

Kaszás Eszter

Polgári Eljárásjogi Tanszék

Témavezető: Varga István tanszékvezető habil.egyetemi docens

A császármetszés egyes kérdései a beteg önrendelkezési jogának tükrében

A császármetszés története

A császármetszés (latin neve sectio caesarea) a terhességet befejező műtétek közé tartozik, amellyel kikerülhető, hogy a magzat a szülőcsatornán keresztülhaladva jöjjön a világra. Annak ellenére, hogy a császármetszés sokáig az anyák számára 100%-os halálozással járt, napjainkra a szüléset egyik legfontosabb és leggyakrabban használt, biztonságos műtéti beavatkozásává vált. A továbbiakban áttekintjük a császármetszés történetének a mai műtéti technikáig vezető rögös útját.

A császármetszés történetében az első nyomok és adatok az ősi görög mitológia világába vezetnek. Az anya hasából való kimetszés a „tisza születés” módja, mely egyes istenek és félistenek kiváltsága volt. Maga Hippokratész (i.e. 460-377) is apai ágon Aszklepioszig (a gyógyítás istenéig) vezette vissza származását, akit a mitológia szerint, Apolló metszett ki Coronis testéből, akit egyébként Artemisz hadisten ölt meg.¹

Feltehetően az első valódi megfigyelések a vadászoktól származtak, akik a frissen elejtett vemhes állatok kizsigelésénél még élő magzatokat találhattak az anyaállat méhében.

Elképzelhető, hogy a kifejezés a „caedo, caedere = metszeni” latin szóból származik, bár a „sectio” is hasonló, vágást jelent (secare = vágni), így a sectio caesarea „vágó metszést” jelent, ez azonban lingvisztikai szempontból nem helyes. Ennek ellenére Theophyle Raynaud, jezsuita szerzetes javaslatának megfelelően 1637 óta világszerte ezt a terminus technicust használják.

A császármetszés magyar fordítása is helytelen, és a legendák ellenére valószínű, hogy nem Julius Caesar után nevezték el. Bár az ókori Róma szülései, bábái is ismerték a módszert, de csak a magzatnak a haldokló

¹ DR. SZÉKELY Sándor - REZSŐ Margit: *A császármetszés története*, Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1966.

vagy halott anyából való kimetszésére alkalmazták. Erre Numa Pompilius király egyik rendelete kötelezte őket.

A közhiedelemmel ellentétben Julius Caesar valószínűleg nem császármetszéssel jött a világra, ugyanis anyja mindössze Caesar halála előtt 10 évvel hunyt el, márpedig a császármetszést abban az időben még valószínűleg senki nem élte túl. Caesar neve ennek ellenére mégis összekapcsolódott a császármetszéssel, vélhetőleg azért, mert törvényben (Lex Caesarea) erősítette meg a magzatok kimetszését a halott vagy haldokló anyákból.

A fejlődés következő fokát egyértelműen az jelentette, hogy a műtétet élő anyán végezték el, aki túlélte a császármetszést. Bizonyíthatóan az első ilyen sikeres beavatkozásra 1610. április 22-én került sor Wittenbergben, Németországban. Az esemény Jeremias Trautmann sebész nevéhez fűződik, amelynek során az anya 25 nappal élte túl a műtétet, majd végül szepszisben halt meg. Trautmann érdeme az volt, hogy a méh sebét selyemmel varrta össze. Az első komolyabb sikert, ahol az anya jóval túlélte a beavatkozást, Írországból, 1738-ban (Mary Donally), majd 1793-ban Angliában (Barlow) végezték. Ugyanakkor tekintettel arra, hogy abban az időben a halálozás 75-95 % volt, inkább a magzat életét áldozták fel az anya érdekében, minthogy rutinból császármetszést hajtsanak végre.

Minőségi ugrást jelentett, amikor javítottak a varróanyagokon (Sänger, 1882 Lipcse), a műtéttechnikán (Porro, 1876 Boston) és megteremtették a szepszis-antiszeptikumot (Simmelweis, 1857 Budapest), valamint felfedezték az altatást (Morton, 1846 Boston). Ennek ellenére az eredmények még így sem érték el az 50 % alatti halálozási arányt.

Magyarországon az első császármetszést Pongrácz Mihály, Nógrád megye főorvosa végezte 1839-ben, de az első igazán sikeres császármetszést, amely után az anya és újszülöttje egyaránt élve hagyta el az intézetet, Tauffer Vilmos végezte 1880-ban.

