

**ORVOSI HIVATÁS ÉS HIVATÁSETIKA**  
**A XX. – XXI. SZÁZADBAN**

Ph.D értekezés

**Dr. Kapocsi Erzsébet**

Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar  
Pszichiátriai Klinika Magatartástudományi Csoport

**Semmelweis Egyetem**

**4. Mentális Egészségtudományok Doktori iskola**

Témavezető: Dr. Kovács József

Programvezető: Prof. Dr. Kopp Mária

Vezető: Prof. Dr. Rajna Péter

**Budapest**  
**2004**

## Tartalom

<b>I. 1. Előszó</b> .....	<b>4.o.</b>
2. A témaválasztás indoklása .....	5.o.
3. Célkitűzés .....	6.o.
4. Módszer .....	7.o.
<b>II. 1 Bevezetés</b> .....	<b>8.o.</b>
1.1. Orvostudomány, medicina, egészségügy .....	8.o.
1.2. Orvosi hivatás .....	8.o.
1.3. Páciensek .....	10.o.
1.4. Társadalom .....	11.o.
1.5. Egészségügyi gazdaság .....	12.o.
1.6. Hivatásetika, bioetika .....	12.o.
1.7. Magyarország .....	13.o.
2. <b>Irodalmi áttekintés</b> .....	14.o.
<b>III. Foglalkozás - hivatás – professzió</b> .....	<b>19.o.</b>
1. Definíciók, meghatározások, jellemző jegyek .....	19.o.
2. A hivatássá válás útja (Történeti áttekintés) .....	31.o.
2.1. Az orvosi hivatás története .....	31.o.
2.2. A hivatásetika története .....	39.o.
2.3. A hagyományos orvosi etikától a bioetikáig .....	53.o.
3. A bioetika kialakulása, térhódítása és hatásai .....	58.o.
<b>IV. A medicina a XX. – XXI. században</b> .....	<b>63.o.</b>
1.1. A medicina meghatározottsága .....	63.o.
1.2. Az egészség és betegség meghatározása .....	66.o.
1.3. Egészségkultusz .....	68.o.
1.4. A medicina feladata és hatóköre .....	70.o.
1.5. A medicina célja .....	70.o.
1.5. A medicina prioritásai .....	73.o.
2.1. A modern medicina fogalma és definiálása .....	74.o.
2.2. A modern medicina jellemzői .....	74.o.
<b>V. Az orvosi hivatás a XX. – XXI. században</b> .....	<b>76.o.</b>
1. A régi szerződés .....	76.o.
2.1. Speciális szaktudás és készségek .....	77.o.
2.2. „Humán” szaktudás .....	79.o.
2.3. Szisztematikus és speciális felsőfokú tanulmányok .....	80.o.
2.4. Önképzés és továbbképzés .....	80.o.
2.5. Speciális tevékenység, speciális szolgáltatások .....	81.o.

2.6. Monopolizált tevékenység és szolgáltatások .....	83.o.
2.7. Autonómia .....	84.o.
2.8. Változások a hivatás autonómiájában .....	86.o.
2.8.1. Törvényi szabályozás .....	86.o.
2.8.2. Gazdasági szabályozás .....	87.o.
2.8.3. Belső szabályozás és kontroll .....	88.o.
2.9. Deprofessionalizáció .....	89.o.
3. Az orvosi szerepfelfogás átalakulása .....	91.o.
4. A változások következményei .....	94.o.
4.1. Az új szerződés .....	96.o.
4.2. Az „új professionalizáció” .....	98.o.
4.3. Eredmények .....	100.o.
5. A hivatás jövője .....	102.o.
<b>VI. Az orvosi hivatásetika a XX. – XXI. században .....</b>	<b>106.o.</b>
1. Szükség van-e orvosi etikára? .....	106.o.
1.2. Az etika és a medicina viszonya .....	107.o.
1.3. Külső vagy belső megalapozású moralitás? .....	108.o.
2. A hivatásetika dokumentumai .....	108.o.
2.1. Kodifikálás .....	111.o.
2.2. Legitimitás, kontrolláló és szabályozó funkció .....	112.o.
3. A hivatásetika modern értelmezése .....	114.o.
4. „Új professionalizáció” – új hivatásetika? .....	116.o.
4.1. Az Orvosi Charta .....	117.o.
4.2. Az orvosi eskü modernizálása .....	119.o.
4.3. A charta és az eskü értékelése .....	121.o.
4.4. A MOK Etikai Kódexe .....	124.o.
5. Hivatásmodellek, hivatásetikák .....	126.o.
6. Orvosi hivatásetika a XXI. században .....	127.o.
<b>VII. Befejezés .....</b>	<b>129.o.</b>
1. Kitekintés: oktatás és felkészülés a hivatásra .....	129.o.
2. Utószó .....	132.o.
3. Összefoglalás .....	134.o.
4. Eredények és következtetések .....	140.o.
<b>Köszönetnyilvánítás .....</b>	<b>143.o.</b>
<b>Irodalom .....</b>	<b>144.o.</b>
<b>Bibliográfia .....</b>	<b>153.o.</b>

## I.1. ELŐSZÓ

„Az orvosi etika a legrégebb, legstabilabb és világszerte leginkább elfogadott morális rendszerek egyike. Kulturális és nemzeti határokon ível át és az orvosokat egy, a betegek jóllétének elkötelezett, közösségben egyesíti. Háborúk, politikai változások, szociális konfliktusok és kulturális hanyatlás időszakainak ellenére több, mint 2500 éven keresztül fennmaradt, vitathatatlan tekintéllyel.

Két évtizeddel ezelőtt megkezdődött ennek a régi morális építménynek az átépítése, s ez az átalakítás mélyrehatóbb, mint hosszú története során bármely eddigi renoválás. Még nem tudjuk, milyen tartósak lesznek a változások. Egy dolog azonban már most biztosnak látszik: a XXI. század orvosi etikája már nem fog visszatérni a régi értékmintákhoz. Egyes, erős szociokulturális erők által előidézett változások minden bizonnyal fennmaradnak majd, mások nem. Az orvosi etika rekonstrukciója - különösen az a rész, amely az orvosnak a pácienseivel való viszonyát illeti - a legfontosabb filozófiai feladatok egyike, mind az orvosi hivatásrend, mind a társadalom számára.”

( Edmund D. Pellegrino, 1988 )

Az orvosi hivatás nem létezik „önmagában”, tértől és időtől függetlenül. Az orvoslást, a medicinát sok tekintetben befolyásolja az a történelmi, társadalmi és kulturális környezet, amelyben működik. Az orvosi hivatás két lényegi komponense, *a gyógyító szerep* és a *professzionális struktúra* azonban lehetővé teszi a sokféleségben a közös elemek felmutatását. Úgy gondoljuk, ezzel lehetőség van arra, hogy az absztrakció szintjén vizsgáljuk az orvosi hivatást mint hivatást, mint professziót. Az a *hivatás-modell*, amely a dolgozatból kibontakozik, egy elméleti konstrukció, amelynek elemei szinte mindenütt megtalálhatók a fejlett ipari országok társadalmi és egészségügyi struktúrájában.

Az orvosi hivatás funkciója, szerepe, társadalmi státusza jelentős és mélyreható változásokon ment keresztül az utóbbi két - három évtizedben, a fejlett világ szinte valamennyi országában. A modern társadalomban és az egészségügyben bekövetkezett átalakulásokkal párhuzamosan lényegesen megváltozott a hivatás belső összetétele és struktúrája is. A hivatás identitását alkotó két elem, a gyógyító szerep és a professzionális státusz elválni látszik egymástól, sőt esetenként szembe is kerülhet egymással. Mindennek következménye, hogy zavar támadt a hivatás szerepértelmezésében, önazonosságában és etikai önértékelésében. Az orvosoknak egyszerre kell szembenézniük a társadalomhoz, a páciensekhez és a paramedikális hivatásokhoz fűződő viszony megváltozásával, miközben meg kell küzdeniük a hivatás kereteit feszítő belső változásokkal.

Egy generációval ezelőtt – és azt megelőzően egy - másfél évszázadon át - az orvosi hivatás a társadalom egyik szilárd talpköve volt, az orvosokat vitathatatlan tekintély és elismerés övezte. Az egészségügyre fordított összegek emelkedtek, az orvostudomány lélegzetelállító fejlődése egyre újabb és egyre izgalmasabb beavatkozásokra adott lehetőséget az ember testi és szellemi valójába. Az orvosok páciensekhez fűződő viszonyát, kollégákkal való kapcsolatát évszázadok begyakorolt rendje szabályozta és két és félezer éves erkölcsi kódex szentesítette. A tudást magas szintű egyetemi képzés nyújtotta, az értékrendszert és a kötelességeket szerep-modellek közvetítették. A tanult és követett magatartási minták megfelelték mind a hivatás homogén voltának, mind a társadalom és az egészségügyi rendszer áttekinthető kapcsolatának. Az orvosi hivatás „a dolgok rendje szerint” társadalmi tekintélyt, erkölcsi elismerést, méltányos anyagiakat jelentett – cserébe a hivatás önként vállalt kötelezettségéért: az altruista szolgálatért.

Egy generáció alatt azonban sokat változtak a dolgok. A most nyugdíjba készülő orvosok – nemcsak Magyarországon, hanem Európában és az anglo-amerikai világban is – egy helyét és szerepét kereső, identitásproblémákkal és morális válsággal küszködő hivatásból lépnek ki. Ebből a válságból többféle kiút kínálkozik. Az egyik lehetséges mód a hivatás lényegi elemeinek újraértelmezése és egy új típusú viszonyrendszer kialakítása mind a páciensekkel, mind a társadalommal, illetve az egészségügyi ellátó rendszerrel. Ennek az elképzelésnek sarkalatos pontja, hogy mind a hivatás képviselőinek, mind a társadalomnak meg kell értenie azt a viszonyrendszert, ami összeköti őket, s aminek alapja maga a *professzió*.

## **I.2. A témaválasztás indoklása**

Az orvosi professzió azaz hivatás és a hivatásetika vizsgálata az utóbbi fél évszázadban nem tartozott a „divatos” témák közé, mind a nemzetközi, mind a magyar szakirodalomban elhanyagolt kutatási terület volt. Maga a „hivatás” fogalma is kicsit régimódinak, ódivatúnak tűnik. A modern medicinában nagyon sok olyan erkölcsi – etikai probléma van, amelyek láthatóan fontosabbak és a társadalom számára is sokkal érdekesebbek, mint a hivatásetika vagy a hippokratészi eskü. A XX. század utolsó harmadában a humán biológiai tudományok által felvetett, majd az orvostudományban is alkalmazott eljárások, beavatkozások (in vitro fertilizáció, prenatális diagnosztika, szervátültetés, mesterséges életben tartás, genetikai manipulációk, klónozás, őssejtkutatás stb) és a velük kapcsolatos alapvető etikai kérdések álltak – és állnak ma is - az érdeklődés

homlokterében. Mögöttük szinte észrevétlenül zajlottak le azok a változások, amelyek az orvosi hivatás és hivatásetika lényegét érintik.

A modern orvosi etikával, illetve a bioetikával foglalkozó teoretikusok között is csak viszonylag kevesen vannak, akik ezeket a változásokat az orvosi hivatás és hivatásetika szempontjából elemzik és értelmezik. Pellegrino már a 80-as évek végén felhívta a figyelmet az orvosi hivatás és hivatásetika radikális átalakulására, <sup>(1)</sup> de ennek az átalakulásnak az okai, hatóköre, mélysége és következményei mindeddig nem képezték szisztematikus vizsgálat tárgyát.

Úgy tûnik, hogy a bioetika kontinentális diadalútja háttérbe szorította a tradicionális orvosi hivatásetikát, olyannyira, hogy az a kérdés is fölvetődik: van-e még létjogosultsága, a hagyományok őrzésén túlmutató funkciója és főként jövője a két és félezer éves orvosi etikának? Lehetséges-e, hogy a bioetika feleslegessé teszi, jobb esetben magába integrálja a klasszikus hivatásetikát, s az már csak az orvoslás történetének egy múltbeli része lesz, éppúgy, ahogy a hagyományos orvosi táskák is lassan már csak kortörténeti emlék a hordozható laptopok és a mobiltelefonok világában? Vagy lehetséges, hogy a tradicionális hivatásetikában, miként a kopott orvosi bőrtáskákban is, olyan értékek rejtőznek, amelyeket a ma és a jövő hipermodern medicinájában is érdemes megőrizni?

E kérdések felvetése és megválaszolása indokolttá és szükségessé tesznek egy átfogó és szisztematikus vizsgálatot, amelynek témája az orvosi hivatás és hivatásetika helyzete a XX. század végén – XXI. század elején.

### **I.3. Célkitűzés**

I.3.1. A dolgozat első célkitűzése az orvosi hivatás etikai szempontú leírása és elemzése. Az orvosi hivatással foglalkozó teoretikusokra jellemző, hogy tárgyukat főként szociológiai megközelítéssel és módszerekkel vizsgálják. Miután szisztematikus etikai elemzés a hazai szakirodalomban nem található, disszertációm hiánypótló munkaként fogható fel.

I.3.2. A dolgozat második célja a modern medicina azon változásainak bemutatása, amelyek következtében lényeges strukturális és funkcionális változások zajlottak le az orvosi hivatáson belül valamint a hivatás és a társadalom kapcsolatában.

---

<sup>1</sup> Pellegrino, E.D.: Die medizinische Ethik in den USA. - Die Situation heute und die Aussichten für Morgen. In: Sass, H.M. (ed.) Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen. Springer Verlag Berlin Heidelberg 1988. 4.o.

I.3.3. Harmadik célkitűzése a dolgozatnak annak vizsgálata, hogyan viszonyul egymáshoz a modern bioetika és a hagyományos orvosi hivatásetika: feloldódik-e a hivatásetika a bioetikában, vagy megmarad relatív önállósága.

I.3.4. A dolgozat negyedik célkitűzése az utóbbi 10 – 15 év német nyelvű (német, osztrák, svájci) szakirodalmának feldolgozása és bemutatása. A magyarországi bioetikai szakirodalom problémafelvetését, szemléletmódját, tematikai érzékenységét alapvetően az angolszász szakirodalom befolyásolta, így tanulságos lehet egy más típusú szemléletmód érvényesítése.

I.3.5. A dolgozat végül vállalkozik arra, hogy - a szakirodalom alapján - mind a hivatás, mind a hivatásetika terén felvázoljon néhány, a jövőbe mutató tendenciát.

I.3.6. A dolgozat gyakorlati hasznosítása az orvostan-hallgatók, fogorvostan hallgatók, gyógyszerészek és egészségtan tanárok oktatásában lehetséges.

## I.4. MÓDSZER

Dolgozatom módszertani alapelve egy *modellvizsgálat*: az orvosi hivatást mint hivatást, mint professziót, az *absztrakció szintjén* elemzem, annak tudatában, hogy a mindenkori történelmi, társadalmi és kulturális környezet lényeges befolyásoló tényezők egy - egy konkrét jelenség vagy probléma esetében.

*Történetileg vizsgáltam* az orvosi hivatás és hivatásetika kialakulását és fejlődését A történelmi fejezetek esetében a cél nem annyira a téma teljes és átfogó feldolgozása volt, mint inkább a fejlődési trendeknek a felmutatása.

*Leíró vizsgálat* keretében számba vettem a szakirodalomban fellelhető, különböző hivatás – értelmezéseket és kiemeltem az általános jellemzőket.

