelmileg vagy mentálisan sérült emberek orvosi kezelésekhöz való hozzájárulásának, illetve azok megtagadásának orvosi, jogi, etikai és filozófiai fejtegetései alkotják.⁸⁸

⁸⁶ JAKAB NÓRA (2011): A cselekvőképesség elméleti háttere és munkajogi kérdései PhD értekezés 52.

⁸⁷ Uo. 47.

⁸⁸ Uo. 37.

A támogatott döntéshozatal egy olyan jogi helyzetet hoz létre, amelyben az érintett személyek segítséget kapnak. Eszerint az egyén teljes cselekvőképességgel rendelkezik, ha akaratát és szándékát teljes mértékben kifejezésre tudja juttatni; vagy ha mégsem, akkor mások elegendő információval rendelkeznek ahhoz, hogy megértsék az adott személy által kifejezésre szánt nyilatkozatot, a megfelelő kommunikációs tudás birtokában. A segítő ismeri az adott személy élettörténetét. Ez a szemlélet arra helyezi a hangsúlyt, hogy a döntéshozatal folyamatát kell a képesség meglétéhez vagy meg nem létéhez kapcsolni, és nem a személyt.

A cselekvőképesség gyakorlásában nyújtott támogatás azonban felveti azt a kérdést, hogy miként kellene kezelni a jogviszonyban így megjelenő harmadik személyt. A kanadai esetjogban a segítő csak akkor tartozik felelősséggel szerződő fél irányában, ha a döntéshozatali eljárás során összeférhetetlenségi ok merült fel vagy a segítő nem látta el megfelelő információval a fogyatékos embert.⁸⁹

A támogatott döntéshozatalnak számos előnye is van, ilyen többek között az, hogy a cselekvőképesség teljes kizárásának megszüntetését eredményezi. Ez a jogintézmény a cselekvőképesség korlátozása helyett a cselekvőképesség gyakorlásához kapcsolódó jogi segítői modell megjelenése a szabályozásban, amely olyan nagykorú személy esetében válik szükségessé, akit mentális, intellektuális károsodása, szenvedélybetegsége és az ezekből következő, a társadalmi részvételt akadályozó egyéb körülmények korlátoznak abban, hogy vagyoni és egyes személyi viszonyaiban teljes körűen, hatékonyan és másokkal egyenlően vegyen részt.⁹⁰

A támogatott döntéshozatal a tájékozott beleegyezés intézményéhez szervesen kapcsolódik, éppen ezért indokolt annak Polgári Törvénykönyvben való elhelyezése és intézményrendszerének hazai gyakorlatban való kialakítása, figyelemmel az angolszász példákra.

⁸⁹ JAKAB NÓRA (2011): A cselekvőképesség elméleti háttere és munkajogi kérdései PhD értekezés 96-103.

⁹⁰ GOMBOS GÁBOR—HOFFMAN ISTVÁN—KÖNCZEI GYÖRGY—NAGY ZITA—SZABÓ GYULA (2009): A támogatott döntéshozatal elmélete és gyakorlata Jegyzet Eötvös Lorand Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Budapest, 3-19.

6. A témában szerzett önálló vizsgálati tapasztalataim értékelése

Amint azt a dolgozatom elején kifejtettem, a témához kapcsolódóan készítettem egy betegelégedettségi kérdőívet is, amellyel a célom az volt, hogy a tájékozott beleegyezéssel kapcsolatos kérdésköröket megválaszoljam, illetőleg a bennem felmerült problémakörök igazolást nyerjenek.

A dolgozat gondolatmenetéhez igazodva az első témakör, amihez kapcsolódó kutatási eredményeimet bemutatom, a tájékoztatók, azaz az egészségügyi dolgozók névkártya viselési kötelezettsége. Ugyanis bármennyire igyekszik megteremteni a magyar jogalkotó a névkártya viselés és ezáltal az esélyegyenlőség szabályozását, amint a gyakorlat mutatja az esetek többségében az ellátószemélyzet nem visel azonosító kártyát, így a betegnek javarészt fogalma sincs arról ki kezeli őt. Ez problémát gerjeszt azokban az esetekben, ha például a beteg valamiért panaszt tenne a nővérkére.