Kiemelkedően jelentős fejlődés figyelhető meg a császármetszés történetében a XX. században. A legfontosabb eredményeket a műtét biztonságossága terén érték el. Ennek következtében már nemcsak életveszély esetén, hanem megelőzőként is lehetett alkalmazni a gyakorlatban. Ez előbbi folyamatot elősegítette a műtéttechnika, a varróanyagok és az altatási, érzéstelenítési módszerek fejlődése.

A császármetszés előbbiekben áttekintett fejlődés eredményeként napjainkban Magyarországon az újszülöttek kb. 30 %-a császármetszéssel

jön a világra, zömmel megelőzés céljából, és a műtét halálozása százezrelékes nagyságúra olvadt.²

Tájékoztatási kötelezettség

Az egészségügyi beavatkozások elvégzésének feltétele a beteg megtévesztéstől, kényszerből mentes megfelelő tájékoztatáson alapuló, írásban, szóban vagy ráutaló magatartással megadott beleegyezése³. Jól látható, hogy az említett két jogosultság az egészségügyi ellátás nyújtása során szorosan összefügg, az önrendelkezési jog érvényesülésének előfeltételét képezi. A beteg ugyanis laikusként csak akkor tud megalapozottan dönteni, és önrendelkezési jogát így érvényesen gyakorolni, ha az ehhez szükséges tájékoztatást megkapta. Nem véletlenül alakult ki mindezek alapján az ún. informed consent, a „tájékozott beleegyezés” fogalma, mint az egyes egészségügyi beavatkozások jogos elvégzésének feltétele⁴.

A tájékozott beleegyezés az orvos és a beteg egyezkedése, illetve – más megfogalmazás szerint – a (diagnosztikus és kezelési) lehetőségeket kutató beszélgetés az orvos és a beteg között, mely az orvos-beteg találkozás minden elemét át kellene hogy hassa⁵. Kiemelkedő elméleti jelentősége ellenére azonban ma Magyarországon a gyakorlati megvalósulása inkább az intézmény műhibaperekkel szembeni védelmét szolgálja. A valóságban a „tájékozott beegyezés” a betegellátás legfontosabb mozzanata kellene, hogy legyen, nem pusztán az előbbiekben említett jogi önvédelem része.

A magyar szabályozás – más államoktól eltérően – a beteg tájékoztatásával összefüggésben szinte minden részletre kiterjed már az általános szabályok körében is, az egyes speciális beavatkozások esetében pedig további többlet-követelményeket fogalmaz meg.

A betegnek joga van arra, hogy teljes körű, részletes, számára egyéniesített tájékoztatást kapjon egészségi állapotáról, a javasolt vizsgálatokról, beavatkozásokról, ezek elvégzésének, illetve elmaradásának lehetséges előnyeiről és kockázatairól, tervezett

² <http://www.timmermann.hu/index.php?m=csaszarmetszes>, letöltve: 2013. december 28.

³ Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (továbbiakban: Eütv.) 15. § (3)-(4) bekezdés.

⁴ SZEGHŐ Ágnes, *Kezelési szerződés – tájékoztatás és beegyezés az egészségügyi ellátással összefüggésben (esettanulmány)*, *Glossa Iuridica*, II. évfolyam 1. szám, http://www.glossaiuridica.hu/gi1101/civ/gi1101_civ_szegho_agnes.pdf, letöltve: 2013. december 28.

⁵ LEVINE Robert, *Consent Issues in Human Research*, In Stephan G. POST (ed.): *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, New York – Munich: Macmillan Reference, Thomson – Gale, 2004, 1281.

időpontjairól, az ezek tekintetében meglévő döntési jogáról, a lehetséges alternatív eljárásokról, az ellátás folyamatáról és várható kimeneteléről, valamint a javasolt életmódról. Joga van kérdéseket feltenni a fentieket illetően.

A betegnek joga van megismerni a vizsgálatok és beavatkozások eredményét, esetleges sikertelenségét vagy a várttól eltérő eredményt és annak okait. A betegnek joga van megismerni az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevét, szakképesítését és beosztását.

Tájékoztatói jogáról a beteg lemondhat, illetve arra más személyt, hozzátartozót írásban kijelölhet.⁶

Ezekkel a törvényi rendelkezésekkel összhangban fogalmazta meg – a császármetszés vonatkozásában – a terhes nők tájékoztatáshoz való jogának főbb tartalmi elemeit az egészségügyért felelős minisztérium szakmai protokollja a császármetszésről.