Az *értelmezés* módszerét használtam azon kategóriák esetében, amelyeket a szociológia már elemzett saját szempontjai szerint, illetve amelyek általánosan használatosak, de pontos definíció nélkül. Az értelmezés mindig az *etika* síkján történik.

Az *összehasonlító elemzés* és a *kritikai elemzés* módszerével vizsgáltam a XX. század második felében és a XXI. század első éveiben az orvoslásban valamint az orvoslást körülvevő társadalmi környezetben lezajlott átalakulásokat (modern medicina változásai, a hivatás strukturális és funkcionális átalakulása, a bioetika kontinentális recepciója, magyarországi fogadtatása, a bioetika és a hivatásetika viszonya.)

*Dokumentumelemzéssel* vizsgáltam releváns etikai dokumentumokat (orvosi charta, kódex, eskü-szövegek).

Tartalmi *összegzést* végeztem minden fejezet végén.

## II.1. Bevezetés

A XX. század második felének szinte robbanásszerű tudományos és technikai fejlődése, valamint a társadalmi változások következtében alapvetően átalakultak az orvostudomány, s tágabb értelemben a medicina illetve egészségügy működésének külső és belső feltételei. A változásokat előidéző tényezők természetesen nem függetlenek egymástól; ellenkezőleg: egymással összefonódott, bonyolult kölcsönhatásban levő folyamatokról van szó.

### II.1.1. Orvostudomány / medicina / egészségügy

Az orvostudomány terén első helyen kell említeni *a természettudományos és a biotechnológiai fejlődést*, amely soha nem látott eszközöket adott az orvosok kezébe, ugyanakkor soha nem sejtett kihívásokat is támasztott a hagyományos orvostikával szemben. Jelentős tényező *a betegség típusok megváltozása*: az egészségügyi és szociális körülmények jobbá válásával, a modern életmód elterjedésével előtérbe kerültek a krónikus betegségek; megnőtt a szenvedélybetegek száma. Nagyszámú embercsoport él közöttünk olyan betegségekkel, amelyek folyamatos egészségügyi ellátást igényelnek.

Jelentős hangsúlyeltolódás figyelhető meg a *prevenció* és a kuratív medicina között: előtérbe került és egyre nagyobb szerepet kap a megelőzés, egészségfejlesztés, egészségnevelés. E kétségtelenül pozitív tendencia ugyanakkor azt jelenti, hogy egészséges emberek tömegei mint „kvázi páciensek” jelennek meg az egészségügy látókörében. Ezzel függ össze az élet általános *medikalizáció*ja, az egészségügyi – orvosi ellenőrzés és ellátás kiterjesztése a mindennapi élet egyre több területére.

Nagyon fontos tényező a hivatás és hivatáskép átalakulása szempontjából *a szolgáltató funkció* megjelenése az egészségügyben. A modern „egészségügyi ipar” rengeteg olyan szolgáltatást kínál, amelyek nem, vagy csak részben tartoznak a hagyományos orvosláshoz. Ilyenek pl. a különféle diagnosztikus- és szűrővizsgálatok, az esztétikai célú plasztikai sebészet, tini ambulancia, klimax ambulancia, szexuálterápia, stb. A szolgáltatói jelleg megjelenik az orvos - páciens viszonyban is. A páciens megrendelőként lép fel, igényei maradéktalan kielégítését várja el mind az orvostól, mind az egészségügytől.

### II.1.2. Orvosi hivatás

Jelentős változásoknak lehetünk tanúi az orvosi hivatáson belül is, többek között a hivatásról alkotott felfogásnak, a hivatás presztízsének megítélésében s ezzel párhuzamosan - és velük összefüggésben - az orvosi szerepfelfogásban. Az orvosok a XX. század közepéig - utolsó harmadáig egy viszonylag egységes hivatásrendet alkottak, amely



abszolút domináns volt az egészségügyön belül. Ma az „egységes hivatás” elképzelés szertefoszlni látszik, az egyes orvosi területek és képviselőik között akkora különbségek lehetnek, hogy az már a **hivatás identitásának** kérdését veti fel; gondoljunk pl. egy minisztériumi tisztviselőre, egy gyógyszerkutatóra, egy fogorvosra, egy agysebész specialistára, egy diagnosztizáló orvosra és egy háziorvosra, akik mind „orvosok”.<sup>(2)</sup>

A technikai és technológiai fejlődés azzal a következménnyel jár, hogy az orvosi szaktudás mellett nélkülözhetetlen lett a **technikai szaktudás**, amellyel a korszerű medicina bonyolult gépei, eszközei és berendezései működtethetők. Ez a tényező, valamint a rohamosan növekvő orvosi és humánbiológiai tudásmennyiség magával vonja a hivatás szakterületeinek egyre fokozódó specializálódását.

Az orvosok évszázadokon keresztül a betegek házában, lakásán, később az orvos rendelőjében, többnyire négy szemkört találkoztak a páciensekkel. Az idővel kialakuló kórházak (isptályok) kezdetben csak a haldoklás színhelyei, később válnak a gyógyítás fellegváraivá. Mára már igazi **kórházi, klinikai „nagyüzemek”** működnek a fejlett országokban, szakaszokra osztott, pontos munkarenddel, „futószalag – gyógyítással”, jelentős számú személyzettel. Az orvosok egyre magasabb szintű munkamegosztást és egyre bonyolultabb kooperációt igénylő csoportokban, ún. „multiprofessionális team”-ben dolgoznak és egyre ritkább a duális orvos – beteg kapcsolat.

Jelentős kihívás az orvosi hivatásrend számára, hogy - az egészségügy fejlődésével párhuzamosan - az orvos körül **paramedikális hivatások** sora alakult ki (diplomás ápolók, nővérek, technikai asszisztensek, védőnők, szociális munkások), melyek nemcsak segítik az orvos munkáját, hanem egyre több funkciót át is vesznek tőle. Ezzel megkérdőjeleződik az orvosok hosszú ideje tartó kizárólagos szerepe a beteg gyógyításában: az orvos egyre inkább egy olyan team tagja, amelyben az irányító és ellenőrző funkció az övé, de korántsem biztos, hogy minden érdemi tevékenységet ő végez. Ennek következményeként az orvostársadalomnak számolnia kell azzal, hogy ezek az új hivatások is egyre inkább az „autonóm hivatás” státuszát igénylik a maguk számára.

Mindezen változások közepette az orvostársadalomnak szembe kell néznie azzal is, hogy milyen ma az orvosi hivatás erkölcsi státusza a társadalmon belül, hogyan tekint a **társadalmi nyilvánosság** a medicinára, mint különleges szereppel felruházott, különleges értékekkel és normákkal bíró autonóm intézményre, amellyel szemben nő az emberek bizalmatlansága, ugyanakkor nőnek a vele szemben támasztott igények is.

---

<sup>2</sup> McKeown T.: Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag 1982. 212.o.

Az angolszász szakirodalom az orvosi hivatásrend és a társadalom közötti növekvő szakadékról ír, az orvosi hivatás presztízsvesztéséről, a hivatásba vetett társadalmi bizalom megrendüléséről. Ennek oka, hogy felbomlott az orvosi hivatás – páciensek – társadalom közötti implicit, hallgatólagos szerződés, amely hosszú időn keresztül szabályozta a felek egymás közötti viszonyát. Szükség van egy új, *explicit szerződésre*, amelynek kimunkálásában mindegyik félnek aktívan közre kell működnie. Ehhez az új szerződéshez szükség van az orvosi hivatás újra-értelmezésére, szakmai és erkölcsi bázisának újraértékelésére. Ezt a folyamatot nevezi a szakirodalom „új professzionalizáció”-nak. <sup>(3)</sup>

### **II.1.3. Páciensek**

Orvosok és páciensek helyzetét egyaránt alapvetően befolyásolta és befolyásolja az orvos – beteg kapcsolat lényegi megváltozása. Ez azt jelenti, hogy az orvosi tevékenység kapcsolatrendszerében központi helyet elfoglaló orvos - beteg viszonyban a hangsúly eltolódott, a jog és az etika is a *páciensek önrendelkezésének elvét* állítja a középpontba. A hosszú időszakon át uralkodó paternalisztikus elképzelés helyébe, néhány évtized alatt, a beteg autonómiáját hangsúlyozó felfogás lépett.

A páciensek szempontjából a *gyógyítás és egészségmegőrzés új távlatai* és lehetőségei szinte korlátlan perspektívát nyitottak. Jellemző lett az élettartam drámai meghosszabbodása, az életminőség általános javulása, a gyógyító technikák széleskörű hozzáférhetősége. Ugyanakkor megjelentek a haladás árnyoldalai is: a krónikus betegségek, és az ún. civilizációs betegségek terjedése, a szenvedélybetegek számának növekedése, az időskorral járó egészségügyi problémák halmozódása.

A páciensek és a társadalom szempontjából is a modern kor fontos változása között kell említenünk az élet általános *medikalizálódását*. Ez lényegében azt jelenti, hogy a medicina az emberi lét olyan területeit is a maga hatáskörébe vonja, amelyek hagyományosan nem tartoztak oda: a terhesség, a születés, a kisgyermekkor, az időskor, valamint a halál és haldoklás időszaka egyaránt orvosilag ellenőrizendő életszakaszokká váltak. A korábban devianciaként számon tartott magatartásformákat (alkoholizmus, drogozás, dohányzás, öngyilkosság, játékszenvedély) betegségnek nyilvánítják, az életfolyamatokból adódó természetes változásokat (serdülőkor, klimax, gyász) krízishelyzetként definiálják és orvosi problémaként kezelik.

---

<sup>3</sup> Irvine, D.: Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework. Lancet 2001;358;1807-1810.

Fontos megemlíteni az *egészségnek mint kiemelt értéknek* a megjelenését mind az egyéni, mind a társadalmi értékrendben. A betegség elkerülése és az egészség megőrzése mindig is fontos volt az emberek számára, de az egészségnek mint önmagán túlmutató, szinte már fetiszizált értéknek a felfogása tipikusan modern kori jelenség. A XX. század végére – részben az orvostudomány lehetőségeinek hatására, részben a média által sugallt egészség-ideál hatására – a betegség múltó funkcionális zavar, az egészség pedig megvásárolható árucikk formáját ölti magára.<sup>(4)</sup> Ennek az igénynek a tükrében az egészségügy olyan szolgáltatások összességéként jelenik meg, amelyeket részben az állam biztosít, részben pedig szabadon megvásárolhatók.

#### **II.1.4. Társadalom**

Megváltozott az a társadalmi közeg is, amelyben a medicina tevékenykedik, a *modern társadalom* etnikailag, szociálisan és morálisan is heterogén lett. A régi európai, hosszú századokon át a vallásos világnézet által uralt társadalmakból kialakult a modern, szekularizált, értékpluralista társadalom. A mai társadalomban már nem található meg az a többé-kevésbé homogén, a legfontosabb értékek tekintetében konszenzust kialakító erkölcsi rend, ami a XIX. század végéig jellemző volt. Ma együtt és egyszerre léteznek a legkülönbözőbb erkölcsi értékek, alapelvek, normák. Ez megnehezíti az etika feladatát.<sup>(5)</sup>

Ehhez járul még, hogy ez a társadalom - összességében és egyénenként - egyre inkább igényli és gyakorolja *aktív részvételét* a számára fontos döntésekben, így az egészségüggyel, a gyógyítással és a prevencióval kapcsolatos kérdésekben is. A demokratizálódással párhuzamosan megfigyelhető a mindenfajta tekintéllyel szembeni növekvő bizalmatlanság, a hagyományos autoritások megingása. Ez alól az orvosi rend tekintélye sem kivétel.

Egyéni és társadalmi szinten egyaránt megfigyelhetők a *medicinával szembeni új elvárások és fokozott igények*. A páciensek – a média és az internet által közvetített információk hatására – széleskörűen tájékozottak, öntudatosak lettek. Ugyanakkor megjelentek a „félművelt” és a „túlinformált” betegek (és/vagy hozzátartozók) is, akik a sok forrásból merített információtömeget nem képesek integrálni és megfelelő módon értelmezni, illetve kezelni. A modern orvostudomány technikai vívmányai sokszor azt az illúziót keltik, hogy az orvoslás gyakorlatilag mindenre képes, és ez időnként túlzott, irreális igényeket kelt az emberekben. Az egészségüggyel kapcsolatban is egyre

---

<sup>4</sup> Irrgang, B: Grundriß der medizinischen Ethik. Ernst Reinhardt Verlag, München Basel 1995. 99-101.o.

<sup>5</sup> Irrgang, B: Grundriß der medizinischen Ethik. Ernst Reinhardt Verlag, München Basel 1995. 16.o.

gyakrabban találkozunk a „piac”, „áru”, „szolgáltatás”, „rentabilitás” ka tegóriáival, amelyek jelzik a közgazdasági szemlélet térhódítását..

### **II.1.5.Egészségügyi gazdaság**

Végül, de nem utolsó sorban, jelentős változásokat indukáló tényező lett az utóbbi 20 - 25 évben az egészségügy területén végbement **költségrobbanás**. Az egészségügyre fordított egyre emelkedő összegek nyomán egyrészt egyre nagyobb az igény, hogy a gazdálkodás a járulék- és biztosítást fizetők számára is átlátható, követhető és számon kérhető legyen; másrészt pedig a gazdaságosság, a hatékonyság, a minőség biztosítás elvont közgazdasági fogalmi konkrét befolyásoló tényezőkként jelennek meg a mindennapi orvosi gyakorlatban. A fejlett világ országaiban különböző egészségügyi ellátó rendszerek működnek, de mindegyiknek szembe kell néznie a rendelkezésre álló **anyagi javak és eszközök igazságos elosztásának** erkölcsi problémájával. Az egészségügynek mint „piaci szektor”-nak a működése egészen más típusú érdek- és szerepfelfogást követel meg betegtől, orvostól egyaránt. Ha a „gondoskodás etikáját” felváltja az „üzlet etikája”, akkor ez maga vonja az orvosi etika klasszikus értékeinek megkérdőjeleződését vagy újrafogalmazását, sőt az üzleti etika értelmezését az egészségügyben.

### **II.1.6.Hivatásetika, bioetika**

A leírt jelenségek együttesen oda vezetnek, hogy lényeges változásoknak van kitéve a két és félezer éves **orvosi hivatásetika**. A hivatáserkölc a kezdetektől fogva integráns része volt a tudományos igényű orvoslásnak, s elmaradhatatlan feltétele ma is. Ahhoz azonban, hogy szabályozó - orientáló funkcióját betöltse, vitathatatlanul megújulásra van szüksége. A modern orvostudomány ugyanis számos olyan kérdést és problémát vet fel, amelyeket egyszerűen nem lehetséges megválaszolni a hippokratészi etika talaján állva: a mesterséges megtermékenyítés, a szervátültetés, az agyi élet és az agyhalál meghatározása, olyan morális és erkölcsi problémákat involválnak, amelyek új megközelítést és új szemléletmódot követelnek orvostól, betegtől és a társadalomtól egyaránt.

