



MAGATARTÁSTUDOMÁNYI SZIGORLAT **ÁOK IV. évfolyam – AOK-K591**

ORVOSI ETIKA – AOK-KU180

FOGALMAK

1. etika, bioetika fogalma
2. erkölcs és jog kapcsolata
3. deontológiai etika
4. utilitarista etika
5. a kettős hatás elve
6. a „kategórikus imperatívusz” elve
7. aranyszabály
8. autonómia elve
9. a tájékozott beleegyezés fogalma
10. „ne árts” elve
11. jótekonyság elve
12. igazságosság elve
13. orvosi titoktartási kötelezettség
14. orvosi paternalizmus
15. cselekvőképtelen, korlátozottan cselekvőképes, cselekvőképes beteg
16. betegjogok (felsorolás)
17. a helyettesített döntés elve
18. a betegek felvilágosításának standardjai
19. visszarendelési kötelezettség
20. a műtét kiterjesztésének szabályai
21. makro- és mikroallokáció
22. az anya önrendelkezési joga
23. a magzat erkölcsi státusza
24. ivarsejt adományozás és letét
25. az IVF során „feleslegessé” vált embriók felhasználási lehetőségei
26. aktív és passzív eutanázia
27. élő végrendelet
28. a hospice fogalma
29. biológiai halál, szívhalál, klinikai halál, agyhalál
30. xenotranszplantáció fogalma
31. szervátültetés: a „pozitív beleegyezés” elve
32. szervátültetés: a „feltételezett beleegyezés” elve
33. RKK (Randomizált Kontrollcsoportos Klinikai Kísérletek)
34. a kísérleti alanyok jogai
35. a kísérletet végzők kötelességei
36. a terápiás kísérlet és az orvosbiológiai kísérlet fogalma és különbsége
37. a betegjogi képviselő fogalma, feladatai
38. az asszisztált öngyilkosság fogalma
39. a gondossági kötelelem fogalma
40. puha sorolás, kemény sorolás

TÉMAKÖRÖK

1. Az etika elméleti háttere
2. A tájékoztatás témaköre
3. Az eutanázia témaköre
4. A kísérletek témaköre
5. A szövet- és szervátültetés témaköre
6. Reprodukcióval kapcsolatos etikai témakörök
7. Az orvosok egyéni morális magatartásával kapcsolatos témakörök
8. Makro- és mikroallokáció

MAKRO- ÉS MIKROALLOKÁCIÓ (VÁZLAT)

Allokáció – kihelyezés, elosztás

A mikroallokáció és a makroallokáció kérdése az ún. **ritka javak és eszközök elosztásával és az igazságosság** problémájával függ össze, az orvosi etikában pedig annak etikai vonatkozásait taglalja.

A **makroallokáció** felsőbb szinten azt jelenti, hogy az egyes főbb ágazatok között (egészségügy, oktatás, honvédelem, környezetfejlesztés stb.) milyen arányokban osztják el a rendelkezésre álló pénzt, alsóbb szinten belül pedig, hogy az egyes főbb ágazatokon belül hogyan oszlik meg az alágazatok között, pl. az egészségügyön belül: prevenció (megelőzés), gyógyítás, rehabilitáció (utókezelés).

A **mikroallokáció** az egészségügyön belül felsőbb szinten arra vonatkozik, hogy a ritka *orvosi eszközöket* (művesegép, lélegeztetőgép stb.) hogyan osztják el az orvosilag egyformán rászorult betegek között -- pl. a dialízises betegek közül milyen egyéb betegségben is szenvedők kapjanak művesekezelést, alsóbb szinten pedig azt, hogy az előbbi szempontokat is figyelembe véve, *konkrétan* melyik *beteg (egyén)* kapja a kezelést.

A makroallokáció tehát összefoglalóan a **nagyobb rendszert** érintő elosztás kérdéseivel foglalkozik, a mikroallokáció pedig már a **konkrét** betegek (ill. betege) fókuszál.

Ennek arányai a tudomány és a technika előrehaladásával, ill. a kultúrközeg változásával (antropológiai vonatkozás) változhatnak.

Korábban – a 20.század előtt (a hippokratészi eskü is ezt tükrözi) szinte alig voltak az eszközök igazságos elosztásával kapcsolatos problémák. Az egész eszköztár igen szegényes volt – ez volt az orvostudomány ún. kézműves korszaka.