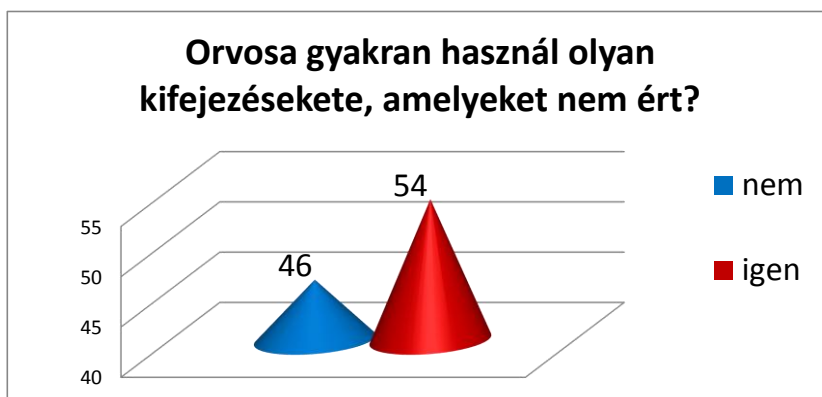
Így ebben a kérdéskörben esetlegesen szigorúbb szabályozásra, ellenőrzésekre lenne szükség.



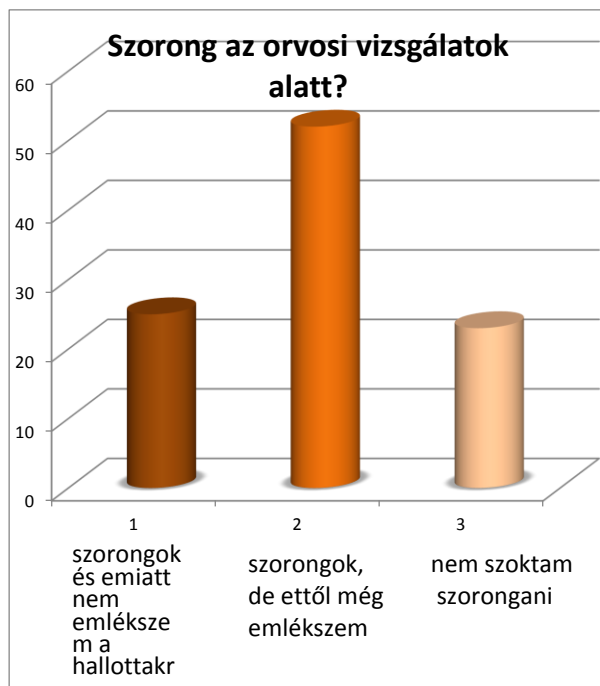
A következő problémakör a tájékoztatás egyéniesített formájához kapcsolódik, illetve a beteg megértésének elősegítéséhez. A kérdőív eredményeinek értékeléséből kitűnik, hogy az esetek 54%-ában használ az ellátószemélyzet, konkrétan az orvos, olyan kifejezést, amelyet a beteg nem ért meg. Az orvosoknak problémát okozhat, hogy habár a beteg elvárja a kezelő-páciens közötti szimmetrikus viszonyt, mégsem érti meg a latin kifejezéseket, azonban az orvosnak ilyenkor tartalmasabb magyarázatot kell adnia, ez viszont azzal járhat, hogy a beteg lekezelve érzi magát.

De bármi is okozza a problémát, az orvosnak törekednie kell arra, hogy a lehető legérthetőbb tájékoztatást adja a betegek számára.

Habár nem helyettesítheti a szóbeli tájékoztatást az úgynevezett írásbeli blanketta tájékoztató, a betegek mégis szívesen veszik ezeket. Ezt bizonyítja a kutatás eredménye is, miszerint a betegek 79%-a szívesen olvasna ilyesfajta tájékoztatókat, így ez a módszer megoldást adhat a kommunikációs aszimmetria kiküszöbölésére.



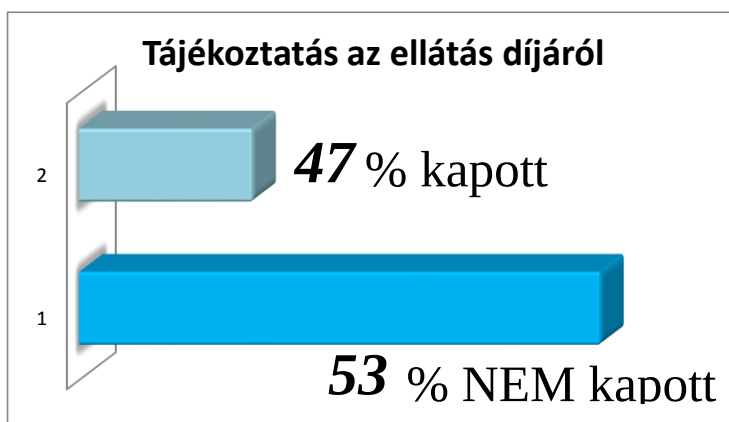
A betegek megértését befolyásolja továbbá az is, hogy nagymértékben szoronganak az orvosi vizsgálatok alatt, hiszen a 100 megkérdezett emberből 77 érzi kellemetlennek a vizsgálatokat, szorong azok elvégzése során. A megkérdezettek közül 25 azt válaszolta, hogy olyannyira szoronganak a vizsgálatok alatt, hogy még azt is elfelejtik, amit a kezelőorvos mondott nekik. Így a kérdőív eredményei is azt mutatják a betegek több közvetlenebb kommunikációt, törődést igényelnek.