A XX. század második felében megjelenő **bioetika** ezeknek a problémáknak a hatására jött létre. Úgy tekinthetjük, mint a XX. század második felének válaszkísérletét a modern tudományos és technikai változások által indukált erkölcsi kérdésekre, amelyek nemcsak az orvostudományban jelentkeztek, de talán ott a legélesebben. A bioetika szemléletmódjában, tematikájában, válaszaiban egyaránt eltér a hagyományos hippokratészi etikától. A klasszikus hivatásetikát évszázadokon keresztül orvosok

fogalmazták meg orvosok számára: kötelességeiket, kívánatos erkölcsi magatartásukat rögzítették különböző eskü formulákban és kódexekben. A bioetika viszont interdiszciplináris tudomány, művelői között nemcsak orvosok, hanem etikusok, filozófusok, jogászok, teológusok is vannak. Míg a hivatásetika régi formájában normatív etika, a bioetika reflektív jellegű diszciplína.

Az új típusú, összetett erkölcsi problémák változást hoztak nemcsak az etikai kérdésekről való gondolkodásban, hanem azok megoldásában is. A „the doctor knows best” hagyományos felfogása azt jelentette, hogy az orvos nemcsak szakmai, hanem erkölcsi kérdésekben is kompetens volt: ő döntött a beteg nevében és érdekében, de a beteg helyett. A bioetika elterjedésével ez is megváltozott. Az orvos és a beteg közös döntése mellett egy másik lényeges újítás az **erkölcsi döntéshozatal „intézményesedése”**, ami lehetséges etikai bizottságok, etikai konzultáns, betegjogi képviselő közreműködésével. A döntésben való részvétel természetesen a felelősség vállalását, illetve megosztását is maga után vonja. További jellemzője a bioetikának, hogy a **társadalmi nyilvánosság** elé vitt egyes erkölcsi problémákat, amelyeknek a megvitatásában így széles rétegek ve(he)ttek részt. Jól példázzák ezt a szinte minden fejlett országban lezajlott abortusz - és eutanázia viták.

### **II.1.7. Magyarország**

A felsorolt jelenségek, különböző súllyal és erővel, **Magyarországon is érzékelhetők**. A hazai egészségügyet érintő változások részint strukturális, szervezeti változások, részint szemléletmódbeli, magatartást érintő, attitűdbeli változások, melyek közé az etikát, a hivatáserkölcst érintő változások is sorolhatók. Míg az előbbiek felülről irányítottak és formalizáltak (egészségügyi reformok, egészségügyi törvény, kórház törvény), az utóbbiak informálisak, hatókörük és intenzitásuk változó, nemegyszer esetleges. Ráadásul ezek a szemléletmódbeli változások kevésbé mérhetők és írhatók le egzakt mutatókkal, meglétük avagy hiányuk azonban döntő lehet a **medicina megújulása** szempontjából.

Az **orvosi hivatás képviselői** ambivalensen viszonyulnak ezekhez a folyamatokhoz. Sokan vannak közöttük, akik ragaszkodnak a tradícióhoz, más részük - belátva a változások elkerülhetetlenségét - megpróbál alkalmazkodni az új helyzethez. Csak kevesen vannak, akik úgy vélik, az orvostársadalomnak elébe kell mennie a változások soknak, mert csak így őrizhetik meg hivatásuk autonómiáját, egészségügyi dominanciáját és társadalmi presztízsét. Az angolszász országokban, főként Angliában, felismerték a hivatás és a társadalom közötti „új szerződés” megkötésének szükségességét, pontosan abból a

megfontolásból kiindulva, hogy a professzió integritását és ezzel társadalmi státuszát megartsák, sőt, ha lehet, megerősítsék. <sup>(6)</sup><sup>(7)</sup>

## II.2. Irodalmi áttekintés

A dolgozat elkészítése során magyarországi és nemzetközi - német és angol nyelvű - szakirodalomra támaszkodtam.

Az *orvosi hivatás etikai szempontú elemzésére* alig található példa, ez a terület sem a nemzetközi, sem a hazai szakirodalomban nincs kellőképpen kidolgozva. Az angolszász szakirodalom az utóbbi 5-6 évben kezdett nagyobb figyelmet szentelni a problémának, kiemelve azt, hogy mennyire fontos, hogy a társadalomtudományi megközelítéseket és elemzéseket az – elsődlegesen természettudományi képzettségű - orvosok számára is értelmezhetővé tegyék. Érvelésük szerint ahhoz, hogy az orvos i professzió visszanyerje a társadalomban betöltött domináns szerepét, az orvosoknak világosan meg kell érteniük, hogy mi a „hivatás”, milyen szerepet, szakmai és erkölcsi kötelezettségeket jelent. Fontos, hogy megértsék a hivatás és a társadalom közötti viszonyt, mert ennek döntő szerepe van az „új professzionalizáció” folyamatában. <sup>(8)</sup>

Az orvostudomány és az orvosi gyakorlat társadalomtudományi vizsgálata a XX. század harmincas éveiben kezdődött meg, a *szociológia* keretében, s hamarosan önálló státuszt vívott ki magának mint *orvosi szociológia*. Az orvosi professzió szociológiai elemzésének úttörője Parsons volt. Parsons és iskolája a hivatást strukturális – funkcionális alapon értelmezte. Felsorolták és értelmezték a hivatások jellemző jegyeit, valamint társadalmi funkcióját; s ezek között lényeges szerepet játszott a *közösség szolgálata* iránti elkötelezettség. Wynia és munkatársai szerint azonban a parsons -i modell nem fordított figyelmet a hivatás *erkölcsi megalapozására* és ennek következménye egy zavarba ejtő, konfúz értelmezés lett. Morális premisszáik helyett a disztinktív karakterjegyek felsorolásával jellemezték a hivatásokat. <sup>(9)</sup>

A hivatás modell-szintű vizsgálatában mind az angol, mind a német szakirodalom támaszkodik *Freidson munkáira* is, elsősorban a Profession of Medicine c.

---

<sup>6</sup> Irvine, D.: The changing relationship between the public and the medical profession. J R Soc. Med 2001;94: 162-169.

<sup>7</sup> Cruess, R.L., Cruess, S.R., Johnston, S.E.: Professionalism and Medicine's Social Contract JBJS (The Journal of Bone and Joint Surgery) 2000;82(8 ):1189-1194.

<sup>8</sup> Cruess, S.R., Cruess, R.L.: Professionalism must be taught BMJ 1997;315:1674-167.

<sup>9</sup> Wynia, M.K., Latham, S.R., Kao, A.C., Berg, J.W., Emanuel, L.L.: Medical Professionalism in Society. NEJM (The New England Journal of Medicine ) 1999;341:1612-1616.

monográfiára. <sup>(10)</sup> Freidsonnak ez a könyve minden lényeges elemet tartalmaz, ami hivatás - és tudomány-szociológiai szempontból erről a professzióról elmondható. Csak érintőlegesen foglalkozik a hivatásetika kérdéseivel, miután ez nem is célja. Modellje azonban alkalmas kiindulópont lehet a hivatásetikai kérdések vizsgálatához is.

A hivatások strukturális elemzésénél a német nyelvű szakirodalom is elsősorban Parsonsra és Freidsonra támaszkodik. A hivatás fogalmának értelmezését azonban kibővítik a történeti visszatekintéssel, elsősorban Luther vallásos eredetű értelmezésével. <sup>(11)</sup> A hivatás meghatározásánál kivétel nélkül döntő momentumnak tekintik az erkölcsi – etikai dimenziót, amit Weber felfogása is jól példáz. <sup>(12)</sup>

*Az orvosi hivatás történetéről* gazdag és jól dokumentált szakirodalom áll rendelkezésre, mind magyar, mind angol és német nyelven. A dolgozatban elsősorban általánosan ismert orvostörténeti munkákra támaszkodtam

*Az orvosi etika történetéről* német és angol nyelven is található összefoglaló munkák, amelyek elsősorban deskriptív jellegűek. Az egyik legújabb, Jonsen monográfiája, 2000-ben jelent meg és a reneszánsz koráig nyújt átfogó történeti képet az orvosi etika alakulásáról, viszont e kortól kezdve csak és kizárólag az angolszász orvosi etikával és bioetikával foglalkozik. A kontinentális orvosi etika újkori története teljesen kimarad a feldolgozásból. Jonsen könyvéből nem derül ki, hogy azért nem foglalkozik az európai orvosi etika történetével, mert érdektelennek tartja, vagy azért, mert véleménye szerint az angolszász felfogás mindenütt elterjedt és érvényes, így az európai országokban is. <sup>(13)</sup>

*A hivatásetika struktúrájának és funkciójának vizsgálatával* mind az angol, mind a német nyelvű szakirodalom kiemelten foglalkozik - bár eltérő szempontból és hangsúlyokkal. Ennek döntően az az oka, hogy Percival felfogása meghatározó volt az angolszász medicinális etika egész fejlődésében. Percival pedig nem annyira a klasszikus hippokratészi és keresztény erkölcsi tradícióra, hanem inkább a felvilágosodás emberi jogi alapelveire építve dolgozta ki etikáját. Míg a kontinentális hagyományban még a XX. században is döntően a karitatív típusú, etikailag szabályozott hivatás - felfogással

---

<sup>10</sup> Freidson, E: Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Dodd, Mead & Company, New York 1970.

Freidson, E.: Der Arztstand. Berufs - und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1979.

<sup>11</sup> Baum, H.: Ethik sozialer Berufe. Schöningh Verlag, Pa derborn, München, Wien, Zürich 1996. 17-18.o.

<sup>12</sup> Weber, Max: A protestáns etika és a kapitalizmus szelleme. Gondolat, Budapest, 1982.

<sup>13</sup> Jonsen, A.R.: A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press, New York Oxford 2000.

találkozunk, addig az angolszász államokban inkább a kölcsönös jogokra és kötelességekre építő, szerződéses modell dominál az orvos és páciense közötti viszonyban.

Jellemző különbség található a *német és az angol álláspont* között a bioetika mint elméleti diszciplína kérdésében is. Az angolszász szakirodalomban a modern orvosetikai dilemmák megjelenésével párhuzamosan a hivatásetika kérdése másodlagossá vált és helyette a bioetika problémái lettek dominánsak. Néhány évtizedig úgy tűnt, hogy a bioetika „hatályon kívül” helyezte a klasszikus hivatásetikát. (Kivétel talán az orvos – beteg kapcsolat.) Ez a helyzet azonban az utóbbi években megváltozni látszik az „új professzionalizáció” kérdéskörének előtérbe kerülésével. A hivatás modern értelmezése ugyanis maga után vonja a hivatásetika újra -értelmezésének a szükségességét is. A német szakirodalom – a hagyományokat követve – ma is szívesebben használja a „medicinális etika” vagy az „etika a medicinában” (Ethik in der Medizin) elnevezéseket és tematikájában, szemléletmódjában is jobban támaszkodik a kontinentális hivatásetika altruista, karitatív értelmezésére.

Mind az angol, mind a német nyelvű *bioetikai szakirodalom* rendkívül gazdag és szerteágazó. Kétségtelen ugyanakkor, hogy a legnagyobb hatást a német nyelvterületen – ugyanúgy, mint nálunk Magyarországon is - Beauchamp-Childress: „Principles of Biomedical Ethics” c. könyve gyakorolta. A bioetika megítélésében lényeges különbségek találhatók az anglo -amerikai és a német nyelvterület irodalmában. Az általánosan elterjedt és mérvadónak (sőt, olykor már erőszakosan terjeszkedőnek) tekintett angolszász eredetű bioetikával szemben a német szakemberek - etikával foglalkozók és gyakorló orvosok is - egy olyan markáns szemléletet képviselnek, amely megkísérli az európai hagyományok és a modern medicina követelményeinek összeegyeztetését. Jellemző rájuk a bioetikához való kritikus viszonyulás - az elutasítás gesztusa nélkül. Általános vélemény, hogy a bioetika egészen más kultúrközegben alakult ki, más filozófiai és jogi tradíciókra támaszkodik, ezért nem alkalmazható közvetlenül az európai viszonyok között. <sup>(14)</sup>

Az *orvosi hivatás jelenlegi helyzetének és jövőjének* megítélésében tulajdonképpen nincs döntő különbség az angol és a német szakirodalom között; bár a német szakirodalomba még nem gyűrűzött be az „új professzionalizáció” tematikája. A hangsúlyok abban térnek el, hogy míg az angol irodalom döntő pontnak tartja az orvosi hivatás és a társadalom közötti viszony újraértelmezését, a német nyelvű cikkek inkább az

---

<sup>14</sup> Vö.Kapocsi Erzsébet: Bioetikai körkép Németországból LAM 1999;9(11):892-895



orvos – beteg kapcsolattal, illetve az orvosoknak az egészségügyi rendszeren belüli helyzetével és problémáival foglalkoznak többen. Az orvosok és páciensek közötti viszonyt egyaránt kiemelt fontosságú témaként kezelik, hasonlóan az oktatás kérdéséhez.

Az eddigiekkel kapcsolatban feltétlenül meg kell jegyeznünk, hogy a német és az angol (valamint ma gyar) nyelvű szakirodalom természetesen nem választható el élesen egymástól, részben tematikájuk miatt, részben, mert a németek is feldolgozzák az angol szakirodalmat (bár a fordítottja kevésbé jellemző).

**Magyarországon** az orvosi hivatással foglalkozó szakirodalom rendkívül kevés. Balázs Péter könyvén és cikkein kívül szisztematikus elemzés alig található. <sup>(15)</sup> Balázs Péter monográfiája a történeti leírás mellett összehasonlító vizsgálatokat és a nagy egészségügyi ellátó rendszerek aktuális elemzését is tartalmazza. Említést érdemel még Horváth Attila írása az orvosi és pedagógusi hivatás azonosságairól és különbségeiről. <sup>(16)</sup>

Az orvosi etikával foglalkozó irodalom szorosan kötődik az **oktatáshoz**, az első összefoglaló munkákat (Imre József, Szilárd János) egyetemi jegyzetek képviselik. <sup>(17)</sup><sup>(18)</sup> Az utóbbi tíz - tizenkét évben jelentek meg olyan egyetemi, főiskolai jegyzetek (Blasszauer Béla, Gárdai Miklós), melyek már „orvosi - egészségügyi etikával” illetve „egészségügyi etikával” foglalkoznak, jelezve, hogy a tradicionális orvosi etika már nem fedi le a modern egészségügy egész területét. <sup>(19)</sup><sup>(20)</sup> Gaizler Gyula illetve Gaizler Gyula - Nyéki Kálmán könyve „Bioetika” címmel jelent meg, de tematikáját tekintve lényegében nem különbözik a többi jegyzettől. <sup>(21)</sup> Ferencz Antal „A bioetika alapjai” c., a bioetika legfontosabb kérdéseket tárgyaló munkája szintén használatos jegyzetként is. <sup>(22)</sup> A témakörben kiadott legfrissebb könyv, Jávor Tibor: A gyógyítás etikája, (2003) a hagyományos témák feldolgozása mellett néhány egészen új dokumentum ismertetését és elemzését is tartalmazza. <sup>(23)</sup>

---

<sup>15</sup> Balázs Péter: Orvoslás pénzért és hivatásúdatból. Melania Kiadó, Budapest 2002.

<sup>16</sup> Horváth Attila: Orvosok - pedagógusok. Értelmiségi pályák presztízse. Valóság, 1986/4.

<sup>17</sup> Imre József: Orvosi etika. Budapest 1925.

<sup>18</sup> Szilárd János: Orvosi etika. SZOTE egyetemi jegyzet, Szeged 1972.

<sup>19</sup> Blasszauer Béla: Orvosi – egészségügyi etika. Orvostudományi Egyetemek - egységes jegyzet Tankönyvkiadó, Budapest 1990.

<sup>20</sup> Gárdai Miklós: Etika az egészségügyben. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar - jegyzet. Budapest 1992.