A 20. század közepétől: nagyhatású gyógyszerek, felgyorsult technika, a gyógyítás centruma a kórház lett, nagy komplexum. A **drága technikával** bejöttek a **közgazdasági szempontok** is az egészségügybe, fontos lett az elosztási kritériumok meghatározása, a szűkös erőforrások racionális felhasználása.

Mindezt más problémák is színezték (szociológiai, antropológiai összetevők!) – demográfiai változások, megnőtt az idősek aránya a társadalmon belül, gazdagabb országokban felértékelődött a hosszabb élet lehetősége, valamint a hosszabb életért való harc.

Új technológiák (élet vége — az élet eleje), súlyosabb fogyatékkal született újszülöttek életben tartása – ennek hosszú távú költségvonzatai, az élet végi új intenzív kezelési lehetőségek, a haldoklás sokáig elnyújtható – ugyanakkor változik a halálhoz való viszonyulás is (antropológiai vonatkozás), a halált egyre kevésbé tekintik természetesnek -- heroikus küzdelem ellene. Az orvosi ethoszban (hivatástudat, etikai elvárás) megnőtt a hátha-affektus és a lehetőség szerint "mindent – megpróbálni -- elv" szerepe).

A kulturális haladással (szociológiai, antropológiai összetevő) nő a lakosság és az egyének iskolázottsága, de elvárásai is – több nagy kockázatú beavatkozást tekintenek természetesnek.

A finanszírozási rendszer a költséghatékonyság irányába változik – tételes elszámolás, az orvosok nagyobb anyagi érdekeltsége, az egészségügyi ellátásba bekapcsolódnak olyan csoportok, megoldások is, melyek helyettesítik az orvosi ellátást, ill. nem kifejezetten orvosokkal látják el (**deprofesszionizáció**) – (*de* – fosztó képző), önszolgáltató betegcsoportok, wellnes-csoportok, intézmények, melyeket üzletemberek hoznak létre és működtetnek, luxus egészségügyi szolgáltatások.

Probléma az, hogy a költséghatékonyság miatt az egészségügy túlságosan kuratív – a már kialakult betegség gyógyítására irányuló. Kevés pénz jut a prevencióra és a hosszú távú kutatásra. Nincs elég pénz az ún. **definitív technológiák** kialakítására (amerikai meghatározás), amelyek már pontosan tudják a betegség patomechanizmusát és ezért olcsó gyógyításra képesek, mivel magát a kórfolyamatot számolják fel. Túl sok a **fél-definitív technológia**. Palliatív kezelés: a tüneteket enyhíti, de a kiváltó okot nem szünteti meg (pl. művesekezelés).

A biztosítási rendszer bevezetésével és kiterjesztésével (ahol kötelező biztosítás van), nőtt az egészségügy igénybe vétele, több ember között kellett korlátozott számú eszközt elosztani. Növelte az egészségügy terheltségét az is, hogy több olyan jelenséget, amelyet korábban csak erkölcsi, jogi problémának tekintettek (alkoholizmus, drog, bűnözés), orvosi esetnek, betegségnek (is) minősítettek. Másfelől az ún. „**fogyasztói attitűd**”: az egészségügy szolgáltatásait mint árucikket megvásárolni, terjedőfélben van., s ez szintén felveti az igazságosság problémáját. (A tehetősebbeknek több jár?)

Megnőtt a **krónikus** megbetegedések száma is, amellyel a betegeknek olykor évtizedeken keresztül együtt kell élniük. Ezekre irányulnak az ún. fél-definitív technológiák, melyek a betegség tüneteit enyhítik, de a kiváltó okot nem szüntetik meg (palliatív kezelés – pl. művesekezelés)

A csúcstechnológia, a csúcsmedicina felfedezései kezdetben nagyon drágák. Behatárolt azoknak a köre, akik megkaphatják – ezért fontos a **sorolás kérdése** (ha kötelezően ki kell alakítani valamiféle hierarchiát, pl. szervtranszplantáció, akkor kik jussanak hozzá elsősorban)..Meghatározó szempont lehet a közvetlen életveszély, a jobb immunológiai egyezés, a várólistán eltöltött idő, az életminőség javításának különböző esélyei. **A sorolás** az egészségügyben tehát **azt jelenti**, hogy korlátozottan rendelkezésre álló orvosi eszközök, eljárások miatt bizonyos szempontok (egészségügyi, gazdasági, erkölcsi) alapján korlátozzák azok számát is, akik ehhez hozzáférhetnek, ill. köztük rangsort alakítanak ki.