További fontos hiányosságokra lehetünk figyelmesek a tájékoztatásban a kezelési alternatívák és az ellátás díjával kapcsolatosan, hiszen a vizsgálat alapján kijelenthető, hogy az esetek túlnyomó többségében nem megfelelő a tájékoztatás az alternatív lehetőségeket illetően, hiszen a megkérdezettek 65%-a válaszolta azt, hogy nem kapott tájékoztatást az alternatív gyógymódokról, pedig, mint azt már fentebb is kifejtettem, a tájékozott beleegyezés alapvető feltétel egy beavatkozás elvégzéséhez. És az a beleegyezés csak akkor nevezhető tájékozottnak, ha a tájékoztatás valóban mindenre kiterjed.



Valamint a kérdőívet kitöltő 100 páciensből 53 nem kapott előzetes tájékoztatást a vizsgálatok és az ellátás térítési díját illetően, de ebből is látható, hogy a betegjogok nem érvényesülnek teljes mértékben.

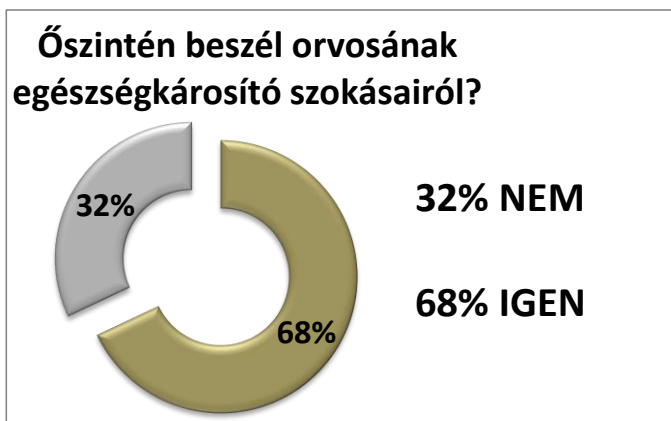


A betegeket azonban nem csak jogok illetik, hanem kötelezettségek is terhelik az egészségügyi intézménnyel és a dolgozókkal szemben. Így nem csak az orvost terheli tájékoztatási kötelezettség, hanem a beteget is. Ezekről azonban ritkán esik szó, pedig a gyógykezelés kimenetele szempontjából alapvető jelentőségű lehet, hogy a beteg elmondja-e pontosan, milyen körülmények között sérült meg, korábban milyen beavatkozásokat végeztek rajta, pontosan mi a panasza.⁹¹

A beteg az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor köteles tiszteletben tartani az erre vonatkozó jogszabályokat és az egészségügyi szolgáltató működési rendjét. Ahhoz, hogy a megfelelő diagnózis felállítható legyen, az orvosnak tudnia kell a beteg korábbi betegségeiről, gyógykezeléseiről, gyógyszerérzékenységéről és az egyéb kockázati tényezőkről. Erről a beteg köteles tájékoztatni az egészségügyi dolgozót, amennyiben egészségi állapota, képességei, ismeretei ezt lehetővé teszik. A beteg tovább köteles tájékoztatni a kezelő személyzetet fertőző betegségről is.

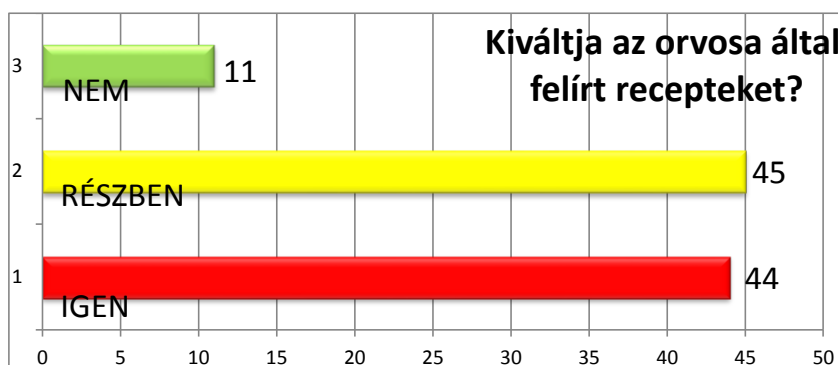
A statisztika azonban sajnos azt mutatja, hogy a betegek sem tesznek eleget a kötelezettségeiknek. Hiszen a megkérdezettek 32%-a nem beszél őszintén orvosának az egészségkárosító szokásairól. Pedig ezzel megelőzhetnek később esetlegesen fellépő komplikációkat is.