<sup>21</sup> Gaizler Gyula: Bioetika. Osiris Kft, Budapest, 1999. Gaizler Gyula – Nyéki Kálmán: Bioetika. Gondolat, Budapest 2003.

<sup>22</sup> Ferencz Antal: A bioetika alapjai. Szt István Társulat, Budapest 2001.

<sup>23</sup> Jávor Tibor: A gyógyítás etikája. Golden Book Kiadó, 2003.

A *magyarországi szakirodalom* problémafelvetését, szemléletmódját, tematikai érzékenységét alapvetően az angolszász szakirodalom befolyásolta. Az a két összefoglaló jellegű munka, amelyik először tárgyalta szisztematikus igénnyel a bioetika kérdéseit - Jenei Ilona, Kovács József - angol nyelvű szakirodalomra támaszkodott <sup>(24)</sup><sup>(25)</sup> és ugyanez a helyzet Somfai Béla „Bioetikai vázlatok” című munkájával <sup>(26)</sup>, valamint Blasszauer Béla egyetemi jegyzetnek készült, később átdolgozott és könyv formában kiadott munkájával kapcsolatban is.<sup>(27)</sup> Tóth Adél szemelvénygyűjteménye – hiánypótló munkaként – szintén angol nyelvű anyag fordítása. <sup>(28)</sup> Az angolszász irányultság dominanciája az orvosi etikával foglalkozó egyéb tudományos publikációkban is érezhető.

A magyarországi „bioetikai közélet” egyik vonulata az oktatáshoz kapcsolódik; szereplői lényegében a négy hazai orvosképző intézmény orvosi etikát, bioetikát oktató szakemberei. Az évente megrendezésre kerülő „Magatartástudományi Napok” keretében lehetőségünk van mind az oktatást, mind a tudományos munkát érintő tapasztalatok megbeszélésére. A másik vonulat a Magyar Bioetikai Társaság, illetve annak folyóirata (Magyar Bioetikai Szemle) és rendezvényei (tudományos ülések, konferenciák) köré szerveződik.

---

<sup>24</sup> Jenei Ilona: A modern orvosi etika. Alapelvek és alapkérdések. EMIKK Füzetek 3. szám 2. (átdolgozott) kiadás. Debrecen 1995.

<sup>25</sup> Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Budapest 1997.

<sup>26</sup> Somfai Béla: Bioetika. Vázlatok. Szeged 1995.

<sup>27</sup> Blasszauer Béla: Orvosi etika. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 1995.

<sup>28</sup> Tóth Adél (szerkesztette és fordította): Bevezetés a modern orvosi etikába. Szöveggyűjtemény - oktatási segédanyag. SZOTE, Magatartástudományi Csoport, 1998.

### III. Foglalkozás - hivatás - professzió

„A professzió az orvosokat páciensekkel és a társadalommal összekötő viszonynak a szíve.”

(Irvine)

#### **III.1. Definíciók, meghatározások, jellemző jegyek**

Az általános nyelvhasználat megkülönbözteti a **foglalkozást** és a **hivatást**, anélkül azonban, hogy pontosan értelmezné a kettő közötti különbözőséget. A hivatás fogalmának egyik jelentése kapcsolódik a foglalkozáshoz, ebben az értelemben az elkötelezetten, felelősséggel gyakorolt foglalkozást jelenti, s így bárki tekintheti saját foglalkozását (élet)hivatásának.

A hivatás egy másik fogalmának a meghatározásához és értelmezéséhez segítségünkre lehet a szó, illetve fogalom **történeti háttérének** felidézése. A magyar „hivatás”, német „Beruf”, angol „vocation” egyaránt vallási, pontosabban bibliai eredetű fogalmak. Utalnak egyrészt az ember elhivatottságára, másrészt az apostolok elhívására. A szekularizált értelemben vett hivatás fogalmának kialakulásához döntően hozzájárult Martin Luther felfogása. Ő alkotta meg a világi hivatás kifejezést, a hivatást speciálisan „világi (és nem vallási) tevékenységként” értelmezve, s ezt az értelmezést vitte tovább Kálvin majd Max Weber.<sup>(29)</sup>

A történelmi változások során a hivatás fogalma eltávolodott az eredeti vallásos értelmezéstől, de mindig szilárdan őrizte **erkölcsi értékekre vonatkoztatottságát**. A XVIII. - XIX. században az egyéni hajlandóság és individuális vágyak alapján, *szabadon választott hivatás* fogalma lép egyre inkább a vallásos felfogás helyébe. Ekkor alakul ki a z a felfogás is, hogy a szabadon választott hivatás életcél lehet, önmegvalósítás, az ember alkotó, teremtő energiáinak kibontakoztatása.

A modern értelemben vett hivatások **a társadalmi struktúra fontos elemeit** képezik. A hivatásoknak mint foglalkozási csoportok érdek-szerveződésének előzményeit a középkori céhekben találjuk meg. Ezek megszabták és irányították tagjaik munkavégzésének szakmai standardját, biztosították a minőséget, továbbá mintát adtak az életmód, gondolkodás, habitus és viselkedés terén is. Az ipari forradalom óriási változásokat hozott az érintett országok gazdasági és társadalmi struktúrájában, felszabdalta a régi élet- és munkarendet. Az ezt követő periódusban a professzionális szerveződések stabilizáló elemek voltak a kialakuló modern társadalmakban. Az azonos

---

<sup>29</sup> Baum, H.: Ethik sozialer Berufe. Schöningh Verlag, Paderborn, München, Wien, Zürich 1996.17.o.

foglalkozás, ebből következő hasonló életvitel és gondolkodás azonban önmagában már kevés volt a társadalmi presztízshez. A foglalkozást megalapozó tudásnak speciálisnak, különlegesnek kellett lennie, s ezt a tudást az egész társadalom javára kellett felajánlani: az altruizmus és a közösség szolgálata döntő elemek lettek a *professziók* számára. A társadalomtól cserébe kapott jogok és kiváltságok – szakmai autonómia, erkölcsi elismerés, anyagi megbecsülés – azonban elég vonzóak voltak ahhoz, hogy létrejöjjön a hallgatólagos szövetség a hivatás és a társadalom között. <sup>(30)</sup> A szakirodalom általános véleménye szerint a modern társadalmakban négy olyan foglalkozás van, amely méltó a hivatás névre és státuszra: orvos, jogász, tanár, lelkész.

A „hivatás” fogalmának értelmezésekor figyelembe kell vennünk, hogy a magyar nyelv megkülönbözteti a *hivatást* és a *foglalkozást*, de a német „Beruf” és az angol „profession” egyszerre jelent foglalkozást, szakmát és hivatást. A *professzió* kifejezés a magyarban is használatos, hivatás és foglalkozás értelemben egyaránt.

A 'Lexikon der Bioethik' meghatározása szerint: *Beruf* (foglalkozás, szakma): 1.) tevékenységeknek és teljesítményeknek egy relatíve homogén, folyamatosan végzett, tipikus kombinációja, melyek jogokkal és kötelességekkel járnak és a megélhető bázisaként szolgálnak. 2.) A *hivatás* foglalkozások egy speciális csoportját jelöli, melyek magas kvalifikációt igényelnek és amelyekhez elismert társadalmi pozíció kötődik. Pl. orvosok, jogászok, lelkészek <sup>(31)</sup>

Egy másik meghatározás szerint: a *professziók / hivatások*: a modern társadalom különleges funkcionális egységei (funktionale Sondererscheinungen moderner Gesellschaften), amelyeknek tevékenysége három lényegi pontban különbözik más foglalkozásoktól. 1.) tevékenységük centrális társadalmi értékeket érint, mint egészség, jog, morál. 2.) átfogó tudásukat arra használják fel, hogy az értékekből adódó társadalmi problémákat megoldják; 3.) autonóm módon cselekszenek – tevékenységük önkontrollja, mind a társadalom, mind a klienseik irányában, intézményesített. Igazi hivatásról (orvos, jogász, lelkész, tanár) kizárólag akkor beszélhetünk, ha ez a három jellemző együttesen van jelen. Ez a definíció továbbá azt emeli ki, hogy az univerzális professzionális tudás, bár elsősorban tudományos jellegű, a tudás más típusait is magában foglalja: a hivatás gyakorlásának kognitív, normatív és interaktív alapjait éppúgy, mint a tradíció által közvetített tapasztalati tudást. <sup>(32)</sup>

<sup>30</sup> Armstrong, D.: Medicine as a profession: times of change. BMJ 1990;301:691 -693.

<sup>31</sup> Münk, H.J.: Berufsethik. In: Korff W, Beck L, Mikat P (eds.): Lexikon der Bioethik. I. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 330-334.

<sup>32</sup> Labish, A., Paul, N., Rager, G.: Medizin. In: Korff W, Beck L, Mikat P (eds.): Lexikon der Bioethik. 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 630-646.

A *hivatások jellemző jegyeinek* leírásakor mind az angol, mind a német szakirodalom számára Freidson modellje az egyik kiindulópont, amit azután tovább bővítenek, illetve módosítanak.

**Freidson** számára a *professzió* a modern társadalmi munkamegosztás és tagolódás egyik lényeges eleme, s mint ilyet vizsgálja úgy, hogy megállapítja a professziók differencia specifikáját, azaz minden más foglalkozástól megkülönböztető jegyeit. Az orvosi hivatás mint a hivatások modellje szerepel Freidson vizsgálódásaiban. Ennyiben tehát az elemzése nem „a medicinát *mint* medicinát érintik, hanem a medicinát *mint professziót*.”<sup>(33)</sup> A medicina (orvoslás) jelenti számára a professzió paradigmikus megtestesülését. Freidson szerint ha egy professzió napjainkban valóban megérdemli ezt a nevet, azaz, megjeleníti mindazt, ami „a professzió” reprezentál, akkor az feltétlenül a medicina (orvoslás).

A professzió kifejezésnek Freidson szerint van egy leíró és egy értékelő jellemzője. A professzió mint a foglalkozások egy különleges fajtája és a professzió mint hitvallás és ígéret. Az első értelemben a professzió magas társadalmi presztízsű, anyagilag jól jövedelmező szellemi foglalkozások bizonyos köre, melyek meghatározott kritériumoknak is megfelelnek. (orvos, jogász, mérnök) A második értelmezésben a professzióhoz még valami „különleges” elem is kapcsolódik. Freidson a „hitvallás” és „ígéret” (angolul: avowal, promise, német fordításban: Bekenntnis, Versprechen) kifejezésekkel jelzi, hogy esetükben a professzió gyakorlásának van egy olyan mozzanata, ami speciális és csak rájuk jellemző. Az ilyen értelemben vett professzió, azaz hivatás, képviselője az orvos, a jogász, a lelkész és az egyetemi tanár. „A ‘professzió’ szó második jelentése mindenkit érint: mindenkit, aki csak egyszer is felkeresett egy orvost, igénybe vette egy jogász szolgálatait, tanácsot kért egy lelkésztől vagy egy egyetemi előadóteremben ült. Az embereknek ez a csoportja - és mi is hozzájuk tartozunk - állandóan felteheti a kérdést, hogy vajon a hitvallás vagy ígéret teljesült-e. Valóban megtartja-e a professzió, amit ígér? Megvalósítja-e azokat a célokat, melyeket magáénak vall?”<sup>(34)</sup>

A hivatás alapjelentését elfogadva különbségek abban mutatkoznak, hogy az egyes teoretikusok mely jellemzőket tartják lényeginek, azaz a professziók konstitutív elemének vagy elemeinek. Freidson hivatkozik Good-ra, aki két alapvető kritériumot tart fontosnak, melyekből tíz további levezethető. E két jellemző: „hosszú idejű, specializált képzés

---

<sup>33</sup> Freidson, E.: Der Ärztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1979. XIII.o.

<sup>34</sup> uo. I-V.o.

valamilyen absztrakt tudományban” és „a közösségre illetve mások szolgálatára való irányultság”.<sup>(35)</sup> Mint Freidson kimutatja, a tíz további ismertetőjegyből öt a hivatás autonómiájára vonatkozik. Freidson maga az *autonómiát* tartja a hivatás „differencia specifikájának”, lényegi megkülönböztető jegyének.

**Reed – Evans** a „*tanult hivatások*” (learned professions) – többek között az orvoslás - 10 jellemző jegyét sorolják fel. A professzió:

- birtokában van egy körülhatárolt és szociálisan értékes tudástömegnek
- a hivatás tagjai meghatározzák a hivatás tudásanyagának és szakértelmének standardjait
- a hivatás magasan képzett diákokat vonz magához, akik egy extenzív szocializációs folyamaton mennek keresztül a hivatásba való bekerüléskor
- a hivatás engedélyt kap az államtól ahhoz, hogy maga adjon felhatalmazást a hivatás gyakorlására, a hivatás tagjaiból álló felhatalmazó és engedélyező szervén keresztül
- a hivatás tagjai közösséget alkotnak és kölcsönös érdekeltség jellemzi őket
- a politika és a törvényhozás, amely kapcsolatban áll a professzióval, nagyon befolyásolható a hivatás tagjai által, olyan mechanizmusokon keresztül, mint lobbizás, szakértői tevékenység.
- a professzió rendelkezik egy etikai kódexszel, amely a gyakorlati tevékenységet irányítja, és amelynek elvei sokkal szigorúbbak, mint a törvényi kontroll.
- a szolgálatra való irányultság, amely felül múlja a hivatás tagjainak saját érdekeit
- a hivatások terminális foglalkozások, azaz a hivatás: a gyakorlóinak egyéni és élethosszigan tartó választása
- a professzió mentes a laikus kontroll alól, gyakorlói magas fokú autonómiát élveznek.

A hivatásbeli autonómia magában foglalja a többi jellemzőt. Az ilyen autonómiának a legitimációja két előfeltevésen alapul: 1.) hogy a professzió kötelességtudóan kitart a professzionalizmusának imperatívuszai mellett (pl. az etikai kódexet betartják) és 2.) a hivatás tagjainak autonóm viselkedését szavatolja a szociális jótékonyosság elve. Reed és Evans szerint döntő kapcsolat van az autonómia és a hivatás között – ha csökken a professzió autonómiája, fennáll a deprofesszionalizáció lehetősége. <sup>(36)</sup>

---

<sup>35</sup> uo. 67.o.

<sup>36</sup> Reed, R.R., Evans, D.: The Deprofessionalization of Medicine. Causes, Effects and Responses. JAMA 1987;285: 3279-3282.

**Calman** szerint a *hivatás* jellemző jegyei:

- hivatás, elhivatottság, amely magában foglalja mások szolgálatát,
- megkülönböztető tudás-bázis, amely állandóan naprakész,
- meghatározza saját standardjait és megállapítja saját ellenőrzését,
- speciális viszony fűzi azokhoz, akiket szolgál (páciens, kliens) ,
- különleges erkölcsi elvei vannak: ez az etikai bázis,
- önszabályozó,
- felelősséggel tartozik a pácienseknek és saját magának.