A terheseknek adott tájékoztatásnak bizonyítékokon kell alapulnia, továbbá az orvosnak segítenie kell a terheseket, hogy megfelelő információkon alapuló döntéseket hozhassanak a szüléssel kapcsolatban. Az orvosnak el kell fogadni a nők sajátos nézőpontját és meggyőződését a döntéshozatali mechanizmusban.⁷

Már a terhesség alatt bizonyítékokon alapuló információkkal kell tájékoztatni a terheseket a császármetszésről, hiszen minden negyedik – ötödik nő ilyen módon szül. A tájékoztatásnak ki kell térnie arra, hogy

- melyek lehetnek a császármetszés indikációi (mint a magzat méhen belüli rossz állapota, elhúzódó szülés, medencevégű fekvés),
- miből áll a beavatkozás,
- milyen előnyei és kockázatai vannak,
- hogyan befolyásolja későbbi terhességeket és szüléseket.⁸

A kommunikációnak és a felvilágosításnak olyan módon kell történnie, hogy azt a terhes megértse, figyelembe véve a különböző kultúrájú, illetve kisebbséghez tartozó nők információigényét, felfogását, valamint a fogyatékos emberek eltérő képességeit.⁹

⁶ Eütv. 13. §

⁷ Az egészségügyért felelős minisztérium szakmai protokollja a császármetszésről (továbbiakban: Szakmai protokoll, 1.1.1 pont., <http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=649>, letöltve: 2013. december 29.

⁸ Szakmai protokoll 1.1.2 pont.

⁹ Az Szakmai protokoll 1.1.3 pont.

A beleegyezés

A beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, mely beavatkozásokat kívánja elfogadni vagy elutasítani, joga van az ellátást érintő döntésekben részt venni. Bármely egészségügyi beavatkozás elvégzésének feltétele, hogy ahhoz a beteg tévedéstől, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését adja.

Esetenként a beleegyezést vagy elutasítást írásban, aláírva hitelesítve kell megtennie, melyet bármikor visszavonhat, vállalva ezzel a felmerült költségek esetleges visszatérítésének kötelezettségét. A beteg a beleegyezés, illetve elutasítás jogát írásban más személyre, hozzátartozóra átruházhatja.

Nincs szükség a beteg beleegyezésére akkor, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti, továbbá, ha a beteg közvetlen életveszélyben van.

A cselekvőképes betegnek törvény által biztosított joga megjelölni, hogy ki az a személy, aki helyette az önrendelkezési jog keretében az egészségügyi beavatkozáshoz való beleegyezési, illetve a visszautasítási jogot gyakorolja, illetve ki az a személy, akit kizár ezen jog gyakorlásából. A cselekvőképes beteg ezt a nyilatkozatát közokiratban, teljes bizonyító erejű magánokiratban, vagy írásképtelensége esetén két tanú előtt tett nyilatkozatban teheti meg. Ha a beteg ilyen nyilatkozatot tett, arról a kezelőorvosát tájékoztatni kell, illetőleg, ha szóban kíván ilyen nyilatkozatot tenni, akkor erre vonatkozó igényét szintén a kezelőorvosnál kell jelezni.

Ha a beteg nem tesz ilyen nyilatkozatot, és az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképesé válik, akkor az egészségügyi törvény által meghatározott körben a vele együtt élő, illetőleg vele egy háztartásban nem élő hozzátartozói jogosultak a beteg helyett az önrendelkezési jogot gyakorolni, kizárólag az ún. műtéti beavatkozásoknak minősülő diagnosztikai eljárások tekintetében.

Ha a beteg cselekvőképességét visszanyeri, azonnal tájékoztatni kell őt ezen hozzátartozó által tett nyilatkozatról.¹⁰

Az egészségügyi ellátás visszautasításának joga akkor illeti meg a beteget, ha az adott ellátás elmaradása mások testi épségét vagy életét

¹⁰ Eütv. 15–19. §

nem veszélyezteti. Az elutasítást okiratban kell megtennie, ha az ellátás elmaradása várhatóan súlyos vagy maradandó károsodással fenyeget.

Életmentő vagy életfenntartó beavatkozás csak gyógyíthatatlan és halálhoz vezető betegség fennálltakor utasítható el – és csak külön orvosi bizottság előtt, a törvényben előírt módon. A visszautasításra vonatkozó nyilatkozatot a beteg bármikor visszavonhatja.

Az egészségügyi törvény lehetőséget biztosít arra, hogy cselekvőképes személy előzetesen közokiratban rendelkezék esetleges későbbi cselekvőképtelensége esetére az önrendelkezési jog gyakorlásáról. Azaz előzetesen, közokiratban rögzítheti, hogy cselekvőképtelensége esetén mely egészségügyi ellátásokat vagy mely beavatkozásokat kívánja visszautasítani.