⁹¹ DÓSA ÁGNES (2003): Kell-e a betegnek tájékoztatnia az orvost? *Lege Artis Medicina*, (13.) 1. 79-80.



Ehhez a problémakörhöz tartozik továbbá az is, hogy az esetek csekélynek mondható hányadában váltják ki a betegek a számukra felírt gyógyszereket. Pedig nagyon fontos, hogy a beteg betartsa a gyógykezelésével kapcsolatos rendelkezéseket. Például ha a beteg nem szedi be a gyógyszert, amit számára felírtak, akkor az orvos nem fogja tudni, hogy mi a baja, hiszen az állapota a kezelések hatására sem fog javulni, így egy sor felesleges plusz vizsgálatnak is kitesz magát a beteg, ami az egészségügyi szolgáltatónak költségekbe kerül.

A gyógyszerek kiváltásának elmaradása fakadhat a tájékoztatás hiányából is, hiszen a válaszolók 70%-a nem kapott tájékoztatást a felírt gyógyszer leggyakoribb mellékhatásairól, alkalmazási módjáról. De visszavezethető a már fentebb taglalt vizsgálatok alatti szorongásra is. Esetleges oka lehet az őszinteség hiánya, hiszen ha a beteg őszintén beszélne orvosának anyagi helyzetéről és arról, hogy nem engedheti meg magának a felírt orvosságot, közösen találhatnának egy köztes megoldást.



7. Összegzés

Vizsgálatom eredményei azt mutatták, hogy az emberi jogok hatékonyabb érvényesülése érdekében szemléletváltásra van szükség. A vizsgálat során több hipotézisből indultam ki.

Az eredmények alapján az első hipotézis igazolást nyert, hiszen a kutatásim eredményei is alátámasztják, hogy a betegek többsége nincs tisztában a jogaival. Az orvosok jogai és kötelezettségei, a betegek jogai és kötelezettségei mind azt a célt szolgálják, hogy az egészségügyi ellátó hálózat megfelelőképpen működhessen. Ehhez fontos az, hogy mindenki ismerje, mit tehet meg és mit várhat el másoktól. Ennek érdekében mind a betegeket, mind az egészségügyi dolgozókat folyamatosan tájékoztatni kell.

A betegek nagy része azt szeretné, ha az orvos, mint szakember tárná fel az adott helyzetet, de a döntéshozatalban már ők is aktív szerepet kívánnak vállalni. Ehhez azonban információkra van szükség. Ezért az orvosoknak kulcsszerepük van és lesz annak biztosításában, hogy az ilyen információ hozzáférhető és megérthető legyen, valamint abban, hogy a betegek információra épülő és bölcs döntéseket hozhassanak.⁹²A betegjogok megismertetése komoly feladatot ró az államra, és e feladat elvégzésében a civil szervezeteknek nagy szerepük lehet tanácsadás, oktatás révén. Meg kell tanítani a betegeket arra, hogy joguk van kérdezni, tájékozódni az orvosi beavatkozások előtt, a gyógykezelés időtartama alatt. A betegek jogaihoz tartozik a tudás, az önmaga helyzetének, lehetőségeinek ismerete, mert csakis e tudás birtokában választhat a beteg ember a kezelések fajtái, az alternatív kezelés vagy a visszautasítás között.

A második hipotézisem, miszerint a tájékozott beleegyezés nem teljes a tájékozottság hiánya miatt bebizonyosodott azon a ponton, hogy az orvoslás időhiánnyal küzd valamint azt is láthattuk, hogy nincs törvény által meghatározott % arra tekintettel milyen kockázati arányt kell a beteggel közölni. Nyilvánvalóvá vált, hogy a terápiás privilégium, annak ellenére, hogy számos előnyt hordoz, mégsem alkalmazható az önrendelkezési jog tiszteletben tartása miatt.

A tájékozott beleegyezés vizsgálata folyamán fény derült arra is, hogy nagyon fontos jelentősége van a cselekvőképességnek. Az új Polgári Törvénykönyv megoldást nyújthat erre a problémára a cselekvőképességet nem érintő támogatott döntéshozatal

⁹² BARZÓ TÍMEA (1996): Tájékoztatás és beleegyezés, mint a beteg alapvető joga *Magyar Jog* (43.) 2. 80.

valamint a cselekvőkésesség jövőbeli korlátozása esetére történő rendelkezés törvénybe foglalásával.