Calman véleménye szerint ezeknek a jellemzőknek mindegyike fontos ahhoz, hogy biztosítsa a társadalomnak az orvosi praxisba vetett bizalmát és megőrizze annak szavahihetőségét. Mindegyik jellemzőből további, másodlagos jellemzők illetve elvek és értékek vezethetők le, mint pl. a folyamatos képzés fontossága, a minőség fontossága, a kutatások és fejlesztések jelentősége. A fenti jellemzők nem függenek az egészségügy szervezetétől, sem a struktúrájától. <sup>(37)</sup>

**Beauchamp és Childress** könyvükben Parsons meghatározását idézik. A *professzió*: foglalkozási szerepek egy csoportja, azaz olyan szerepek, amelyekben a hivatás gyakorlója bizonyos funkciókat teljesít, mely funkciókat a társadalom általában megbecsül, és az egyén ezen tevékenységgel keresi meg a megélhetéséhez szükséges pénzt. (A szerzők szerint ebben az értelemben a cirkuszi akrobaták és a pincérnők is egy professzió tagjai.) A szerzők a professzió egy szűkebb jelentését vázolják fel: a professzió tagjai elkötelezettek abban, hogy fontos szolgálatot / szolgáltatást nyújtsanak klienseiknek illetve fogyasztóiknak; továbbá speciális képzettséggel rendelkeznek. A professziók önszabályozó szervezeteket tartanak fenn, amelyek kontrollálják a hivatást betölteni szándékozók tudását és készségeit. Az orvosi hivatás koncepciója szorosan kötődik bizonyos – képzés és készségek nyújtotta – képesítéshez, amelyet a páciensek nélkülöznek és amelyet morálisan a páciensek jólléte érdekében kell felhasználni. Az egészségügyi hivatások esetében lényeges a kompetencia és a megbízhatóság. A hivatásbeliek kötelességei korrelációban állnak mások jogaival. <sup>(38)</sup>

**Derosa és mtsai** a „Webster’s Dictionary meghatározását idézik. *Professzió: hivatás* (calling), amely speciális ismereteket és gyakran hosszú és intenzív tanulmányokat követel

---

<sup>37</sup> Calman, K.I.: The profession of medicine . BMJ 1994;309:1140-1144.

<sup>38</sup> Beauchamp, T.L, Childress J.F.: Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition. Oxford University Press, New York Oxford 1994. 6-7.

A professzió – idézi Derosa John Racy-t – „egy társadalmilag szentesített és elismert tevékenység, amelynek elsődleges tárgya mások jólléte s ez fontosabb, mint a hivatást művelő egyének személyes haszna (előnye, nyeresége)”. A cikk szerzőinek saját megfogalmazásában: A hivatás messze több, mint egy foglalkozás; a hivatás: az egyén identitása. A hivatás, a szó legjobb értelmében vett morális vállalkozás. Hivatásbeli nek lenni azt jelenti, hogy az ember magára vállal és élethossziglan fenntart egy mások jóllétére irányuló elkötelezettséget. <sup>(39)</sup>

**Irvine** szerint a *professzió* három pillére: a szakértelem, az etika és a szolgálat – amelyek együtt alkotják a hivatás függetlenségének azaz autonómiájának a bázisát. A szakértelem speciális tudásanyag és készségek együtteséből származik, amelynek használhatóságát folyamatosan erősítik és élénkítik a kutatások eredményei. Az etikus viselkedés értékek és normák egyedülálló kombinációjából eredeztethető. A szolgálat azt a hivatásbeli elkötelezettséget foglalja magában, hogy a páciensek érdekét kell első helyre tenni.

A függetlenség – folytatja Irvine – az egyes orvosoknak klinikai szabadságot biztosít, a hivatásnak kollektíve pedig azt a felhatalmazást, hogy meghatározza a gyakorlati tevékenység és az oktatás standardjait, az orvosi munka szervezeti kereteit és a fegyelmezést. A hivatás függetlensége *három jogalapon* nyugszik: 1.) adott az orvosi praxisban megjelenő tudásnak és a készségeknek egy olyan rendkívüli mértéke, amelyet a nem hivatásbeliek nem képesek értékelni vagy szabályozni; 2.) az orvosok felelőssége – megbízhatónak kell lenniük, hogy felügyelet nélkül is lelkiismeretesen dolgoznak; 3.) magának a hivatásnak megbízhatónak kell lennie, azaz garantálniuk kell, hogy megteszik a megfelelő intézkedéseket, ha egyes orvosok nem kompetensen vagy nem etikusan teljesítenek. A professzió függetlensége olyan privilégium, amelyet az állam adományoz, a parlament által. <sup>(40)</sup>

**Wynia és mtsai** véleménye szerint a *professziók értelmezését* alapvetően befolyásolták Parsons és Parsons követőinek nézetei. Ez az irányzat a hivatások strukturális – funkcionális jellemzőit írta le és minősítette. A szerzők véleménye szerint azonban Parsons és iskolája elfeledkezett a hivatások morális megalapozásáról, illetve

---

<sup>39</sup> Derosa, G.P., Hill, C., Carolina, N.: Professionalism – Where Are All the Heroes? JBJS (The Journal of Bone and Joint Surgery )1996;78:1295-1299.

<sup>40</sup> Irvine, D.: The performance of doctors. I: professionalism and self regulation in a changing world. BMJ 1997;314:1540-1542.



annak fontosságáról. A disztinktív jellemzők mellett szükséges, hogy morális premisszákkal is definiáljuk a professziókat.

A szerzők véleménye szerint a hivatásoknak három lényegi eleme van: 1.) „devotion” azaz a morális elköteleződés, mind az egyes páciens, mind a közösség szolgálatára. A szolgálat a páciensek érdekeinek elsőbbségét jelenti az orvosok személyes érdekeihez képest. 2.) „profession” azaz az értékek és az elköteleződés nyilvános megvallása (az orvos és a beteg közötti viszony egyedülálló jellege megkövetel egy explicit és az egész professzió által védett morális bázist.) 3.) „negotiation” azaz a hivatás és a professzió közötti szerződés. Ez magában foglalja még a folyamatos párbeszédet és az egyensúlyt a medicina értékei és más közösségi értékek között <sup>(41)</sup>

**Cruess és mtsai** szerint a *modern professziók* jellemzői: 1.) mivel a professzió olyan specializált tudást tart birtokában, amely nem könnyen érthető az átlagpolgár számára, monopóliummal rendelkezik a használatára felelős az oktatásáért. 2.) ezt a tudást, altruista módon, az egyes páciensek és a társadalom szolgálatában használja fel. 3.) A tudás mások számára hozzáférhetetlen volta és az altruizmus iránti elkötelezettség legitimálja a professzió autonómiáját; vagyis, hogy a minőség biztosítása érdekében megállapítják és fenntartják a praxis és az önszabályozás standardjait. 4.) a professzió képviselői felelősek tudásuk integritásáért, annak növeléséért (kutatások révén) és használatára legmagasabb standardjának biztosításáért.

A szerzők kiemelik, hogy mivel a tudást mások szolgálatára, illetve szolgálatában használják fel, a hivatások identifikációjának lényegi elemei: altruizmusuk és értéktartalmuk (altruistic and value laden). A hivatás szervezetei és a hivatást képviselő testületek felelősek a professzió tevékenységéért, kötelességük továbbá a professzióhoz nem méltó és inkompetens viselkedés megfegyelmezése.

A professzió Cruess-ék szerint a társadalom és a medicina közötti híd: „A professzió eszméje köti össze az orvosok és a társadalom érdekeit; a társadalomnak a gyógyítók iránti szükséglete és a hivatás inherens erényeibe és moralitásába vetett hit szolgáltatta a modern medicina bázisát.” <sup>(42)</sup>

Richard L. Cruess és Sylvie R. Cruess további cikkeikben is a fenti koncepciót fejtik ki és elemzik. Hangsúlyozzák, hogy a hivatás autonómiája a társadalomtól kapott kiváltság

---

<sup>41</sup> Wynia, M.K., Latham, S.R., Kao, A.C., Berg, J.W., Emanuel, L.L.: Medical Professionalism in Society. NEJM 1999;341:1612-1616.

<sup>42</sup> Cruess, R.L., Cruess, S.R., Johnston, S.E.: Professionalism: an ideal to be sustained. Lancet 2000;356:156-159.

(granted by the society). Ez az adományozott privilégium valamint az ehhez járuló társadalmi státusz, presztízs, anyagi elismerés a társadalmi szerződés értelmében a hivatásnak járó „juttatások” – cserébe az egyénnek és a közösségnek nyújtott altruista szolgálatért és az etikai normák maradéktalan betartás áért.<sup>(43)</sup><sup>(44)</sup><sup>(45)</sup>

**Swick** véleménye szerint sem a „*professionalism*”, sem a „*profession*” kifejezésnek nincs egységes jelentése, ezért egy normatív definíció szükségességét hangsúlyozza. Ezt annál is inkább fontosnak tartja, mert a hivatás problémáival főként a szociológia és a filozófia foglalkozik, ami az orvostudománytól távolabbi terület, holott az orvosok számára szükséges saját hivatásuk ismerete és megértése.

Swick közvetlenül Freidson modelljéhez kapcsolódik, de hangsúlyozza, hogy a szociológiai megközelítés számára irreleváns, hogy a tevékenységnek van-e inherens erkölcsi vagy morális értéke. Brandiesre és Sullivanre hivatkozva hangsúlyozza, hogy az orvosi hivatásnak van egy morális perspektívája (az, hogy mások és nem saját javát tekinti elsődlegesnek) és egy szociális értéke (a hivatás a közösség jóllétét szolgálja). Swick következtetése: a hivatás csak az erkölcsi és morális értékekre vonatkoztatottsága révén lesz „*hivatás*” (calling), s nem pusztán egy „*foglalkozás*” (simply an occupation).<sup>46</sup>

**Baroness** véleménye szerint a *professziók*: összetett szociális struktúrák, amelyek specializált és komplex tudásanyaggal rendelkeznek, amit egyének és a társadalom szükségleteinek kielégítésére használnak fel. Az orvosi hivatás további járulékos prioritásokkal rendelkezik: altruizmus és morális viselkedés, mind az egyén mind a társadalom irányában; mindez kifejeződik a felelősségek rendszerében, amely a szociális igazságosságra és a disztributív egyenlőségre alapozódik. Ez a szociális szerep az a bázis, amely az orvoslást mint professziót elfogadtatja a társadalommal; ezt a viszonyt szerződésként szokták jellemezni.

A professzionalizmus a klinikai gyakorlatban elsődlegesen a gyógyító szerepét jelenti, ennyiben személyes prioritásokat érint, mégpedig a kötelességek teljesítését az önérdék felett. Az orvos – szerepben a központi elem a gyógyítás koncepciója. A medicina

---

<sup>43</sup> Cruess, R.L., Cruess, S.R., Johnston, S.E.: Professionalism and Medicine's Social Contract JBJS (The Journal of Bone and Joint Surgery) 2000;82(8): 1189-1194.

<sup>44</sup> Cruess, S.R., Cruess, R.L.: Professionalism: a contract between medicine and society. CMAJ (Canadian Medical Association Journal) 2000;162:668-669.

<sup>45</sup> Cruess, S.R., Johnston, S., Cruess, R.L.: Professionalism for medicine: opportunities and obligations MJA (The Medical Journal of Australia) 2002;177(4):208-211.

<sup>46</sup> Swick, H.M.: Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. Academic Medicine 2000;75:612-616.

ugyanakkor a közjó egy eleme, s ezzel együtt egy hivatás is, ami azt jelenti, hogy az orvos motivációi végső soron a morál és a humánus kell, hogy legyenek. (47)

### **A professzió formális jellemző jegyei:**

Ha összevetjük a különféle meghatározásokat, megkapjuk azokat a legfontosabb jellemzőket, amelyek a professziót jellemzik.

#### *Speciális / különleges tudás*

- ezt a tudást szisztematikus és speciális felsőfokú tanulmányok során lehet elsajátítani
- ez a tudás nem hozzáférhető laikusok számára
- ezt a tudást a köz és egyén javára, azok szolgálatában használják fel
- ezt a tudást folyamatosan aktualizálni kell (állandó napra készség, élethosszig való tanulás)

#### *Szigorúan meghatározott és kontrollált működési feltételek*

- a működési feltételeket maga a hivatás szabja meg és ellenőrzi, megsértésüket szükség esetén szankcionálja

#### *Szakmai autonómia*

#### *Magas társadalmi presztízs*

#### *Kimagasló jövedelem*

Ezek a jellemzők részletesen kifejtethetők illetve árnyalhatók az egyes hivatások szempontjából. Az orvosi hivatást tekintve szinte mindegyik – fentebb idézett - szerző kiemeli az **autonómiát** mint a hivatás lényegi jegyét. Jellemző felfogás, hogy az autonómiát olyan kiváltságnak tekintik, amelyet a társadalom illetve a kormányzat adományoz (granted by), cserébe az altruista szolgálatért és az erkölcsös viselkedésért. A professzió és a társadalom között így egy hallgatolagos megállapodás, szerződés jön létre. Az angolszász szakirodalom ezt a szerződést tekinti a professzió és a társadalom közötti viszony lényegének. „A professzió a bázisa a medicina és a társadalom közötti szövetségnek. Azt követeli meg az orvostól, hogy a páciens érdekeit a maga érdeke fölé helyezze, szabja meg és tartsa fenn a kompetencia és az integritás standardjait, és nyújtson szakszerű támogatást a társadalomnak az egészséget illető dolgokban. Az orvosi hivatás elveit és felelősségét világosan meg kell értenie mind a professzionak, mind a társadalomnak. Lényegi eleme ennek a szerződésnek a társadalmi bizalom az orvosok iránt, amely mind az egyes orvos, mind az egész professzió integritásától függ.” (48)

<sup>47</sup> Barondess, J.A.: Medicine and professionalism. Arch Intern Med. 2003;163:145 -149.

<sup>48</sup> Medical Professionalism Project: Medical professionalism in the new millennium: a Physicians' Charter. Lancet 2002; 359: 520-522. (id.: 520.)

A hivatások jellemző jegyei között kivétel nélkül minden szerző felsorolja az *inherens erkölcsi, illetve morális elveket és kötelezettségeket*, de Derosa és mtsai. illetve Wynia és mtsai. kivételével ezeket egyik – bár nélkülözhetetlen - jellemzőnek tekintik a többi között.

Véleményünk szerint a strukturális -funkcionális jellemzők szükséges, de nem elégséges feltételei a hivatás definíciójának. Mivel speciális szaktudásuk különleges és kiemelt társadalmi és egyéni *értékekre irányul* (test, lélek, egészség, betegség, szabadság) tevékenységüknek van egy *inherens értéktartalma, értéktöltete*. A hivatások gyakorlóinak munkája soha nem csak szakmai – technikai jellegű, hanem *mindig egy értékek által strukturált szituációba ágyazódik bele*. Ezért azt mondhatjuk, hogy az etikai vizsgálódás szemszögéből a hivatások differencia specifikája az *erkölcsi - etikai dimenzió*. Ez teszi különlegessé az orvost, a jogászt, a lelkészt és a pedagógus tevékenységét. Ezért ezek nem csak professziók, azaz különleges foglalkozási csoportok, hanem *hivatások*. A hivatás ebben az értelemben azt jelenti, hogy *az erkölcsi – etikai dimenzió a hivatásnak nem járulékos, hanem konstitutív eleme*, nélküle a hivatás nem hivatás, „csak” foglalkozás.

Feltétlenül meg kell jegyeznünk, hogy hivatás és foglalkozás ilyen értelmű megkülönböztetése nem értékítélet. Nem arról van szó, hogy a hivatás magasabb rendű, mint a foglalkozás, vagy a hivatás képviselői erkölcsösebbek, mint mások, hanem arról, hogy a hivatás speciális erkölcsi és morális követelményeket támaszt képviselőivel szemben.

