

# Etikai dilemmák



Kovács József

A híres idegsebész arról beszél, hogy a hazai egészségügyi ellátás egyre inkább a katasztrófamedicina szemléletével működik: a középsúlyos betegeket kezelik, az enyhe és nagyon súlyos eseteket ezzel szemben nem látják el. Előbbieket azért nem kezelik, mert valószínűleg maguktól is meggyógyulnak. Utóbbiakat pedig azért nem, mert kezelésük olyan forrásigényes lenne, amelyet a hazai egészségügy nem bírna el. Külön kiemeli az agyvérzéses betegek helyzetét, akiknek a halálózása nálunk a háromszorosa a fejlett országokénak, mert a kezelési kapacitás kicsi, s a finanszírozás elégtelen. Ezen betegek helyzete szerint még a hazai néhány évvel ezelőttihez képest is romlott: ma olyan betegek is meghalnak, akiket akkor meg tudtak volna menteni. Ezt hallván, az ember először hajlamos arra gondolni, hogy ez a drámai kép túl sötét, egy betegeiért aggódó, lelkiismeretes orvos borúlátásának az eredménye. Talán az, aki operáló klinikusként naponta szembesül az egészségügyi reform kapcsán keletkező bizonytalansággal, a kezelési lehetőségek folyamatos beszűkülésével, sötétebbnek látja a helyzetet, mint amilyen az a valóságban. Az ilyen jelleű – néhány évvel ezelőtt még bizonyára megdöbbenést keltő – beszámolóok száma azonban egyre szaporodik. Nemrég egy orvosi lapban lehetett olvasni egy másik friss agyvérzéses beteg történetét, akit a mentő egy jól felszerelt intézménybe vitt. A kórház azonban akkor már elérte a kapacitáskorlátját, vagyis az újabb agyműtétet már nem térítette volna meg a biztosító. Egyetlen távoli intézmény vállalta volna csak a beteg operálását. A mentő azonban nem volt hajlandó a beteget tovább szállítani, attól való félelmében, hogy út közben a beteg meghal. A cikk azt sejtette, hogy a beteget nem operálták meg, mert a kórház a likviditási helyzetének a megőrzését fontosabbnak tekintette, mint a beteg azonnali műtétjét. Ugyanitt került említésre az a tény, hogy ilyen esetekben sokszor nem is kellene felnyitni a beteg koponyáját, mert katéterrel is el lehetne érni az érintett területet, az operációra azért van mégis szükség, mert a katéteres eljárásra nincsen pénz. A betegeknek pedig nem mondják meg, hogy az operációra csak a pénzhány miatt van szükség. Halló-ideg-daganatot is lehetne vágás nélkül, gamma-késsel operálni, ha lenne ilyen műszer, amely azonban ma még nálunk nem elérhető.

Végül nemrégiben egy konferencián beszélt a neves onkológus arról, hogy milyen kevésbé ismeri a nyilvánosság azt, hogy számos onkológiai beteg nem jut megfelelő ellátáshoz a források elégtelensége miatt. Ma Magyarországon nagyobb a szakadék a világszínvonalú és a ténylegesen adható onkológiai kezelés között, mint tíz évvel ezelőtt volt. Míg az elmúlt tíz évben a biztosító által az onkológiai betegekre jutó kiadás a nyolcszorosára nőtt, addig a korszerű terápia ára az ötszázszorosára. Emiatt az orvos a rásszoruló betegek között szelektálni kénytelen, s persze itt is felmerül a korábban már említett dilemma: szóljon-e az orvos a forráshiány miatt megfelelő kezelésben nem részesíthető betegének arról, hogy esetében elvben létezne hatékonyabb kezelés, mint amit kap, csak azt a biztosító nem téríti, ezért ahhoz nem juthat hozzá.

A fenti történetek mind az utóbbi néhány hónapból valók. S mutatják, mennyit változott a „közbeszéd” az elmúlt két évtizedben. Soha nem volt nálunk ritkaság, hogy rádió- és tévéinterjúban kórházigazgatók, orvosok, nővérek panaszkodtak arról, mennyi minden hiányzik az egészségügyben. Ezen interjúk azonban még a 90-es évek elején is – furcsa módon – mindig úgy végződtek, hogy „de azért nálunk még soha senki nem halt meg amiatt, mert nem tudtuk neki a megfelelő műszert, gyógyszerert biztosítani”. Ez természetesen már akkor sem volt igaz. A forráshiány mindig többletszenvedést és többlethalálózást jelent: elvben csillapítható fájdalmak csillapításának az elmulasztását, elvben megmenthető betegek elvesztését. Csak akkoriban még a hagyományos egészségügyi etosz befolyása alatt mindenki úgy érezte: elfogadhatatlan, ha egy beteg a finanszírozás elégtelensége, a források szűkössége miatt meghal. S ezért a nyilatkozó – sokszor saját magát is becsapva – elhitette magával, hogy mivel ez elfogadhatatlan, bizonyára nem is történik meg!