Cselekvőképes személy közokiratban rendelkezhet arról, hogy amennyiben cselekvőképtelenné válása esetében szükséges egészségügyi ellátás igénybevétele vagy egészségügyi beavatkozás, akkor az erre vonatkozó beleegyezési, illetve visszautasítási jogot helyette mely személy gyakorolja. A nyilatkozat akkor lesz érvényes, ha pszichiáter szakorvos egy hónapnál nem régebben igazolja szakvéleményében, hogy a nyilatkozatot tevő a nyilatkozatát annak lehetséges következményei tudatában adta meg. A nyilatkozat két évig hatályos, azaz kétévenként meg kell újítani. Ezen nyilatkozatot is alaki kötöttség nélkül lehet visszavonni, de ha a beteg írásképes, akkor a nyilatkozat visszavonását írásban dokumentálnia kell a kórházi ellátása során.

Az egészségügyi szolgáltatás igénybevételekor jeleznie kell a betegnek, illetve – ha a hozzátartozója tud erről – a hozzátartozójának, ha van önrendelkezési joggal kapcsolatos nyilatkozat, és azt be kell mutatni a kezelőorvosnak, aki erről másolatot készítet és az orvosi dokumentációhoz csatolja.¹¹

A terhes nő beleegyezését azután kell kérni a császármetszésbe, hogy az orvos bizonyítékokon alapuló információkkal látta el, tiszteletben tartva a nő méltóságát, szemléletmódját, kulturális közegét, mindamellet az adott klinikai helyzetet szem előtt tartva.¹²

Az Eütv. egyértelműen szabályozza a terhes nő jogait a beleegyezéssel kapcsolatban. Ennek megfelelően a cselekvőképes, 24. hetet betöltött terhesnek csak abban az esetben áll jogában elutasítani a császármetszés vagy egyéb beavatkozás elvégzését, ha azzal nem veszélyezteti magzata egészségét, testi épségét. A beteg beleegyezésére nincs szükség ugyanis

¹¹ Eütv. 20–23. §

¹² Szakmai protokoll 1.2.1 pont.

abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások – ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is – egészségét vagy testi épességét súlyosan veszélyezteti.¹³

A beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására.¹⁴

Ha császármetszés szükségessége merül fel, az adott helyzetben, egyénre szabottan kell számba venni annak előnyeit és hátrányait a hüvelyi szüléssel szemben.¹⁵ Ha a császármetszés elvégzése mellett dönt az orvos, rögzítenie kell minden tényezőt, ami miatt a műtét mellett döntött, és hogy ezek közül melyik volt a legfontosabb.¹⁶

A beavatkozás indokoltsága

A betegen – az egészségügyi törvény eltérő rendelkezésének hiányában – kizárólag az ellátásához szükséges beavatkozások végezhetők el.¹⁷

Az orvos a beteg ellátását csak a vizsgálatát követően tagadhatja meg, amennyiben a vizsgálat alapján megállapítást nyer, hogy a beteg egészségi állapota orvosi ellátást nem igényel, a beutaló orvos által javasolt vagy a beteg által kért kezelés szakmailag nem indokolt, a szükséges ellátás nyújtásához az egészségügyi szolgáltatónál nincsenek meg a személyi, illetve tárgyi feltételek. Ilyenkor a beteget be kell utalni az ellátásra szakmailag illetékes egészségügyi szolgáltatóhoz, vagy ha a beteg állapota nem igényel azonnali beavatkozást, a vizsgálatot végző orvos a beteget későbbi időpontra visszarendeli, illetőleg az Eütv. 131. § (3) bekezdés b) pontjában foglaltak szerint jár el.¹⁸

Amennyiben a beteg vizsgálata alapján megállapítást nyer, hogy a beutaló orvos által javasolt vagy a beteg által kért ellátás jogszabályba vagy szakmai szabályba ütközik, az orvos az ellátást megtagadja.¹⁹

Az, hogy szakmailag mi indokolt, illetve, hogy milyen terápiás eljárást alkalmaznak, a kezelőorvos kompetenciájának körébe tartozik. A kezelőorvos joga, hogy a tudományosan elfogadott vizsgálati és terápiás

¹³ Eütv. 17. § (2) bekezdés a) pontja

¹⁴ Eütv. 20. § (6) bekezdése

¹⁵ Szakmai protokoll 1.2.3 pont.

¹⁶ Szakmai protokoll 1.2.4 pont.