Magyarországon az Eütv.-ben leírtakat gyakran, mint ajánlást, lehetőséget, alternatívát használják fel az orvos-beteg viszonyban. A betegtájékoztatási gyakorlat megváltozásának alapja a jó orvos-beteg kapcsolat és kommunikáció, amelynek őszintének és hatékonynak kell lennie. A tájékozott beleegyezés célja az együttműködés kialakítása, mely során a páciens az orvos partnereként vesz részt a saját egészsége megőrzésében és helyreállításában, beleértve a gyógykezeléssel kapcsolatos döntéshozatalt is. A közös döntéshozatal maga után vonja a közös felelősségvállalást is, melynek következtében az egészségügyi szakember nem kell többé egyedül viselje a pácienset érintő döntések terhét. A páciensjogok előtérbe helyezik a gyógykezelési szövetség fogalmát, melynek értelmében az orvos és a páciense egyaránt felelősséggel tartoznak a gyógykezelés sikeres kimeneteléért, és a páciens is eleget kell tegyen az orvosával szemben fennálló tájékoztatási kötelezettségeinek. Fontos tehát, hogy ne csak arról beszéljünk, hogy az egészségügyi szakembereket hogyan készítsük fel arra, hogy eleget tudjanak tenni az elvárásoknak. Legalább annyira fontos felkészíteni a pácienseket arra, hogy felmérjék a döntéseik következményeit, vállalják a felelősséget a saját egészségükért, és éljenek a jogaikkal.⁹³

⁹³ FÖLDES MÁRIA ÉVA: A páciens tájékoztatáshoz való joga a bővített Európában: a romániai és a magyarországi szabályozás áttekintése az európai uniós jog tükrében Tilburgi egyetem, TILEC (Tilburg Law and Economics Center) <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=121981>

Irodalomjegyzék

Felhasznált irodalmak

1. Barzó Tímea: Tájékoztatás és beleegyezés, mint a beteg alapvető joga Magyar Jog 1996., 43. évfolyam, 2. szám: 80. oldal
2. Dósa Ágnes: A tájékozott beleegyezés az európai államok jogában és a nemzetközi dokumentumokban Acta Humana 1996. 47-61. oldal
3. Dósa Ágnes: Az orvos felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért Lege Artis Medicina 2001., 12. évfolyam. 1. szám: 57. oldal
4. Dósa Ágnes: Az egészségügyi szolgáltató kártérítési felelőssége a tájékoztatás elmulasztásáért Állam- és Jogtudomány 2002., 43. évfolyam: 23-72. oldal
5. Dósa Ágnes: Kell-e a betegnek tájékoztatnia az orvost? Lege Artis Medicina 2003., 13. évfolyam, 1. szá: 79-80. oldal
6. Dósa Ágnes: Kártérítési felelősség- merre tovább?
<http://www.hazijogorvos.hu/content/view/115/79/1/1/>
Letöltés dátuma: 2012.04.30.
7. Földes Mária Éva: A páciens tájékoztatáshoz való joga a bővített Európában: a romániai és a magyarországi szabályozás áttekintése az európai uniós jog tükrében Tilburgi egyetem, TILEC (Tilburg Law and Economics Center)
<http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=121981>
Letöltés dátuma:2012.10.21.
8. Gógl Árpád: Egészségügyi ellátás és életminőség Polgári Szemle 2007. 3. évfolyam, 3. szám
9. Gombos Gábor—Hoffman István—Könczei György—Nagy Zita—Szabó Gyula: A támogatott döntéshozatal elmélete és gyakorlata Jegyzet Eötvös Lorand Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar Budapest, 2009 3-19. oldal
10. G. Pozgar: Legal aspects of Health Care Administration. Rockville, 1987. 99. oldal
11. Halmos Tamás: Partneri viszony az orvos-beteg kapcsolatban és ennek hatása az egészségi állapotra Magyar Tudomány, 2006/9 1099. oldal

12. Ifj. Lomnici Zoltán: A tájékoztatáson alapuló beleegyezés intézményének felelősségi kérdései a hazai joggyakorlat tükrében Iustum Aequum Salutare III. 2007/3. 179–190. oldal
13. Dr. Jakab Nóra: A cselekvőképesség elméleti háttere és munkajogi kérdései PhD értekezés
14. Kakuk Péter A magyarországi betegjogi szabályozások és a tájékozott beleegyezés elve 2009. (DOTE Magatartástudományi Intézet)
http://mti.dote.hu/doc/4/hu/Betegjogok_Betegtajekoztatas_elemei/frame.htm#slide0002.htm
Letöltés dátuma: 2012.10.21.
15. Kapocsi Erzsébet: Az orvosi hivatás autonómiájának etikai vonatkozásai Lege Artis Medicina 2000., 10. évfolyam. 4. szám: 358-364. oldal
16. Dr. Kemenes István: Az orvos kártérítési felelősségének egyes kérdései
<http://www.szitb.hu/doc/polgari/orvosi.pdf>
Letöltés dátuma: 2012.10.21.
17. Dr. Kovács József: Orvosi etika
<http://www.scribd.com/doc/46516379/5/fejezet-%E2%80%93-Az-orvosi-beavatkozasokba-valo-tajekozott-beleegyezés>
Letöltés dátuma: 2012.10.21.
18. Kovács József: A cselekvőképesség megállapításának bioetikai elvei
http://www.efoesz.hu/download/uprk_c_kovacs_jozsef_acselekvokepessegmegallapitasanakbioetikaielvei.pdf
Letöltés dátuma: 2012.10.21.
19. Kovácsy Zsombor: Az egészségügyi jog nagy kézikönyve, Complex Kiadó, Budapest, 2009.
20. Kovácsy Zsombor: Egészségügyi jog, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.
21. Kőszegfalvi Edit: Egészségügyi és betegjogi kézikönyv, KJK-Kerszöv Kiadó, Budapest, 2001.
22. L. T. Beauchamp, F. J. Childress: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York Oxford, 1989. 67–74. o.
23. Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe
24. Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának IV. számú állásfoglalása a betegek tájékoztatásáról Orvosi Hetilap 1991. 32. évfolyam 2. szám 237-241. oldal