Az a tény, hogy az e cikk elején említett történetek lassan-lassan kezdik áttörni a szakmai nyilvánosság

---

**Szóljon-e az orvos a forráshiány miatt megfelelő kezelésben nem részesíthető betegének arról, hogy elvben létezne hatékonyabb kezelés, mint amit kap?**

---

zárt körét, s egyre inkább eljutnak a szélesebb nyilvánosság elé, azt jelzi, hogy egy fontos határpontonhoz érkezünk. Egyre jobban tudatosulnak a forráshiány drámai következményei, s egyre nagyobb és szemmel láthatóbb a különbség a hagyományos orvosi ethosz megkövetelte viselkedés (a forráshiány soha nem lehet egy beteg gyógyításának a gátja) és a tényleges lehetőségek között. Mára a feszültségek is nagyobbak lettek, hiszen az orvoslás technikai haladása gyorsabb, mint ennek a technikának a mindennapi betegellátásban történő finanszírozhatóságának a javulása. Ezért, ahogyan a hazai onkológia példáján láttuk, egyre nagyobb a különbség az orvosiilag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető között. A betegek egyre kevésbé bízhatnak benne, hogy mindent megkapnak, ami állapotukban hasznos lehet, s az orvos is egyre kevésbé rendelheti el szabadon azt, amiről úgy gondolja, hogy a betegnek ebből haszna származik. Míg azonban az orvosok már régóta tudják, hogy a finanszírozási korlátok az optimális betegellátás akadályát jelentik, erről a betegek mind ez idáig alig-alig szereztek tudomást. Áltathat-

ták magukat azzal, hogy ha az egészségügy úgy általában szegény is, azért az ő ellátásuk alapvetően mégsem fog csorbát szenvedni, s nagyjából meg fogják kapni azt, ami állapotukban szükséges. A fentihez hasonló s egyre inkább napvilágra kerülő esetek azért keltenek akkora megdöbbenést, mert egy eddig szinte tabunak számító tényről mondanak ki: ma nem kaphat meg mindenki minden hasznos ellátást, ezért betegek maradnak ellátatlanul, vagy legalábbis korszerű kezelés nélkül. Ez sokszor a finanszírozás jellege miatt még azt is jelentheti, hogy a kórház relatíve jól felszerelt ugyan, az ott

dolgozó orvosok is jól képzettek és elvileg el is tudnák látni a beteget, de mégsem operálhatják meg, mert annak finanszírozási fedezete nem biztosított. Az orvosiilag-technikailag lehetséges és a gazdaságilag megengedhető közötti egyre nagyobb különbség s ennek követ-

keztében a betegek egyre nagyobb mértékű relatív alulkezelése azonban etikailag fontos konzekvenciákkal jár. Hagyományosan az orvosra a paternalisztikus viselkedés volt a jellemző: mindent megtett, amiről úgy vélte, hogy az a beteg érdekében áll, még akár a beteg felvilágosítása, beleegyezése nélkül is. A beteg is tudta ezt, s bízott az orvosában, még ha tudta is, hogy a kegyes hazugság, az elhallgatás, a szelíd erőszak is megengedhető eszköznek számít a gyógyítás során. Azért nem rendítette ez meg a beteg bizalmát az orvosában (sőt, az nagyobb volt, mint manapság), mert bízhatott benne, hogy ez alapvetően az ő érdekében történik. A fejlődés következő szakasza a tájékozott beleegyezés lett. Eszerint az orvos már semmit nem hallgathat el a beteg elől, nem vezetheti őt félre, hanem részletesen fel kell tárnia a diag-

A LAM sorozatot indít Etikai dilemmák címmel az Orvosi etika rovatban. A rovat mindig egy eset ismertetésével kezdődik, amely egy, a hazai egészségügyben dolgozó orvos, nővér vagy más egészségügyi dolgozó által átélt etikai dilemmát mutat be. Minden eset kapcsán két szakembert kérünk fel, akik – egymás véleményét nem ismerve – elemzik a dilemmát, és érvelnek amellett, mi lett volna annak szerintük jó megoldása. A két szakember véleményét egymás után közöljük, kommentár nélkül. A szakember lehet orvos, jogász, bioetikus, szociológus, egyszóval bárki, aki valamilyen formában gyakran találkozott az esetben ismertetett problémával. Mivel etikai dilemmák esetén ritkán van egyetlen „jó” megoldás, ezért a szakemberek által közölt vélemény mindig az ő személyes véleményük, s semmiképpen sem jelentik az adott eset „helyes” megoldását jogi, etikai vagy bármely más szempontból. Célunk pusztán a hazai egészségügy viszonyai között előforduló etikai dilemmák számbavétele, s segítségnyújtás azok átgondolásában, elemzésében, a hasonló dilemmákkal küszködő kollégáknak abban, hogy sokféle szemponttal szembesüljenek. Noha a rovat szándéka szerint nem fog többől állni, mint a beküldött esetekből, s azok két kommentátor által adott elemzéséből, különösen érdekes kérdések esetén nem zárkozunk el az etikai vita további folytatásától a folyóirat levelezési rovatában vagy egyéb formában.