¹⁷ Eütv. 10. § (2) bekezdése

¹⁸ Eütv. 131. § (3) bekezdése

¹⁹ Eütv. 131. § (4) bekezdése

módszerek közül szabadon válassza meg az adott esetben alkalmazandó, általa, illetve az ellátásban közreműködő személyek által ismert és gyakorolt, a rendelkezésre álló tárgyi és személyi feltételek mellett végezhető eljárást.

A választott vizsgálati és terápiás módszer alkalmazhatóságának feltétele, hogy ahhoz a beteg az Eütv. szabályai szerint beleegyezését adja, valamint a beavatkozás kockázata kisebb legyen az alkalmazás elmaradásával járó kockázatnál, illetőleg a kockázat vállalására alapos ok legyen.²⁰

A császármetszés beavatkozás elvégzésének indokoltságához nyújt támpontot az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja a császármetszésről.

A császármetszés indikációi leggyakrabban a következők lehetnek (azonban minden eset egyedi elbírálást igényel, az előnyök és kockázatok mérlegelésével):

- Vitalis javallat (amikor a császármetszés nélkül biztosan meghal az anya vagy/és a magzat, a műtét a közvetlen életveszély elhárítása végett szükséges).

- Prophylacticus javallat (amikor az anyai/magzati veszélyállapot kialakulásának esélye miatt a szövődmények elhárítása, illetve megelőzése céljából végeznek császármetszést).

Más szempontból csoportosítva az indikáció lehet abszolút vagy relatív:

- Abszolút javallat: a hüvelyi szülésre nincs lehetőség, és a császármetszés nélkül a magzat nem szülehet meg. (Ilyen lehet például a kismedencében lévő daganat, a III. fokban szűk medence, illetve a placenta praevia totalis).

- Relatív javallat: császármetszés nélkül is meg lehet szülni, de ez esetben az anya és/vagy a magzat elvesztésével illetve egészségkárosodásával lehet számolni.

Császármetszés kérésre

Megbízható tanulmány nem áll rendelkezésre a Magyarországon császármetszéssel szülni kívánó nők arányáról. Felmérések szerint az ilyen igény hátterében általában a következő tényezők állnak: megelőző császármetszés, rossz élmény megelőző szüléssel kapcsolatban,

²⁰ Eütv. 129. § (1) és (2) bekezdése

szövődményes a jelen terhesség, félelem a szüléstől. A legfőbb érv, hogy a császármetszést biztonságosabbnak látják gyermeküknek. A terhesek jelentős része fél a szüléstől, félelmeik döntő többsége a fájdalommal, szülési sérüléssel, sürgős császármetszéssel, családi élet változásával kapcsolatosak. A FIGO (Szülészek és Nőgyógyászok Nemzetközi Szövetsége) Etikai Bizottságának állásfoglalásával egyetértésben az anyai kérésre végzett császármetszéssel kapcsolatban az alábbi alapelvek figyelembe vétele javasolt:

A császármetszés olyan sebészeti beavatkozás, amelynek potenciális veszélyei vannak a magzatra és az anyára egyaránt. Császármetszés esetén az egészségügyi források jelentősebb igénybevétele szükséges a hüvelyi szüléshez képest.

Az orvos alapvető szakmai kötelessége, hogy tevékenységével ne ártson. Etikai felelősséggel is bír a társadalommal szemben, hogy olyan beavatkozásokat alkalmazzon, amelyek az egészségre egyértelműen előnyösen hatnak. Nem kötelezhető az orvos olyan beavatkozás elvégzésére, amelynek nincs orvosi előnye.

Jelenleg nem áll rendelkezésre megfelelő szintű bizonyíték a terminusban, a nem orvosi indikációval (anyai kérésre) végzett császármetszés relatív előnyeiről és kockázatairól a hüvelyi szüléshez képest. Az elérhető bizonyítékok alapján a hüvelyi szülés biztonságosabbnak tűnik hosszú- és rövidtávon egyaránt. A méhen végzett műtétnek következményei vannak a következő terhességekre is. Végül pedig aggályos bevezetni egy mesterséges beavatkozást a szülés levezetésére a természetes folyamat helyett, orvosi indok és jóváhagyás nélkül.

Jelenleg, mivel megfelelő bizonyíték nem áll rendelkezésre a nem orvosi indikációval (anyai kérésre) végzett császármetszés előnyeiről, a beavatkozás etikai szempontból nem igazolható. Az anya kérése önmagában nem lehet indok a császármetszés elvégzésére, a kérés sajátos okait fel kell tárni, meg kell beszélni és rögzíteni kell. Ha a terhes kérésének oka nem meghatározható, tájékoztatni kell a császármetszés kockázatairól és előnyeiről a hüvelyi szüléshez képest és ezt rögzíteni kell. Ha a terhes a hüvelyi szüléstől fél és ezért kéri a császármetszést, lehetőséget kell neki biztosítani lelki segítségnyújtás igénybevételére (pl. kognitív viselkedésterápia) a félelmei támogató környezetben való feldolgozása céljából. Ennek hatására ugyanis csökken a félelem a szülési fájdalomtól és lerövidül a szülés. Meghatározható orvosi indikáció nélkül, önmagában anyai kérésre császármetszés nem végezhető.