25. Medgyesi Margit: A betegek és az ő jogaik

http://www.mimnet.hu/0100_hun/index.asp?go=0100_informacio/0200_publikacio/view/&pid=77

Letöltés dátuma: 2012.10.21.

26. Molnár Angéla: A magyar betegjogi szabályozás a nemzetközi rendelkezések tükrében Lege Artis Medicina 2001., 11. évfolyam, 8-9. szám: 597-610. oldal

27. Polecsák Mária: A betegek jogai, Vince Kiadó, Budapest, 1999.

28. Sobel Gábor DR. –Langmár Zoltán DR. -Tömösváry Zoltán DR. -Pajor Attila DR. - Szabó István DR.: Hogyan javítható a páciensek tájékozottsága a végzett műtétek kapcsán? – Megfontolások a mindennapi gyakorlat számára Orvosi Hetilap 2010. 151. szám 822-827. oldal

29. TASZ, Betegjogok Magyarországon, Szabályok és Gyakorlat. 39. oldal

30. Vajda Angéla: A betegjogok érvényesülése – Európai körkép Lege Artis Medicina 2001., 11. évfolyam . 3. szám : 234-236. oldal

31. Országos Egészségbiztosítási Pénztár tájékoztatása

http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_EBELLAT/ACH%C3%8DVUM%202010/ORVOSI_ELLATAS.PDF

Letöltés dátuma: 2012.10.21.

Felhasznált jogforrások

1. 1959. évi IV. törvény a Polgári törvénykönyvről
2. 1978. évi IV. törvény a Büntető törvénykönyvről
3. 1997. évi CLIV törvény az egészségügyről

4. BH1995. 344.
5. BH1998. 380.
6. BH2000.536.
7. BH2003.17.
8. EBH2001.428.
9. Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 24./226/1998/5.
10. Legfelsőbb Bíróság Pfv. III. 21.242/2000/5.
11. Pf.III.20.527/2006.
12. C-158/96 21. Kohll ügy [1998] ECR I-1931
13. C-120/95 Decker ügy [1998] ECR I-1831

14. 1994. III. Amszterdami Deklaráció a betegek jogainak előmozdításáról Európában.
15. 1996. Lisszaboni Betegjogi Deklaráció
16. 1997. Európa Tanács- Egyezmény az emberi jogokról és a biomedicináról
17. Európai Parlament és a Tanács 2001/20/EK számú irányelve

Mellékletek

- 1. számú melléklet: Betegelégedettségi kérdőív

Kedves Beteg!

Bízom abban, hogy megosztja velem tapasztalatait, hiszen mindenki véleménye számít, de a kérdőív kitöltése nem kötelező. Az adatszolgáltatás nemcsak önkéntes, de névtelen is.

Kérjük, karikázza be az Ön véleményét leginkább kifejező választ!

1. Az Ön neme
 1. férfi
 2. nő
2. Az Ön életkora
 1. 20 év alatt
 2. 20-41 év között
 3. 41-50 év között
 4. 51-60 év között
 5. 61-70 év között
 6. 70 év felett
3. Mennyire elégedett Ön az orvosi ellátással?
 1. elégedett vagyok
 2. részben elégedett vagyok
 3. nem vagyok elégedett
4. A vizsgálat alatt érdeklődésének megfelelően részesült felvilágosításban, volt lehetősége kérdezni?
 1. igen
 2. nem
5. Figyelembe vették kéréseit?
 1. igen
 2. nem
6. A vizsgálatot követően az orvostól kapott megfelelő tájékoztatást az Ön betegségéről és további teendőkről?
 1. igen
 2. nem
7. Elmagyarázták betegségének kezelésének lényegét?
 1. igen
 2. nem
8. Érthető magyarázatot kapott a vizsgálatok céljáról, menetéről, eredményeiről?
 1. igen
 2. nem
9. Mennyire elégedett a gyógykezelésével kapcsolatos döntésekkel, javaslatokkal?
 1. elégedett vagyok
 2. részben elégedett vagyok
 3. nem vagyok elégedett
10. Az ellátó személyzet – orvosok, nővérek- viseltek névkártyát?
 1. igen
 2. nem