Mikroszinten az egyes konkrét betegek között döntenek. A makroallokáció vonatkozásában viták tárgya lehet az is, hogy a csúcsmedicinára vagy a mindenkit egyformán érintő eljárásokra fordítsanak többet. Az 1970-es években pl. Oregon államban (USA) olyan döntés született, hogy a csúcsszintű újjáélesztési technikák helyett inkább a terhesgondozásra fordítják az állami pénzeket. A döntés kapcsán heves viták alakultak ki.

Mínél több a rendelkezésre álló eszköz, annál kevésbé szigorúak a szabályok. Korábban pl. nem kaphattak májtranszplantációt az alkoholisták (az egyéni felelősség kérdése a betegség kialakulásában). Ma ezt a tilalmat már oldották, illetve egyre feljebb tolódnak az életkorbeli határok is.

„A mindenkinek mindent szükséglete szerint”--elv a gyakorlatban ma nem valósítható meg.

Megkülönböztetnek ún. **kemény** és **puha** sorolást. A **kemény sorolás** szisztematikusan vagyis *világosan átlátható, leírt* szabályok szerint történik. **Puha sorolás**nak azt nevezik, amikor az orvos úgy sorol, hogy *maga sem tudatosítja* teljes mértékben, hogy itt sorolásra kerül sor, amikor egy mérsékelt hasznos vagy keményebb beavatkozás mellett vagy ellen dönt. Pl. azt gondolja, hogy szakmai szempontok alapján dönt, valójában azonban erkölcsi vagy *gazdasági indokok* vannak a háttérben. Pl. inoperábilis gyomorrák, gyakori igen költséges vértranszfúzió – miért mond le erről az utóbbiról az orvos – a beteg érdekében vagy valójában a kórházi takarékosági szempontok miatt. A puha sorolás nem nyilvános, nehezebben kontrollálható, mint a másik, több visszaélésre ad lehetőséget.

A kemény sorolás egyik legnevezetesebb példája az volt, amikor az USA-ban a 60-as évek elején a vesedyalises betegek kemény sorolását végezték el. Az első fázisban orvosok szűrték ki az orvosilag alkalmatlanokat (akkoriban, pl. a szív- és cukorbetegeket alkalmatlannak tartották erre), a második fázisban egy hétagú bizottság választott ki a legmegfelelőbbeket. A névsor titkos volt – hogy ne lehessen nyomást gyakorolni rájuk: Két orvos volt közöttük, továbbá egyházi személy, bankár stb. A döntés megkönnyítése végett kidolgoztak általános kritériumokat is. Később az USA-ban általánossá vált a művesekezelés – több pénzt fordítottak rá. A mikroallokáció tehát kihatott a makroallokációra.

A **sorolásokkal** kapcsolatban nagy a vita – a **szempontrendszer** kiválasztása mellett – arról, hogy kell-e a nyilvánosság. A mellette érvelők azt mondják, hogy ez nagyobb kontrollt, tisztább átláthatóságot teremthet, jobban korrigálható később. Az ellene érvelők azt mondják, hogy ez sokkolhatja morálisan a társadalmat, rossz visszhangja lehet pl. a politikai választásokon annak, ha valakivel kapcsolatban kiderül, hogy nem tettek meg mindent az életéért.

QALY-értékek – a *költséghatékonysági értékek* kiszámítása különböző betegségek gyógyítási módszereinek összehasonlításánál – a leghatékonyabb költségűt kell alkalmazni. Viták – érvek – ebből sok minden nem olvasható ki. „Későbbi életminőség”, sokszor kis számú eset alapján következtetnek. A *rövidebb és a hosszabb távú költséghatékonyság* nem mindig egyezik meg. A Qaly-módszert bírálták amiatt, hogy diszkriminatív lehet – hátrányosan megkülönböztet: időseket (egy fiatalnál több életévet ment meg, rasszista – más rasszok, más várható élettartam, szexista: a nők tovább élnek, balesetet szenvedőknél sokszor költségesek az eljárások ...)

Egyéb eddig szóba jött szempontok: Nélkülözhetetlen emberek, kivételes bánásmód – pl. államfők, a területiség mint szelekciós elv – egy adott országhoz tartozók kaphatnak a korlátozott eszközökből, a **felelősség kérdése** a betegség kialakulásában, a **fizetőképesség**, az **életkor**, a **véletlenszerű** kiválasztás, a **természetes életkorhoz való jog**, **kísérleti terápia**, ehhez alkalmas alanyok stb.