A hivatás értelmezésének logikáját követve meghatározhatjuk a hivatásetika és a hivatáserkölcs fogalmát is.<sup>(49)</sup> **Hivatásetika**: alkalmazott etika, egy hivatáshoz kapcsolódó erkölcsi kötelezettségek tudományos reflexiója. A hivatásetika nemcsak egyes személyek ethoszára reflektál, hanem az egész hivatáscsoportéra, annak társadalmi kontextusában. „A hivatásetika, általános etikai elvek és kritériumok bázisán, kifejleszti azoknak a norma- és erényetikai vezető elképzeléseknek a teóriáját, amelyek egy hivatás tevékenységi körét felelősen körvonalazzák, illetve amelyeknek - kötelezettségek és értékmagatartások értelmében - a hivatás képviselői hivatásuk gyakorlása közben meg kell, hogy feleljenek.”<sup>(50)</sup>

Orvosi **hivatáserkölcs**: azoknak az erkölcsi elveknek, normáknak és kötelezettségeknek a komplexuma, amelyek az orvost mint hivatásának gyakorlóját tevékenysége során és

---

<sup>49</sup> vö.: Kapocsi Erzsébet: Orvosi hivatásetika a XXI. században. Valóság, 2001/4. 94-100.

<sup>50</sup> Münk, H.J.: Berufsethik. In: Korff W, Beck L, Mikat P (eds.): Lexikon der Bioethik. 1. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 330-334.o.

személyében (magatartásában) irányítják és kötelezik. Mint Pellegrino írja: „Ilyen értelemben a medicina „belső” moráljáról van szó - azokról a kötelességekről, amelyek a gyógyítás természetéből (mint emberi tevékenységből) adódnak.”<sup>(51)</sup>

## ÖSSZEGZÉS

A hivatások szociológiai vizsgálata elsődlegesen azok strukturális – funkcionális jellemzőit emeli ki, miközben a szociológia szempontjából irreleváns a hivatások erkölcsi – morális bázisa. Az etikai szempontú megközelítés szerint a strukturális és funkcionális jellemzők meghatározása szükséges, de nem elégséges feltétele a professziók definiálásának. Az etikai elemzés számára *a hivatások különleges megkülönböztető jegye: az erkölcsi – etikai dimenzió.* A hivatásetika – mint a hivatás erkölcsi normáinak komplexuma és mint annak bázisára reflektáló diszciplína - ebben a felfogásban nem járulékos, hanem konstitutív eleme a hivatásnak.

Modell - értelmezésünkben az orvosi hivatás két alapvető komponense: *a gyógyító szerep* és *a professzionális státusz.* Az első Hippokratésztől eredeztethető; lényege a testi – lelki bajban való segítségnyújtás (gyógyítás). Elemei: szaktudás, készségek (erények) és moralitás. Ebben az értelemben az orvoslás tudomány, gyakorlat és művészet, mégpedig a tudás felhasználásának művészete, ami nem más, mint a páciensekkel való bánás mikéntje.

A második komponens történetileg a középkorból eredeztethető és a gyógyító szerep mellett társadalmi szerepet is kijelöl, minden egyes hivatásbeli és az egész hivatás számára is: a társadalom különleges értékeinek (test, lélek, egészség) szolgálatát. Ez a szerep adja a hivatás társadalmi funkcióját. Alapja: a tudás és készségek speciális együttese, amelyet a társadalom a közösségi érdek szempontjából alapvető fontosságúnak tart. A morális bázishoz ezzel egy közösségi erkölcsi elkötelezettség is társul. A társadalommal való viszony egy implicit szerződés-ként értelmezhető, amelyben mindkét félnek vannak jogai és kötelességei. A társadalom exkluzív jogokat és privilégiumokat adományoz a hivatásnak (szakmai és etikai autonómia, képzés kontrollja, praxis és morális viselkedés kontrollja, szankcionálás joga), s mindehhez magas presztízs, kiemelt társadalmi státusz és jó anyagiak járnak. Cserébe az egyének és a közösség altruista szolgálatát várja el a hivatástól, valamint azt, hogy megszabja és fenntartsa a hivatás szakmai és etikai kompetencia standardjait.

---

<sup>51</sup> Pellegrino, E.D.: Die medizinische Ethik in den USA. In: Sass, H.M. (ed.) Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen. Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1988. 2.o.

A gyógyító szerep és a professzionális státusz kijelölik a hivatás funkcióját (segítségnyújtás, gyógyítás, egészségvédelem), összefonódásuk képezi a hivatás struktúrájának bázisát. Az oktatás és szakképzés szakmai felépítése, a működés feltételeinek és gyakorlatának, a viselkedés standardjainak kialakítása, valamint a szankcionálás joga - röviden: a szakmai és etikai önszabályozás – a hivatás belügye.

A XX. század második felében két – egymástól nem független - tendencia mentén kezdődött meg a hivatás strukturális és funkcionális átalakulása, s a változások nem hagyták érintetlenül a hivatás erkölcsi – morális bázisát sem. Az első tendencia véleményünk szerint: a gyógyító szerep és a professzionális státusz fokozatos eltávolodása, sőt, időnként ellentétbe kerülése egymással. A második – a szakirodalom által kimerítőbben tárgyalt – tendencia: az orvosi hivatás és a társadalom közötti implicit szerződés megrendülése. Mindkét tendencia (természetesen más okokkal együtt) *lényegében* érinti a hivatás etikai dimenzióját. Mind az orvos – beteg kapcsolatban, mind a társadalom „szolgálatának” értelmezésében alapvető változások történetek: a duális orvos – beteg kapcsolat egyre ritkább, a paternalista szemléletet fokozatosan felváltja a páciensek autonómiájának elve; a karitatív, szolgáló „hivatás” eszméje mellett egyre hangsúlyosabb a professzionális szaktudáson alapuló „szolgáltatás” gondolata.

## III. 2. A HIVATÁSSÁ VÁLÁS ÚTJA

### (Történeti áttekintés)

Az orvosi hivatás és hivatásetika történeti áttekintése során nem törekedtünk szisztematikus és részletes dokumentációra, részben, mert nem ez a fő célunk, részben, mert ez meghaladná a dolgozat kereteit. Csupán a fő tendenciákat kíséreljük meg felvázolni, miközben a hivatás sá válás útját rekonstruáljuk; nem egyetlen ország példáján, hanem az európai tradíció egészében.

#### III. 2.1. Az orvosi hivatás története

Az orvosi hivatás története párhuzamos az orvoslás történetével és bár ezer szállal kapcsolódnak egymáshoz, a kettő nem azonos. Az orvoslás, gyógyítás nem mindig és nem kizárólag csak orvosok feladata volt. Az ókor nagy kultúráiban (Egyiptom, Mezopotámia, zsidó nép, görögök és rómaiak) egyaránt találunk orvosokat, papokat, és orvos-papokat, akik gyógyítottak. Rajtuk kívül sámánok, varázslók, mágusok, ördögűzők, bábák is igyekeztek segítséget nyújtani a hozzájuk forduló betegeknek.

Általánosságban elmondható, hogy a *keleti kultúrák* orvoslásában nem vált élesen szét a vallásos, a mágikus és az empirikus (ta pasztalati) gyógyítás. A betegségek okára vonatkozóan szinte mindenütt elterjedt volt a iatroteológia, azaz egy olyan gyógyászati értelmezési modell, amely a betegséget mint Isten akaratának a kifejeződését magyarázza és a gyógyulást az istenség gyógyító erejére vezeti vissza.<sup>(52)</sup>

Annak ellenére, hogy a gyógyítás beleágyazódott egy adott elméletbe, inkább az összegyűjtött és gondosan rögzített tapasztalatokon alapult a siker, mintsem a módszerek tudományosságán. Nem lebecsülendő jelentőségű a mágikus orvoslás hiten és bizalmon alapuló, pozitív gondolkodást sugalló és erősítő gyógymódja sem.

A segítséget nyújtók tágas körén belül a papok és az orvosi iskolák külön csoportosulást képeztek. Mai fogalmainkkal azt mondhatnánk, hogy ők „professzionális segítők” voltak, akik szisztematikus tanulmányok során sajátították el a szükséges ismereteket, hivatásszerűen gyakorolták a gyógyítást és külön társadalmi csoportot alkottak. A csoporton belül lehetett és volt is „szakmai specializálódás” (általános orvosok, sebészek, köztisztasági orvosok) és tekintélyelvű hierarchia. A társadalmi elismertség és rang azonban nem annyira a szakképzettségen, a tudásbeli különbségen alapult - hiszen abban a korban a lehetséges ismereteket minden orvos elsajátíthatta - hanem a betöltött pozíció (királyi orvos, városi orvos) szabta meg.

A nagy, folyami kultúrák gyógyító előzményeit elismerve, a - mai értelemben vett - orvosi hivatás és az orvosi hivatásetika történetét mégis hagyományosan a görög

---

<sup>52</sup> Balázs Péter: Orvoslás pénzért és hivatástudatból. Melani a Kiadó, Budapest 2002. 8-9.o.

Hippokrátesz (i.e.460-375) és a **hippokrátészi iskola** működésétől szokás számítani. Nem feledkezhetünk meg azonban arról, hogy az ókori Görögországban és később, a hellenizmus korában, számos más, kiváló orvosi iskola is létezett. A Kos szigeti orvosi iskola szemléletmódjának és tapasztalatainak írásban rögzített öröksége, a Corpus Hippocraticum, nagy hatást gyakorolt a későbbi korokban. Egy alapvetően szóbeli tradíciókra támaszkodó kultúrában nagy jelentőségű a tanok írásba foglalása, lehetőséget ad arra, hogy az adott diszciplína anyagát összegyűjtsék, más koncepciókkal összehasonlítsák és a későbbi nemzedékek számára hozzáférhetővé tegyék.<sup>(53)</sup> A filozófiában Arisztotelész, az orvostudományban Hippokrátesz teszi meg ezt a lépést. A tudományos igényű szemléletmód és az írásbeliség együtt a tulajdonképpeni orvostudomány alapjait vetette meg

A **görög és római antikvitás** gyógyítóinak összképe meglehetősen eklektikus. Valódi orvosoknak azokat tekinthetjük, akik alapos és szisztematikus képzésben részesültek valamelyik orvosi iskolában és hivatásszerűen gyógyítottak. A kisebb és közepes nagyságú „orvosi iskolák” általános jellemzői voltak: az egészségről, betegségről, gyógyításról egységes szemléletet valló csoportok (általában valamelyik korabeli filozófiai irányzattal, pl. pythagoreusok, epikureusok, sztoikusok, stb összhangban); jól körülhatárolható gyógyítási koncepciók és módszerek, szisztematikus oktatás. Gyakran szektaszzerű, zárt csoportosulások voltak, akik tudásukat csak a beavatottaknak adták tovább (vö. hippokrátészi eskü szövege), esetenként egy - egy jelentős mester köré csoportosultak.

A **középkori orvoslást** az orvostörténeti munkák két fő vonulatra osztják fel: a nyugati ágra (kolostori gyógyítás és skolasztikus medicina) és a keleti ágra (bizánci és arab gyógyítás). A **keleti medicina** fejlődésének első szakasza (VII-IX.sz.) főként az antik tudásanyag recepciója és kompilációja jegyében telik, a második szakaszban (X-XII.sz) önálló megfigyelésekkel és gazdag tapasztalati tudással egészítik ki az antik szerzők, főként Hippokrátesz és Galenus tanait. Az arab és iszlám orvoslás legfontosabb eredménye, hogy magába olvasztotta és folytatta az antik tudományos örökséget, az orvosképzést tudományos alapokra helyezte és intézményes oktatást vezetett be.

A **nyugati orvoslást**, pontosabban annak első szakaszát, az ún. kolostori gyógyítást alapvetően a keresztény vallásos világnézet befolyásolta. A Názáreti Jézus, aki sok beteget meggyógyított - mint „Christus Medicus” - az orvosok mintaképe lesz. Maga a gyógyítás is tőle kapott megbízatás az apostolok (és általában a követői) számára: „Betegeket

---

<sup>53</sup> Eckart, W.U.: Geschichte der Medizin. 2., komplett überarbeitete Auflage. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York 1994. 45.o.



gyógyítások, poklosokat tisztítások, halottakat támasszatok, ördögöket űzettek. Ingyen vették, ingyen adjátok” (Máté, 10,8.)

Jellemző erre az időszakra az ispotályokban folyó, karitatív indíttatású beteg- és szegénygondozás illetve ápolás, amelyet szerzetesek és apácák végeztek. Az ispotályok az idők folyamán egyre inkább keresztény eszmék által motivált, de polgári fenntartású és irányítású jótékonyági és szociálpolitikai intézményekké váltak. A sebészet és az általános gyógyítás külön útja tovább folytatódik a középkorban, a kettő határozottan elkülönül egymástól.

A későbbi századokban a kolostori orvoslás mellett egyre markánsabban kezd megjelenni a **világi orvoslás és orvoscépzés**. Ez utóbbi az egyetemek kialakulásával egyre magasabb szintet ér el, míg a kolostori gyógyítás egyre inkább háttérbe szorul. Az egyetemet végzett orvosok a teológusokkal, a filozófusokkal és jogászokkal együtt, „tanult emberek”. Ez abban a korban nemcsak az egyetemi tanulmányokat jelenti, hanem azt, hogy ismerik a tudomány nyelvét, a latint. A latin nyelv ismerete kiváltság, ami ugyanakkor el is távolítja ezt a képzett elitet a világi tömegektől. Így van ez az orvosok esetében is. Címük és rangjuk, a „doktor” titulus, megkülönbözteti őket a népi orvosoktól és a sarlatánoktól. A világi orvosok már nem felebaráti szeretetből vagy könyörületből foglalkoznak a betegekkel, tevékenységük szolgáltató - kereskedelmi jellegű. Mivel ez a medicina már világi tevékenység, nem az egyház, hanem világi hatóságok jogkörébe tartozik a szabályozása is.

A **reneszánsz korszakában** (XIV - XVI. század) lényeges tendencia a teológiától való elszakadás és a praxishoz, a napi gyakorlathoz való közelítés. Az orvosok többet foglalkoznak magukkal a betegségekkel és a kezelési módszerekkel, mint az elmélet - orientált skolasztika időszakában. Nagyon sokat fejlődött a sebészet, azon - egyébként sajnálatos - körülménynél fogva, hogy a gyakori háborúk miatt sok volt a harctéri sebesült. A lött, szúr, vágott sebeket a helyszínen, a csatamezőkön kellett ellátniuk a sebészeknek és felcserekeknek.

Mindezen változások mellett az orvosi rend társadalmi megbecsülése továbbra is ingadozó, sokszor csak nagyon szerény. Shakespeare írja: „Ne bízzál az orvosokban...”<sup>(54)</sup> Ennek többek között az is oka, hogy a valóban tudós és tapasztalt orvosok mellett továbbra is nagyszámú, képzetlen vagy nem megfelelően képzett „doktor” praktizál.

A hivatássá válás útján nagyon fontos állomás, hogy az orvosok, testületük védelmében, olyan **szakmai szervezetekbe** tömörülnek, amelyek garantálják tagjaik tevékenységének szakmai színvonalát és kirekesztik a kontárok at, akadályozzák azok működését. Ilyen szervezet volt 1518-ban az angol orvosok királyi kollégiumának (Royal

---

<sup>54</sup> Duin, N - Sutcliffe, J.: Az orvoslás története. Az ősi dőktől 2020-ig. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 1993. 35.o.