11. A vizsgálatot követően kapott írásos véleményt (pl.: ambuláns lapot) a szakrendelésen?
 1. igen
 2. nem
12. Amennyiben a vizsgálatok és az ellátás térítési díját meg kellett térítenie, kapott erről előzetes tájékoztatást?
 1. igen
 2. nem
13. Orvosa gyakran használ olyan kifejezéseket, amelyeket nem ért?
 1. igen
 2. nem
14. A vizsgálat során megfelelő diszkrécióval kezelték Önt és a problémáját?
 1. igen
 2. nem
15. Volt más beteg is bent a vizsgálata alatt?
 1. igen
 2. nem
16. Zavarta Önt valaki jelenléte, de nem mert szólni?
 1. igen
 2. nem
17. Volt része durva, megalázó bánásmódban?
 1. igen
 2. nem
18. Szorong az orvosi vizsgálatok alatt? (Esetleg emiatt nem is emlékszik rá, hogy mit mondott az orvosa?)
 1. igen, szorongok és emiatt nem emlékszem a hallottakra
 2. igen, szorongok de ettől még emlékszem a hallottakra
 3. nem szoktam szorongani
19. Előfordul, hogy azért nem kérdez orvosától, mert zavarban van, szégyelli magát?
 1. igen
 2. nem
20. Kapott tájékoztatást az alternatív gyógymódokról?
 1. igen
 2. nem
21. Kapott tájékoztatást a felírt gyógyszer leggyakoribb mellékhatásairól, alkalmazási módjáról?
 1. igen
 2. nem
22. Őszintén beszél orvosának az egészségkárosító szokásairól?
 1. igen
 2. nem
23. Kiváltja az orvosa által felírt recepteket?
 1. igen
 2. részben
 3. nem

24. Betartja az életmódjával kapcsolatban tett javaslatokat?

1. igen
2. részben
3. nem

25. Szívesen olvasna írásos tájékoztatókat a betegségével kapcsolatban?

1. igen
2. nem

Kérem írja le további véleményét javaslatait!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Segítségét köszönöm!

- 2. számú melléklet: Értékelő táblázat

	20 év alatti						20-40 éves						41-50 éves					
	nő			férfi			nő			férfi			nő			férfi		
	ien	részben	nem	ien	részben	nem	ien	részben	nem	ien	részben	nem	ien	részben	nem	ien	részben	nem
Mennyre elégedett Ön az orvosi ellátással?	2	1		3	2		6	11	5	5	5		1	8	3	1	9	
A vizsgálat alatt érdeklődésének megfelelően részese volt felvilágosításban, volt lehetősége kérdőzni?	2		1	5			19		3	10			7		5	8		2
Függelmente vették kérését?			3	3		2	17		5	9		1	7		5	4		6
A vizsgálatot követően az orvosok kapott megfelelő tájékoztatást az Ön betegségéről és további teendőkről?	3			5			13		9	8		2	6		6	4		6
Elmagyarázták beteg és kezelésének lényegét?			3	2		3	13		9	8		2	5		7	5		5
Érthető magyarázatot kapott a vizsgálatok céljáról, menetéről, eredményéről?	1		2	3		2	14		8	5		5	6		6	4		6
Mennyre elégedett a gyógykezelésével kapcsolatos döntéssel, javaslatokkal?		3			5	5	4	17	1	5	5		1	8	3	4	4	2
Az ellátó személyzet – orvosok, nővérek, viselkedésváltóit?			3				10		12	7		3	3		9	2		8
A vizsgálatot követően kapott írásos véleményt (pl.: ambuláns lapot) a szabrendelésen?	2		1	4		1	19		3	7		3	11		1	7		3
Amernyben a vizsgálatok és az ellátás tértési díját meg kellett térítenia, kapott enél előzetes tájékoztatást?			3			5	10		12	5		5	7		5	4		6
Orvosa ezalban használt olyan kifejezéseket amekiket nem ért?	1		2	1		4	13		9	6		4	8		4	6		4
A vizsgálat során megfelelő diszkrécióval kezelték Önt és a problémáit?	1		2	4		1	18		4	8		2	6		6	7		3
Volt más beteg is bent a vizsgálata alatt?	2		1	3		2	5		17	6		4	7		5	3		7
Zavarta Önt valami jelenléte, de nem mert szólni?	2		1			5	6		16	2		8	4		8	6		4
Volt része durva, megalkó bántamódban?			3			5	2		20			10	2		10			10
Szorong az orvosi vizsgálatok alatt? (Eseleg emiatt nem is emlékszik rá, hogy mit mondott az orvos?)		3		1	3	1	3	10	9		8	2	4	6	2	3	6	1
Elfordul, hogy azért nem kérdez orvosától, mert zavartan van, szégyelli magát?	2		1	2		3	12		10	3		7	5		7	6		4
Kapott tájékoztatást az alternatív gyógymódról?	1		2	1		4	7		15	5		5	2		10	2		8
Kapott tájékoztatást a felírt gyógyszer leggyakoribb mellékhatásairól, alkalmazási módjáról?				3		5	4		18	3		7	2		10	3		7
Összintén beszél orvosának az egészségéről szókásairól?	1		2	5			15		7	6		4	8		4	5		5
Kiválta az orvosa által felírt recepteket?		3		3	2		8	11	3	5		5	3		8	1	4	2
Betartja az életmódjával kapcsolatban tett javaslatokat?		3		2	3		10	10	2	3	5	2	3		6	3	5	2
Szívesen olvasna írásos tájékoztatást a betegségével kapcsolatban?	2		1	4		1	17		5	8		2	8		4	9		1