– Az eset szereplői ne legyenek felismerhetőek. A nevek – ha szerepelnek – legyenek kitaláltak. Ha szükséges, úgy kell módosítani a részleteket, az etikai probléma megtartásával, hogy se a beteg, se az intézmény ne legyen felismerhető. Ugyanakkor az esetet beküldő neve természetesen szerepelhet.

– A leírt eset etikai dilemma legyen, s ne egy „felháborító történet”, ahol mindenki eleve tudja a megoldást. Amikor egy esetet olvasva teljesen egyértelmű, hogy mi lenne annak az etikailag helyes megoldása, akkor valószínűleg nem etikai dilemmáról van szó, hanem egy etikátlanságról. Az igazi etikai dilemmára inkább az jellemző, hogy bárhogy is döntünk, úgy érezzük: a döntéssel valamilyen érték sérül, s így nem lehetünk vele igazán elégedettek. Éppen ezért jó az ilyen dilemmákat megvitatni.

– Az eset leírása legyen kellően részletes ahhoz, hogy életszerűségét, konkrétságát megőrizze. A mindennapi élet esetei is konkrétak, s éppen ezért olyan nehezen megoldhatók. Ugyanakkor leírásának terjedelme ne haladja meg az 1800–3600 leütést (egy-két gépelt oldal).

Bízunk abban, hogy ez a kezdeményezés sok kolléga figyelmét felkelti, akik eseteik beküldésével hozzájárulnak majd ahhoz, hogy a tipikus hazai dilemmákat feltérképezhessük és elemezhessük.

A LAM szerkesztősége

nosztikus és terápiás alternatívákat, azok előnyeit, hátrányait, kockázatait, s az orvosnak és a betegnek közösen kell meghozniuk a döntést. Ez a modell az 1960-as években kezdett terjedni, s nálunk az 1997-es egészségügyi törvény vezette be explicit formában. A gyakorlatban a tájékozott beleegyezés még az Egyesült Államokban és Nyugat-Európában sem érvényesül maradéktalanul, hazánkban pedig a megvalósításának még csak a kezdetén tartunk. Azonban az egészségügy mai, forráshiányos viszonyai között ez a modell is, mielőtt még igazán elterjedhetett volna, máris kiegészítésre

szorul. A tájékozott beleegyezést ugyanis sokan úgy értelmezik, hogy az csak a lehetséges (értsd: az egészségügy adott finanszírozási viszonyai között elérhető) diagnosztikus és terápiás alternatívák közlését követeli meg. Nem szükséges, sőt, bizonyos vélemények szerint nem is etikus elmondani azonban a betegnek, hogy elvben mi minden lenne még lehetséges esetében, ha anyagi korlátok nem lennének, ha valóban a legjobb, világszínvonalú ellátásban lehetne őt részesíteni. Miért mondjuk meg egy láthatóan szerény anyagi körülmények között élő embernek, hogy rossz prognózisú betegségére létezik már egy sokkal hatásosabb terápia is, ha az annyira drága, hogy a társadalombiztosítás nem téríti? Miért „húzzuk el előtte a mézesmadzagot” a lehetőségek ismertetésével, ha a kezelést úgysem tudná kifizetni? A rossz prognózisú betegség diagnózisának az elmondása után miért növeljük a keserűségét még annak elmondásával is, hogy betegségének a prognózisa elvben nem is lenne olyan rossz, ha meg tudnánk neki adni mindazt, ami elvben már elérhető, csak nálunk nem az?

De gazdagabb beteg esetén sincs sok értelme ilyet mondani – szól az érvelés, hiszen a jog nálunk ma nem engedi meg, hogy a beteg „megvegye” a nem térített kezelést. Az elv az, hogy amit nem kaphat meg mindenki, azt senki se kapja meg. Így a betegnek senki nem szól semmit, csak a szakma – a betegek által nem olvasott folyóiratokban és könyvekben, s a laikusok által nem értett nyelven – vitatja meg az eme helyzet kapcsán jelentkező morális dilemmákat.

A beteg pedig, aki ilyen pontosan nem ismeri ugyan a helyzetet, de az egészségügy szegénységével, az alulkezelés lehetőségével naponta találkozik, paraszolvenciával s minden más módon igyekszik biztosítani az orvos jóindulatát, hiszen úgy sejtí, az orvos dönt a rendelkezésre álló ritka eszközök elosztásáról, és senki sem szeretné, ha végül éppen neki nem jutna egy fontos beavatkozás lehetőségéből.