College of Physicians) megalakítása, amely az orvosi működési engedélyeket kiadta, vagy a sebészek és borbélyok londoni céhe 1540-ben (United Company of Barbers and Surgeons). Ez utóbbi pl. hetente tartott előadásokat a sebészetről, amelyeket a tagok kötelesek voltak meghallgatni.

Az **újkor** kezdete, a XVII. század, átmenet a reneszánsz és a felvilágosodás között, s mint ilyen, számtalan új vonással gazdagítja az orvostudomány elméletét és gyakorlatát, ugyanakkor őrizi még a régi, antik - arab medicina sok felfogását is. A tudományos kutatással is foglalkozó, kiválóan képzett **orvosok akadémiákat, tudós társaságokat** alapítanak.<sup>(55)</sup> Az akadémikus orvoslás kutat, mér, rendszerez, az orvosi gyakorlat azonban jórészt megmarad a tradicionális elképzelések és módszerek mellett. Ezt a képet tovább árnyalja az Európa szerte felbukkanó kuruzslók, csodadoktorok „karrierje” (Mesmer magnetizmusa, Katter felto influenza - látó fekete macskái), ami jelzi, hogy a tömeg számára mekkora jelentősége van a gyógyítást körülvevő, illetve azt kísérő „szertartásoknak”.<sup>(56)</sup>

A XVIII. század a **felvilágosodás**, az emberi ész trónra emelésének korszaka. Megindul a küzdelem az előítéletek, a babonák, az elmaradottnak tekintett szokások ellen. Az újkori gondolkodás (Bacon és Descartes) és a felvilágosodás eszméi közül a medicinában talán annak volt a legmesszebb menő hatása, amely az elméleti eredmények **gyakorlati alkalmazását** hangsúlyozta. E szempontból két dolog vált nagyon lényegessé a kor orvostudományában. Az egyik Boerhaave holland orvos kezdeményezése volt: a betegség melletti klinikai oktatás beindítása, 1714 -től, a leideni egyetemen. Ez a gyakorlat egész Európában az orvosképzés mintaképévé válik. Boerhaave szemlélete és gyakorlata fordulópontot jelent az orvosi képzésben, bizonyítja, hogy az - addig sokszor külön utakon járó - akadémikus tudás és a praxis összekapcsolható már a képzés során és, mint ezt tanítványai serege mutatta, az orvosi tevékenységben is.<sup>(57)</sup>

A másik fontos tényező a kor medicinájában: a **közegészségügyi problémák** felé való fordulás. Filozófusok, tudósok, orvosok foglalkoznak az egyes néprétegek egészségügyi helyzetével, veszélyeztetettségével. Ide tartozott a járványok megfékezése, még fontosabb feladatként azok megelőzése. Jenner vakcinációja döntő jelentőségű lépés ezen a téren. A gyógyítás mellett a megelőzés, az egészség megőrzése is, mint orvosi és mint kormányzati feladat jelenik meg. Ekkor kezdődik, a kor általános eszmeiségének megfelelően, a „felvilágosítás”, azaz az egyszerű emberek számára hasznosítható higiéniai és egészségügyi ismeretek terjesztése. Az emberi méltóság elvének értelmében új, humánusabb bánásmódban részesülnek az elmebetegek is.

<sup>55</sup> Lyons, A.S.: Medicine: an illustrated history. Harry N. Abrams, New York 1978.338-447.o.

<sup>56</sup> Duin, N - Sutcliffe, J.: Az orvoslás története. Az ősidőktől 2020-ig. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 1993. 42-43.o.

A XVIII. század a *kórházak* tekintetében is az átmenet időszaka a régi ispotályoktól a modern kórházak felé. A régi, nagyméretű, egyetlen termet több kisebb kórteremre osztják. Gyakran gyógyszerár is tartozik a kórházhoz. Az egyetemi városokban az ilyen állami kórházak gyakran az orvosképzés gyakorlati helyei is voltak. <sup>(58)</sup>

Az orvosi rend további erőfeszítéseket tesz a képesítéssel és vizsgákkal nem rendelkező kuruzslók tevékenységének visszaszorítására, s ebben kormányzati intézkedések is segítik őket. A XVIII. és XIX. század időszakában az orvosképzés és *az orvosi tevékenység állami - közigazgatási kontrolljának* egyre fokozódó terjedése figyelhető meg. Ez egy hosszú folyamat, amely a hivatás szempontjából többféle következménnyel jár: 1.) a hivatalos szervek kontrollja csökkenti, vagy legalábbis befolyásolja a hivatás autonómiáját, 2.) azzal, hogy egységes követelményeket támaszt az orvosi renddel szemben, hozzájárul annak homogenizálásához, 3.) el is különíti a hivatásos orvosokat a többi gyógyítótól. Ennek a folyamatnak az állomásai az orvosi kollégiumok megalakítása mellett az orvosi rendtartás állami bevezetése. Az orvosi hivatásrenddel szemben támasztott egységes követelmények betartását már nemcsak maga a hivatás ellenőrzi, hanem az állam is, adott esetben törvényes felelősségre vonás keretében. Vagyis a hivatás önkontrollja mellett megjelenik az állami felügyelet is. <sup>(59)</sup>

A lassan egységesülő hivatásban azonban a sebészet még mindig nem kap helyet; kézműves munkának számít és alacsonyabb rangú a belgyógyászatnál. Csak a XVIII. század második felében olvashatunk arról, hogy egyes kirurgusok már orvosi stúdiumokat is végeznek. Az orvosok társadalmi megbecsültsége és anyagi jövedelme nagyon változatos képet mutat. Vannak - kevesen - akik rendkívül magas jövedelemre tesznek szert és a társadalmi ranglétrán a felsőbb patrícius réteggel egyenrangúak. A rangban utánuk következő udvari orvosok vagy katonaeorvosok fizetése már jóval szerényebb, a vidéki orvosok helyzete pedig alapvetően attól függött, hogy sikerül-e néhány tehetősebb család háziorvosi teendőit ellátniuk.

*A XIX. század és a XX. század eleje* a nagy áttörés időszaka az orvostudományban. A legfontosabb lépés a medicina természettudományos megalapozása volt. A fizika és a kémia mind metodikai mind tárgyi szempontból az orvostudomány alapjává vált. Az életjelenségek mérhető, regisztrálható, összehasonlítható, vizsgálható mennyiségi egységekként jelentek meg (vérnyomás, pulzus, hőmérséklet, vegyi összetétel, stb). A kutatásokat egyre inkább erre szakosodott intézményekben, nagy technikai apparátussal

---

<sup>57</sup> Lyons, A.S.: Medicine: an illustrated history. Harry N. Abrams, New York 1978. 474.o.

<sup>58</sup> Eckart, W.U.: Geschichte der Medizin. 2., komplett überarbeitete Auflage. Springer Verlag, Berlin Heidelberg New York 1994. 205.o.

<sup>59</sup> Labisch, A, Paul, N.: Aerztliche Gelöbnisse. In: Korrf, Beck, Mikat (eds.) Lexikon der Bioethik.1. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 249-255.o.

végezték. Nagy léptekkel halad előre az orvosi technológia fejlődése (mikroszkóp, vérnyomásmérő, lázmérő, fecskendő, sztetoszkóp, röntgen, EKG, stb. ) A sebészeti beavatkozások egyre biztonságosabbak lesznek és egyre bonyolultabb műtétek válnak lehetővé (aszéptikus műtéti technika, tökéletesített narkózis, vércsoportok). Fontos eredmény volt e században, hogy a sebészet - több évszázadig tartó kényszerű külön út után - egyenrangú orvosi tudomány lett és elfoglalta méltó helyét a medicina egészében. A XX. század első évtizedétől a fogászok is orvosegyetemi képzést és doktori címet kapnak.<sup>(60)</sup> Ezzel tulajdonképpen **megvalósul az orvosi rend egysége.**

Nagy jelentőségű lépés az **ápolásnak** mint önálló gondozói tevékenységnek a kialakulása, amelyben Florence Nightingale szerzett elvülhetetlen érdemeket. A világi ápolónővérek bevonása az egészségügyi szolgálatba alapvetően megváltoztatta a hivatás arculatát és megvetette a későbbi önálló professzióvá válás igényének alapjait.

Döntő lépés a modern medicina fejlődésében az új típusú, **korszerű kórházak** kialakulása. Ez mind a betegellátás, mind az orvosi hivatás történetében lényegi változásokat indított el. A kórházak a régebbi, jótékonyági alapon működő, beteg- és szegénygondozás helyett a korszerű gyógyítás, a bonyolult műtétek, a specializált betegellátás műhelyeivé váltak. Valószínűleg nem túlzás „műhelyekről” beszélni, hiszen nemcsak a modern technikai apparátus halmozódott fel a kórházakban, hanem az egyre nagyobb és egyre specializáltabb elméleti tudás is az itt tevékenykedő orvosok körében koncentrálódott.

A fenti változások következtében egyre lehetetlenebb feladatnak tűnt, hogy egy orvos a korszerű medicina minden területén alapos képzettségre tegyen szert, egyre jobban elterjedt a **specializálódás**, az egy - egy szakterületben való elmélyülés. Az általános családorvosok szerepe kezdett háttérbe szorulni, helyüket a kórházban vagy klinikán működő, illetve önálló praxist folytató specialista vette át. A beteg tehát nem „az” orvoshoz fordult, hanem egy specialistához, aki nem „a beteget” vizsgálta, hanem annak speciális problémájával foglalkozott.

Mindezek a folyamatok mélyreható változásokat eredményeztek az orvosok **hivatásbeli szerepfelfogásában.** „A század elején még az idős, tapasztalt, jó emberismerő orvos számított a legjobb szakembernek, most már a tudományos haladásnak elkötelezett fiatal gyakorló orvos az ideál. A hangsúly nem annyira a személyiségre, mint inkább az ismeretekre kerül. 1870-ben egy kortárs azt írja: »A medicina ténylegesen objektívvé vált. Mindegy, hogy ki áll az ágy mellett, a lényeg, hogy tudjon vizsgálni és diagnosztizálni. Egy objektummal áll szemben, akit kikutat, kikopogtat, meghallgat, felderít, és erre a jobbra és balra lévő családi körülmények semmi hatással nincsenek. A vizsgálat tárgya: a beteg.«”<sup>(61)</sup>

<sup>60</sup> Schott, H.: A medicina krónikája. Officina Nova 1993. 373.o.

<sup>61</sup> Schott, H.: A medicina krónikája. Officina Nova 1993. 284.o.

Az *orvos - páciens viszony* is alapvető változáson megy keresztül. Az orvosok a XIX. század közepén még humánus tanácsadóként állnak szemben társadalmilag egyenrangú pácienseikkel, a század végén már szakembernek tartják magukat, rendelkezéseiket természettudományosan megalapozottnak és ezért vitathatatlanak érzik, amit a társadalmilag és képzettségében alacsonyabban álló páciensnek engedelmesen el kell fogadnia. A szakmai és társadalmi aszimmetriához társul még az a tény is, hogy többé a jómódú beteget sem az otthonában kezelik, hanem kórházban, klinikán vagy az orvos rendelőjében, ahol az orvos a domináns fél, rendelkezései mind a beteg, mind az ápolók számára megfellebbezhetetlenek.

Az orvosi hivatásrend immár a szakértelemre hivatkozó, megnőtt önbizalommal lép a társadalmi nyilvánosság elé is: „Mint a társadalmi jólét szószólói, jogot követelnek ahhoz, hogy beleszóljanak a társadalmi kérdésekbe.”<sup>(62)</sup>

Az *orvosképzés rendje* is megszilárdul minden európai országban és az USA -ban is. A XX. századra egységes normák szerint szabályozták az egyetemi képzést és az orvosi gyakorlat engedélyezését.<sup>(63)</sup> Orvosi diplomát csak sikeresen befejezett egyetemi tanulmányok után kaphat bár ki és gyakorlatilag minden országban törvényekkel és rendeletekkel szabályozzák magát az orvosi praxist is. Emellett maguk az orvosok is szakmai szövetségeket hoznak létre, amelyek a hivatás szakmai és etikai kontrollját hivatottak biztosítani.

A XIX. század végére, a XX. század elejére tehát kialakul a *modern orvosi hivatás*. Mind az orvosokban, mind a társadalomban és a páciensekben megszilárdul „az orvos” ideálképe: szakmájában kiváló, humánus, a betegeiért mindig áldozatra kész, a társadalmi jólétet szíven viseli. Ehhez társulnak a hivatás külső jellemző jegyei: fehér köpeny, orvosi táskák, fonendoszkóp vagy gégetükör, receptkönyv. A maguk területén mindent tudók és mindenhatók, mint a német nyelvterületen elterjedt megfogalmazás is jelzi: „Halbgötter in Weiß”, azaz „félistenek fehérben”.

A XX. század kezdetén a legtöbb korabeli orvos számára úgy tűnt, hogy a medicina győztes menetelése feltartóztathatatlan. A második világháború befejezése után azonban egy olyan perre került sor, amely óriási kérdőjelet tett a medicina töretlen haladásának gondolata mellé. A *Nürnbergi Per* – amely a náci Németországban orvosok által elvégzett embertelen emberkísérletekkel és eutanázia gyakorlással foglalkozott - nehezen megválaszolható kérdések formájában arra kényszerítette a világ közvéleményét és magukat az orvosokat is, hogy számot vessenek a medicina társadalmi megbízatásával, szerepével, lehetőségeinek felhasználásával. A per kézzelfogható és nagyon jelentős eredménye lett a

---

<sup>62</sup> Schott, H.: A medicina krónikája. Officina Nova 1993. 285.o.

<sup>63</sup> Freidson, E.: Der Arztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1979. 20.o.

Nürnbergi Kódex, amely az emberen végzett kísérletek etikai szabályozásának máig is érvényben levő előírásait foglalja össze. A konkrét eredményen kívül legalább ennyire jelentős a per közvetett hatása: annak felismerése, hogy az orvostudomány tudományos és technikai lehetőségeit csak szigorú etikai kontroll mellett szabad felhasználni. A XX. század második felének kísérletei (génkísérletek, klónozás) csak tovább erősítik ezt az alapelvet.

A XX. század második felében lezajló változások ezt a képet részben megerősítik, részben módosítják, részben pedig rombolják. De ez már egy másik fejezet.

## **ÖSSZEGZÉS**

Az ókori keleti kultúrák által is befolyásolt európai tradícióban a kezdetek idején összefonódott az empirikus – racionális és a teurgikus gyógyítás. Az évszázadok folyamán az orvoslás gyakorlásának három nagy ága alakult ki: a.) a tudományos igényű orvoslás, amelyet tanult orvosok végeztek, akik professzionális szerveződésekbe tömörültek; b.) a vallásos gyógykultusz, amelynek gyakorlói vallásuk képviselői voltak és szervezetileg is oda tartoztak; c.) a népi gyógyászat, amelyet az e társadalmi réteghez tartozó, tapasztalati tudással rendelkező gyógyítók űztek. Mindhárom ág peremén rendre felbukkannak sarlatánok, szemfényvesztők, akiknek működését az adott terület képviselői igyekeznek megakadályozni.

A klasszikus orvosi hivatás kialakulása az ókori mesteremberektől a tanult (egyetemet végzett) és esküt tett orvosokig húzódik. Fontos állomások a hivatássá válás útján az egységes képzési követelmények megfogalmazása, a gyakorlat megkezdése feltételeinek rögzítése, a szakmai szervezetekbe tömörülés, a szakmai és erkölcsi önkontroll kialakulása és állandósulása. Az állami követelményrendszer és kontroll egyrészt csorbítja a hivatás autonómiáját, másrészt azonban hozzájárul a professzió egységesüléséhez és homogenizálódásához. Az orvosi professzió a XIX. század közepére – végére éri el a „tanult hivatás” státuszát, amelyet az állam és a társadalom a maga eszközeivel szentesít.