	51-60 éves						61-70 éves						70 év feletti					
	nő			férfi			nő			férfi			nő			férfi		
	igen	részben	nem	igen	részben	nem	igen	részben	nem	igen	részben	nem	igen	részben	nem	igen	részben	nem
Mennyire elégedett Ön az orvosi ellátással?	1	10			6		2	4		2	2	1	3	2		3	2	
A vizsgálat alatt érdeklődésének megfelelően részesült felvilágosításban, volt lehetősége kérdezni?	9		2	2		4	5		1	4		1	2		3	5		
Figyelembe vették kérését?	4		7			6	5		1	3		2	4		1	3		2
A vizsgálatot követően az orvostól kapott megfelelő tájékoztatást az Ön betegségről és további teendőkről?	5		6	4		2	4		2	3		2	4		1	2		3
Elmagyarázták betegségének kezelésének lényegét?	6		5	2		4	4		2	4		1	3		2	5		
Érthető magyarázatot kapott a vizsgálatok céljáról, menetéről, eredményeiről?	5		6	2		4	5		1	4		1	3		2	5		
Mennyire elégedett a gyógykezelésével kapcsolatos döntésekkel, javaslatokkal?	4	5	2	1	5		2	4		2	2	1		4	1	2	1	2
Az ellátó személyzet – orvosok, nővérek- viselkedése névkártyát?	3		8	1		5	3		3	2		3	2		3	2		3
A vizsgálatot követően kapott írásos véleményt (pl.: ambuláns lapot) a szakrendelésen?	8		3	3		3	6			5			1		4	2		3
Amennyiben a vizsgálatok és az ellátás térítési díját meg kellett térítenie, kapott erről előzetes tájékoztatást?	5		6	5		1	4			2	2	3	2		3	3		2
Orvosa gyakran használ olyan kifejezéseket, amelyeket nem ért?	6		5	4		2	1		5	4		1	3		2	1		4
A vizsgálat során megfelelő diszkrécióval kezelték Önt és a problémáját?	7		4	4		2	5		1	3		2	4		1	5		
Volt más beteg is bent a vizsgálat alatt?	3		8	1		5	1		5	5			1		4	5		
Zavarja Önt valaki jelenléte, de nem mert szólni?	6		5	3		3	1		5	2		3	3		2	5		
Volt része durva, megázó bánásmódban?	2		9	1		5			6	1		4			5	5		
Szorong az orvosi vizsgálatok alatt? (Esetleg emiatt nem is emlékszik rá, hogy mit mondott az orvosa?)	2	7	2	1	4	1		2	4	5			3	1	1	3	2	
Előfordul, hogy azért nem kérdez orvosától, mert zavarban van, szégyelli magát?	6		5	1		5	3			2	2	3	3		2	3		2
Kapott tájékoztatást az alternatív gyógymódokról?	3		8	4		2	2		4	3		2	2		3	3		2
Kapott tájékoztatást a felírt gyógyszer leggyakoribb mellékhatásáról, alkalmazási módjáról?	4		7	2		4	4		2	3		2	1		4	4		1
Öszön ön beszél orvosának az egészségkárosító szokásairól?	5		6	4		2	6			5			4		1	4		1
Kíváncsi az orvosa által felírt receptekről?	5	4	2	2	2	2	4	2		2	2	1	4	1		4	1	
Beírja az életmódjával kapcsolatban tett javaslatokat?	3	7	1	1	5		1	4	1		2	3	1	3	1	1	4	
Szívesen olvasna írásos tájékoztatást a betegségével kapcsolatban?	11			5		1	5		1	4		1	4		1	2		3