Az elvi lehetőségek, a finanszírozási korlátok elhallgatása a beteg, a nyilvánosság előtt jó szándékból történik ugyan, de mint tudjuk, a pokolhoz vezető út is jó szándékkal van kiköveve. Ma egyre inkább meg szokták követelni az orvosi etikában azt, hogy az orvos legyen a beteg elkötelezett szószólója. Emeljen szót akkor, ha úgy érzi, hogy a beteget a finanszírozás korlátai miatt nem lehet optimálisan ellátni. Az orvos eme szószóló szerepével hagyományos kötelességét teljesíti: az általa kezelt beteg java jelenti számára a legfőbb törvényt. Az orvosnak eme szószólói kötelessége főleg a nyilvánosság, a döntéshozók, a menedzserek felé áll fenn. Mintegy figyelmezteti őket, hogy az általuk meghatározott anyagi keretek és szabályok milyen következményekkel járnak a mindennapi betegellátás szintjén.

Ez rövid távon sokkoló lehet ugyan, de hosszú távon segít fenntartani a bizalmat a betegben, s lehetővé teszi, hogy a társadalom őszintébben nézzen szembe az orvoslás napi gyakorlatában a forráshiány miatt keletkező etikai dilemmákkal. S ez sokszor kellő nyomást jelent a döntéshozók felé a forráshiány enyhítésének, illetve

jobb prioritási szabályok felállításának az irányába. Ily módon, a cikk elején szereplő orvosok, akik meghúzzák a vészharangot és felhívják a figyelmet a forráshiány, az orvosok által jól ismert, de a betegek számára ebben a konkrétumban ismeretlen következményeire, eme szószólói kötelességüknek tesznek eleget, amikor nyilvánosságra hozzák a forráshiány gyakorlati következményeit.

Van azonban még egy tanulsága a fenti történeteknek. Az etikai dilemmák megismerése, ezek nyilvános megvitatása azt is megakadályozná, hogy túl korán fogadjunk el egy nem jó megoldást. A nyilvános etikai viták lehetővé tennék, hogy megismerjük a mindennapi gyakorlatban jelentkező gyakoribb dilemmákat, s ezek sokoldalú megvitatásával kevésbé rossz megoldásokhoz jussunk, mint amilyenek ma – kevesebb vitával – elfogadást nyernek. Magam például úgy gondolom, hogy semmiféle forráshiány sem indokolhat egy olyan – ezek szerint a gyakorlatban érvényesülő – prioritást, amelyben életmentő vagy legalábbis súlyos egészségkárosodást megelőző műtétet nem lehet időben elvégezni, miközben kevésbé fontos egészségügyi ellátásokat finanszíroz ugyanez az egészségügy. (Például: meddőség kezelését, conjunctivitis, pharyngitis, tünetet nem okozó epekő műtéti megoldását stb.) Magam azt gondolnám, hogy ha már megszorításokat kell alkalmazni az egészségügyben (s minden egészségügyben kell megszorításokat alkalmazni), akkor először a kevésbé fontos orvosi ellátási formák finanszírozását kell csökkenteni, s csak utána kerülhet sor az életfontosságú orvosi beavatkozások megszorítására.

Ezeket a vitákat tehát le kell folytatni, de hogy lefolytathassuk őket, előbb meg kell ezeket a dilemmákat ismerni. Ezért javasoltam egy olyan etikai sorozat teremtését, ahová etikai dilemmákat tartalmazó eseteket be lehet küldeni, majd ezeket felkért kommentátorok segítségével meg lehet vitatni. A LAM szerkesztősége magáévá tette ezt az ötletet, s ebben a számban meghirdetjük ezt a sorozatot.

A mindennapi gyakorlatban jelentkező etikai dilemmák számbavétele hozzátartozik a mai hazai egészségügy reális megismeréséhez. Főleg angolszász országokban szokás, hogy, ha egy területen túl sok a probléma, s nem lehet tisztán látni, mi ezek közül a valós, akkor egy tényfeltáró bizottságot hoznak létre, amely vizsgálatának eredményeit – azok tartalmától függően – fehérek, fekete vagy valamilyen más színű könyvben jelenteti meg. A hazai reformokkal terhes egészségügyi helyzet is megérne egy ilyen könyvet. Azt remélem, hogy az etikai dilemmák és azok elemzése, ha egyszer majd kötetben megjelenik, a hazai egészségügy morális problémáinak egy ilyen könyve lesz.

**dr. Kovács József**

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet,  
Bioetika Részleg

**Az orvosok már régóta tudják, hogy a finanszírozási korlátok az optimális betegellátás akadályát jelentik.**