Az önrendelkezési jog egyes vetületeinek összeütközését, illetve az azzal összefüggésben felmerülő problémaköröket a következő sajtósági és kifejezetten emblematikus példán keresztül szemléltetem.

Esettanulmány

Egy ikerterhesség során a 28-29. héten a szülész-nőgyógyász szakorvos flowmetriás vizsgálat segítségével megállapította, hogy a „B” magzat keringése centralizált, ultrahangos vizsgálattal kimutatható volt, hogy az említett magzat retardált. A szakorvos az orvostudomány jelenlegi állása alapján indokoltnak tartotta a császármetszésnek a terhesség 30. hete körüli időpontban való elvégzését, ellenkező esetben ugyanis a „B” magzat néhány héten belül elsorvadt volna. A *sectio caesarea* elvégzését azért a 30. hétre írták ki, hogy az „A” magzat addig is rendes körülmények között fejlődhessen. A terhes nő teljes körű tájékoztatást kapott, amelyben a szakorvos figyelmeztette a beavatkozással járó kockázatokra, illetve elmaradásának következményeire, így a „B” magzat elhalására. A kismama azonban nem akarta, hogy az „A” magzat koraszülött legyen, és a császármetszés elvégzésébe nem volt hajlandó beleegyezni. A terhes nő minden figyelmeztetés és tájékoztatás ellenére is ragaszkodott a vaginális szüléshez, a következmények vállalásával. Az Eütv. 17. § (2) bekezdésének a) pontja rögzíti, hogy a beteg beleegyezésére nincs szükség abban az esetben, ha az adott beavatkozás vagy intézkedés elmaradása mások – ideértve a 24. hetet betöltött magzatot is – egészségét vagy testi épségét súlyosan veszélyezteti. Ugyanakkor a 20. § (1) bekezdése szerint a cselekvőképes beteget megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné, e körben maga az Eütv. fogalmazza meg kivételként azt az esetet, amikor életfenntartó vagy életmentő beavatkozást nem lehet visszautasítani, ha a várandós beteg előre láthatóan képes a gyermek kihordására.

A fentiek alapján tehát egyértelműen megállapítható, hogy az Eütv. 17. § (2) bekezdés a) pontja és a 20. § (1) és (6) bekezdésére figyelemmel a terhes nőnek nem állt jogában a császármetszés elvégzését visszautasítani. Az Alkotmánybíróság a 36/2000. (X.27.) számú határozatában az önrendelkezési joggal, ennek megfelelően a beleegyezési és visszautasítási joggal kapcsolatos törvényi rendelkezéseket is vizsgálata tárgyává tette. A testület szerint nem ellentétes a lelkiismereti és vallásszabadsággal az a törvényi rendelkezés, amely szerint nincs szükség a beteg beleegyezésére, ha a beavatkozás

elmaradása mások egészségét vagy testi épségét veszélyeztetné, hiszen – az Alkotmánybíróság gyakorlata értelmében – a lelkiismereti meggyőződésből fakadó cselekedet nem járhat mások alapjogainak a megsértésével. Tekintettel arra, hogy a nő kérésének teljesítése jogszabályba ütközött volna, a beteget addig ellátó kórház a hölgy akaratának teljesítését megtagadta.

Záró gondolatok

Mindent összevetve elmondható, hogy egy részletekre szorítkozó, és eszközeiben is korlátozott kutatás nem adhat választ mindazon kérdésekre, melyeket a joggyakorlat egészét, valamint a tudományos életben felmerült irányzatok új szellemi kihívásait elemezve feltehetünk. Mégis, ennek a viszonylag szűk spektrumú kutatásnak a végén is megkockáztathatunk olyan általános jellegű következtetéseket, amelyek iránymutatóul szolgálhatnak akár jelen értekezés, akár más – talán több kutatót bevonó – tudományos vállalkozások kiindulópontjainak felvázolásához.

Az élethez való joggal összefüggésben az Alaptörvény szól a magzati élet védelméről. Ez a szabály igazodik az Alkotmánybíróság – abortusz ügyben kialakított – korábbi gyakorlatához. Mind az első, mind pedig a második abortusz-határozat (64/1991. (XII. 17.) AB határozat és 48/1998. (XI. 23.) AB határozat) abból indult ki, hogy az ember jogi státusát meghatározó élethez való jog, emberi méltóság és a jogalanyisághoz való jog hármasából, a magzat vonatkozásában a jogalanyiság a kétséges. Megállapítható, amennyiben a jogalanyiságról az Alkotmány vagy a törvényhozás nem dönt, azaz a magzat jogalanyiságát – a terhesség különböző stádiumait is figyelembe véve – nem ismeri el, akkor a magzatot nem szubjektív jogon illeti meg a védelem, hanem a magzati élet védelme az állam életvédelmi kötelezettsége körébe tartozik. Az állam objektív életvédelmi kötelezettsége körébe tartozó védelem lehet hasonló, mintha a magzatot szubjektív (alanyi) jogon illelné meg, ugyanakkor alapvető különbség, hogy míg az élethez való alanyi jog (az emberi méltósággal együtt abszolút), addig az állam életvédelmi kötelezettségével szemben más jogok is mérlegelhetők, mint például az anya önrendelkezési joga. Alapvetően az Alkotmánybíróságnak ezt a gyakorlatát tükrözi az Alaptörvény II. cikke is, amely rögzíti, hogy „a magzat életét a fogantatástól kezdve védelem illeti meg.” Ennek megfelelően megállapítható, hogy az Alaptörvény nem rögzíti a magzat jogalanyiságát, így a magzati élet védelmét az állam életvédelmi

kötelezettsége körébe tartja, nem változtat tehát a magzati élet védelme tekintetében korábban kidolgozott dogmatikán és gyakorlaton.

Az egészségügyi törvény egyértelműen rögzíti, hogy a beteg személyes szabadsága és önrendelkezési joga korlátozható, ugyanakkor kizárólag az egészségi állapota által indokolt és a törvényben meghatározott esetekben és módon. Ennek a kiemelkedően fontos alapelvnek a gyakorlati megvalósulása az esetek nem elhanyagolható részében problémát okoz mind az orvosnak, mind az ellátásban résztvevő más szakembernek. Az Alkotmánybíróság megállapításával összhangban rögzíthető, hogy a tudományos igazságok kérdésében állást foglalni csak maga a tudomány lehet kompetens, a tudományos igazságok, szakkérdések eldöntésére a tudomány és nem a jogvédelem képviselői hivatottak²¹. A helyzet megítélését még árnyaltabbá teszi, hogy az egészségügyben a jogi normákon, bírósági vagy alkotmánybírósági döntéseken túlmenően komoly jelentősége van az írott és íratlan orvos-etikai szabályoknak, szakmai előírásoknak. Ez a típusú dinamizmus nem csak az orvostudományra jellemző, hanem a betegjogok területére is. Egyrészt az új eljárások miatti kihívások, másrészt az egyéb emberjogi, társadalmi problémák is lecsapódnak az ellátásban és a betegségekben is. Az emberek jövőjének meghatározásában az orvoslás csak az egyik tényező, ezért nem is vállalhatja magára a teljes felelősséget, ugyanakkor kérdéses, hogy az ágazati működés mennyire képes érvényre juttatni és elősegíteni a betegek társadalmilag változó betegjogi elvárásait²².

Jelentős problémakört vet fel továbbá, az a megállapítás is, hogy az egészségügyben dolgozók töredéke olvassa csak el a jogszabályokat, általában másodlagos forrásokon keresztül terjednek csak az ismeretek. Tekintettel arra, hogy az orvosi munkában a jogszabályok nyomon követése nem történik meg, így egy-egy új szabály lassan épül be a napi gyakorlatba. A szakmai folyóiratokban is viszonylag csekély terepet kap az orvos-beteg kapcsolat jogi tartalmának elemzése, a bírói és a hatósági gyakorlat precedensként történő feldolgozása sem jellemző, leginkább szóbeszéd útján történik. Másrészt a betegjogokkal foglalkozó jogi munkák jelentős része az egészségügyi törvény bemutatására és a szöveg elsődleges nyelvi értelmezésére szorítkozik²³.

²¹ BORZA Beáta, „Emberi méltóság – az egészségügyben” *Lehetőségek és küzdelmek az ombudsman munkájában*, In: „Beteg vagy egészségügy” A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg?, Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, 2012.,19 - 25.

²² *Opinion of the European Economic and Social Committee on Patients rights (own-initiative opinion) SOC/221 Patients rights*, Brussels, 2007., <http://www.eesc.europa.eu>., letöltve: 2013, december 29.

²³ KERESZTY Éva, *Betegjogok a gyakorlatban - szakértői és oktatói tapasztalatok*, In: „Beteg vagy egészségügy” A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg?, Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, 2012.,127-141.

A korábbiakban kifejtett versengő, egyidejűleg konfliktusba kerülő betegjogok, alapjogok esetében továbbra is felmerül, hogy alapvetően milyen elvek érvényesülnek, mely betegjogok milyen mértékben korlátozhatóak. Mit értünk továbbá elégséges tájékoztatáson és a bejegyzés megszerzésén a relatíve sürgős, de nem életveszélyes állapot miatti ellátást igénylő beteg esetében, amikor az idővesztés a sikeres ellátást veszélyeztető állapotot eredményezhet. Érdemi jogalkalmazási elvárást tekintetben a bírói gyakorlat sem ad, inkább a sikeres ellátással igazolja az orvos eljárását, illetve önmagában ilyen betegjogi sérelemért nem állapít meg kártérítési felelősséget.

Másrészről ugyanakkor felmerül a kérdés az orvosokban, hogy az ő jogaik, illetve azzal kapcsolatos problémáik, nevezetesen a bérezés, a rossz munkakörülmények, az ágazat elégtelen fejlesztése, a kutatási lehetőségek minimális szintje a gyakorlatban hogyan változnak. Nyilvánvaló például, hogy az orvosok munkaideje, túlmunkája és ennek díjazása olyan alapvető probléma, melynek betegjogi vetülete is jelentős, hiszen a megfelelő pihenőidő biztosítása nemcsak az orvos munkavállalói joga, hanem a beteg pihent orvoshoz való joga is. Ez esetben a jogok összeütközésével találkozunk: mivel nincs elegendő orvos, különösen minden szakterületen rendelkezésre álló szakorvos az ország minden egészségügyi szolgáltatójánál, ezért vagy centralizált, a beteg otthonától távolabbi ellátást lehet biztosítani a megfelelő színvonalon vagy pedig bizonytalan színvonalú és szakszerűségű ellátás nyújtható a túlmunka miatti fáradtságtól rosszabb teljesítményű, de beteg számára könnyebben elérhető orvosnál.

A fentiekben vázolt példák is jól mutatják, hogy számos átfogó betegjogi probléma érdemes a részletes elemzésre, átfogó vizsgálatra, valamint az egészségügy technológiai és tudományos fejlődése is kitermeli az új betegjogi és orvosjogi konfliktusokat.

Felhasznált irodalom

Monográfiák, tanulmányok, folyóiratcikkek

BORZA Beáta, *„Emberi méltóság – az egészségügyben”* *Lehetőségek és küzdelmek az ombudsman munkájában*, In: *„Beteg vagy egészségügy”* A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg?, Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, 2012.

DR. SZÉKELY Sándor, REZSŐ Margit, *A császármetszés története*, Kossuth Könyvkiadó, Budapest, 1966.

KERESZTY Éva, *Betegjogok a gyakorlatban - szakértői és oktatói tapasztalatok*, In: „Beteg vagy egészségügy” A betegjogok helyzete egy átalakuló rendszerben, avagy kinek fontos a beteg?, Alapvető Jogok Biztosának Hivatala, 2012.

LEVINE, Robert, *Consent Issues in Human Research*, In Stephan G. POST (ed.): *Encyclopedia of Bioethics*, 3rd edition, New York - Munich: Macmillan Reference, Thomson - Gale, 2004.

SZEGHŐ Ágnes, *Kezelési szerződés – tájékoztatás és beleegyezés az egészségügyi ellátással összefüggésben (esettanulmány)*, *Glossa Iuridica*, II. évfolyam 1. szám.
(http://www.glossaiuridica.hu/gi1101/civ/gi1101_civ_szegho_agnes.pdf)
(letöltve: 2013. december 28.)

Jogforrások és kommentárok

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény

Az egészségügyért felelős minisztérium szakmai protokollja a császármetszésről.

(<http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=649>) (letöltve: 2013. december 29.)

Bírósági döntések, vélemények

48/1998. (XI. 23.) AB határozat

64/1991. (XII. 17.) AB határozat

Opinion of the European Economic and Social Committee on Patients rights (own-initiative opinion) SOC/221 Patients rights, Brussels, 2007.

(<http://www.eesc.europa.eu>) (letöltve: 2013. december 29.)

Internetes hivatkozások

A császármetszés története

(<http://www.timmermann.hu/index.php?m=csaszarmetszes>) (letöltve: 2013. december 28.)