### III. 2.2. A hivatásetika története

Edmund Pellegrino egyik esszéjében megkülönbözteti az *orvosi erkölcsöt* az *orvosi etikától*. „Nekünk 2500 éves orvosi erkölcsünk van - önmagunkra kötelezőnek tekintett kijelentések, amelyeket a szakma a beteg érdekében levőnek ismer el. De igazából szólva csak néhány évtizedes az orvosi etikánk - azaz egy olyan diszciplína, amely az orvos kötelességét szilárd filozófiai alapra helyezi.”<sup>64</sup>

Az orvosi erkölcs tekintetében igazat adhatunk Pellegrinonak. Ami az orvosi etikát illeti, nem ilyen egyszerű a helyzet. Mivel maga az orvosi gyakorlat, tevékenység és az orvosi erkölcs nem különültek el egymástól, s mivel az előbbi évszázadokon keresztül beleágyazódott, s később is szilárdan támaszkodott egy teológiai vagy filozófiai alapra, az kell mondanunk, hogy volt orvosi etika – de nem elkülönülten, önálló diszciplínaként.

A fentiekből *több módszertani nehézség* is következik. 1.) A hivatásetika története szorosan kapcsolódik *a hivatás történetéhez*. A hivatás önértelmezését pedig lényegesen befolyásolja az orvostudomány alapkategóriáinak (egészség, betegség) filozófiai és orvostudományi értelmezése. Ilyen széles alapú vizsgálatra a dolgozat nem vállalkozhat, célja jelen esetben csupán az, hogy a hivatásetika önálló vonulatát láthatóvá tegye.

2.) Miként egy hivatáscsoport erkölcsé nem lehet független a kor általános erkölcsétől, úgy a hivatásetika sem lehet független *a kor általános etikai irányzataitól*. Így tehát vizsgálhatjuk az orvosi hivatásetikát az ókori erény etikák, a középkori keresztény etika, a felvilágosodás etikája és az újkori polgári etikák, valamint a modern irányzatok fényében.

3.) Az orvosi hivatásetikának magának is megvan a *saját, belső fejlődéstörténete*: tematikai bővülés, szemléletmód változása, az alapvető normák korok szerinti interpretációja, stb.

Mindezekhez járul még, hogy az évszázadok folyamán magának *az etikának az értelmezése és definiálása* is változott, illetve, hogy az „orvosi etika” kifejezés is több értelmű lehet: egyaránt vonatkozik az etikára mint elméleti diszciplínára és az erkölcsi gyakorlatra is. Minősíthetjük vele az orvosok viselkedését (etikos – etikátlan), lehet összefoglaló neve azoknak a szabályoknak, melyek az orvosok magatartását irányítják, de jelentheti az általános erkölcsi szabályoknak egy sajátos területen való alkalmazását is.

Mindezek figyelembe vételével az orvosi hivatásetika történetét *két fő szempont* alapján kíséreljük meg felvázolni: figyelembe vesszük egyrészt az *egyres történelmi korszakok általános etikai irányzatát* (irányzatait), másrészt a *hivatáserkölcs és hivatásetika saját belső logikáját*. Az elemzés iránya nem annyira a téma történelmileg

---

<sup>64</sup> Pellegrino, E.P.: Can Ethics be Taught? An Essay. In: Bevezetés a modern orvosi etikába. Szöveggyűjtemény – oktatási segédanyag. Szerkesztette és fordította: Tóth Adél SZOTE Magatartástudományi Csoport 1998. 5.o.

teljes és átfogó feldolgozása, mint inkább a változásoknak, a fejlődés fő vonulatainak a megrajzolása.

**Az ókor.** Az orvosi hivatásetika története, paradox módon, annak hiányával kezdődik. A „kezdet kezdetén” Hippokrátesz orvosi esküje áll, amit későbbi korok kezdenek a hivatásetika alapjának tekinteni. Általánosságban elmondható, hogy az ókori medicinában – és utána még hosszú évszázadokig - nem létezik „külön” hivatásetika, csak orvoslás van és az orvos magtartási normái, illetve erényei. A mesterség gyakorlásának szabályai nem különülnek el az erkölcsi szabályoktól; evidencia, hogy a mesterség csak erkölcsösen gyakorolható – s ez akkor is igaz, ha a gyakorlatban sokszor ennek az ellenkezője történt.

Az orvosi mesterség erkölcsi szabályainak első szisztematikus összefoglalását a hagyomány Hippokrátesz nevéhez fűzi. Máig fennmaradt dokumentumai: a Corpus Hippocraticum és a mester nevével fémjelzett eskü, a melynek lényegét az utókor általában néhány **erkölcsi – etikai alapelvben** foglalja össze:

- az élet védelme mint általános etikai alapelv (abortusz tilalma, öngyilkosságban való közreműködés tilalma, aktív eutanázia tilalma )
- a beteg üdvének szolgálata („ne árts”, „segíts”, jogtalanságot ne kövess el, titoktartás)
- az orvosi rend tagjaihoz való kollegiális viszony
- szociális kapcsolatok normái (páciensek, családtagok, szolgák)

A hippokráteszi eskü lényeges pontokon ellentétben állt az általános görög felfogással. Az abortusz például legitim orvosi beavatkozásnak számított abban a korban, az öngyilkosság pedig több filozófiai irányzat (sztoikusok, epikureusok) szerint is elfogadott volt. Ezért valószínű, hogy az eskü nem volt sem általánosan ismert, sem általánosan használatos az antik görög világban. Recepciója a korai középkorban kezdődött, amely azután meghozta a széleskörű ismertséget is. <sup>(65)</sup>

Bár az esküt szokás az orvosi etika első igazi dokumentumának tekinteni, a Corpus Hippocraticum írásai is tartalmazzák a „jó orvos” tulajdonságait, erényeit. Az **erények** hangsúlyozása pedig nem véletlen. Az erény ugyanis az ókori „erkölcsfilozófiák” központi kategóriája volt. Az Arisztotelész előtti görög filozófia nem ismerte a mai értelemben vett etikát, maga az „etika” kifejezés megalkotása is Arisztotelész nevéhez fűződik. Az a tárgykör, amit a fogalom takar, a Jóról és a Rosszról, valamint a „jó életről”, a „boldog életről” folytatott bölcséleti vizsgálódások körébe tartozott.

Mind Platon, mind Arisztotelész kiindulópontja az volt, hogy a jó és boldogsághoz vezető életvitel elengedhetetlen feltétele a helyes cselekvés, a helyes cselekvés pedig

---

<sup>65</sup> Leven, K-H: The Invention of Hippocrates: Oath, Letters and Hippocratic Corpus. In: Tröhler, U. - Reiter-Theil, S. (eds): Ethics Codes in Medicine. Ashgate, Aldershot 1998. 11 -15.o.



megfelelő erények birtokában lehetséges.<sup>(66)</sup> Az erények tehát az erkölcsileg helyes cselekvés feltételei és egyben biztosítékai voltak. Ezért tartották olyan fontosnak az erények kategorizálását, minősítését és ezért volt olyan jellemző az erények, tulajdonságok felsorolása és számbavétele. Az ókorban négy fő erényt, vagy ahogy nevezték, **négy „kardinális erényt”** tartottak számon: igazságosság, bölcsesség, bátorság, mértékletesség (szerénység), de ezekhez járultak még továbbiak is.

Ez a korabeli általános felfogás magyarázza, hogy miért tulajdonítottak olyan nagy fontosságot az orvos erényeinek. Az orvosi szakma alapos és mesteri elsajátítása nyújtja a nélkülözhetetlen alapot az orvosi hivatáshoz, s ehhez elválaszthatatlanul kapcsolódnak az orvos tulajdonságai, erényei, általános életvitele („tisztán és szentül őrzöm meg életemet”). Maga Hippokratész így foglalja össze „ars poeticáját”: „Nem elég a tudás, a mesterségbeli felkészültség. Sok fordul meg az orvos egyéniségén, csak jó ember lehet jó orvos.”

Galenus „jó orvos” képe is a hippokratészi tradícióból építkezik és – elterjedtsége és óriási tekintélye következtében - ezt a képet adja tovább a későbbi évszázadoknak is. Az ókori erény-központú felfogás folytatódik a középkor évszázadaiban is. Ez a magyarázata annak, hogy későbbi korok orvosi esküiben, kódexeiben mindig megtalálható az orvosi erények felsorolása és még a XX. század végének orvosi ideál – képe is az erények tükrében jelenik meg.<sup>(67)</sup>

**A középkort** átható vallásos felfogás szerint az élet Isten ajándéka, amivel az ember nem rendelkezhet tetszése szerint, ezért az egyházatyák tiltják az abortuszt és az eutanáziát is. Mivel ez összeeseng a Hippokratészi eskü normáival, annak gyors terjedése figyelhető meg. A hippokratészi szöveg tehát keresztény eszmékkel telítődik, pontosabban keresztény szemlélet szerint értelmeződik.

A középkori orvosi ideálkép és az orvos önelkötelezettsége is a keresztény vallás értékrendjének szellemében fogalmazódnak meg. Az orvosnak, szaktudása alapján, az átlagosat meghaladó mértékben kötelező a „tevékeny felebaráti szeretet” gyakorlása. Mivel a kora középkori orvoslás egyházi keretek között, egyházi irányítással működött, a szerzetesi, később pedig a laikus orvosoknak is a „keresztényi kötelességek” egész sorát kellett betartania. Az ókorban hirdetett négy klasszikus erényhez társulnak az alapvető **keresztényi erények** (hit, remény, szeretet). A betegséggel és a betegekkel való bánás a keresztény erények egész további sorának megnyilvánulására ad módot: türelem, alázat, irgalmasság, jámborság. Mindezek istennek tetsző és a betegek jóllétét egyaránt szolgáló

---

<sup>66</sup> Leitner, H.: Tugendethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon der Bioethik. Band 3. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 617 – 621.o.

<sup>67</sup> Pellegrino, E.D.: Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin. In: Sass, H.M (ed.) Medizin und Ethik. Reclam Verlag, Stuttgart 1989. 40 -68.o.

tulajdonságok. A bencések regulája azonban arra inti a betegeket, hogy „a testvéreket, akik nekik szolgálnak, ne szomorítsák el túlzott igényeikkel.”<sup>(68)</sup>

A keresztény erkölcsiség, koncepciója szerint, egy univerzális etikát képvisel (minden ember isten képmása) és a keresztény értékrend alapján átértelmezett hippokrátészi etika is univerzalitásra tarthat számot. Tulajdonképpen ezzel az átértelmezéssel kezdődik a hippokrátészi eskü és etika **tradíciót megalapozó** funkciója. Ezt a funkciót tovább erősítette az is, hogy a másik két monoteista vallás, a zsidó és a mohamedán, szintén integrálta saját gondolkörébe - részben vagy egészen – a hippokrátészi esküt és ethoszt. Ily módon vált a hippokrátészi etika széles körben az orvosi viselkedés normatív standardjává.

A kolostori és világi gyógyítás szétválása azonban megkérdőjelezi, később pedig hevesen vitatottá teszi az antik és keresztény szintézis lehetőségét. Clairvaux- Bernát (XII.sz) szerint a betegnek, de magának az orvosnak is választania kell Krisztus és Hippokrátész között.<sup>(69)</sup> Az ingyenes illetve a pénzért való gyógyítás kérdése csak egyike a két szemlélet közötti különbségnek. Sokkal inkább a gyógyításnak mint szeretetszolgáltatásnak a felfogása (kereszténység) és a gyógyításnak mint tudományos felfogáson alapuló szolgáltatásnak (hippokrátészi iskola) az értelmezése lesz a döntő választóvonal.

### **Zsidó hagyomány: „az élet védelme”**

A kora középkorban a zsidó (és arab) orvoslással együtt az azt megalapozó szellemiség is eljutott Európába és - részben a keresztény valláshoz kapcsolódva, részben önálló gondolataival - beépült az európai tradícióba. A zsidó vallás által képviselt erkölcsi álláspont étellel, halállal, betegséggel, egészséggel kapcsolatban, a Bibliában gyökerezik és beágyazódik a törvényekbe. Míg a hippokrátészi etikában a „beteg üdve” a legfőbb alapelv, addig a zsidó hagyományban az „élet védelme” a fő gondolat. Az élet védelme mind az orvosnak, mind a páciensnek szent kötelessége. Az emberi élet szentségének és méltóságának elve a kiindulópont az egészség megtartásának parancsában is. A gyógyítás kötelezettségét - érdekes módon - mégsem az „élet védelmének” az alapelvéből, hanem a felebaráti szeretet parancsából vezetik le.<sup>(70)(71)</sup>

---

<sup>68</sup> Labisch, A., Paul, N.: Ärztliche Gelöbnisse. In: Korff, Beck, Mikat (eds.) Lexikon der Bioethik. Band 1. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 249-255.o.

<sup>69</sup> Bergdolt, K., Honnefelder, L., Fuchs, M., Engelhardt, D. von: Medizinische Ethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P. (eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 647-662.o.

<sup>70</sup> Manz, H.G. von: Typen medizinischer Ethik. In: Amelung, E. (ed): Ethisches Denken in der Medizin. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 1992. 81.o.

<sup>71</sup> Steinberg, A.: Medical ethics in an interreligious comparison: Judaism. In: Ethik in der Medizin (1998)10:S112-S115

A középkori *egyetemi orvoscépzés* nyomán megnő a világi orvosok száma, a szerzetesi gyógyítás pedig - az egyházi tilalmak hatására - háttérbe szorul. A világi orvoscépzés az antik - tehát keresztény nézőpontból pogány - szerzők (görög, római, arab) folyamatos és bővülő recepcióját is magával hozza. Mindezek következményeként érzékelhetően visszaszorul az orvosi etika keresztény aspektusa. Ezt érzékelteti a korabeli vád is: „Ahol három orvos van, ott kettő hitetlen”. („Ubi tres medici, dou athei”) (72)

A fennmaradt középkori dokumentumokból nagyon nehéz egyfajta korabeli „*orvosi deontológiát*” rekonstruálni. A valláserkölcshatárcsai és tiltásai összeszövődtek az orvosi kötelességekkel és tiltásokkal. Nyilvánvaló volt, hogy amit a vallás előírásai alapján bűnnek tekintettek, azt az orvosok sem tehették meg. Így például az abortusz és az abban való közreműködés az egész középkor folyamán gyilkosságnak számított ( bár ez nem annyira az orvosokat mint inkább a bábákat érintő kérdés volt). A vallás és a szakmai erkölcs szoros összefonódására jó példák a gyóntató kézikönyvek és az ún. „gyónási tükrök”. Ezek aprólékos gonddal alkalmazkodtak a különböző társadalmi csoportok sajátos tevékenységeihez, a gyónást és a vezeklést is foglalkozási kategóriák szerint szabályozták. A korabeli „gyónási tükrök” szerint bűn egy orvosnak ismeretlen kimenetelű kísérletet végezni a páciensén; hibás, rossz terápiát elrendelni; a betegséget meghosszabbítani nagyobb fizetség érdekében. (73)

A középkorból ránk maradt írások alapján nem annyira a pozitív módon kifejtett kötelességek és normák a jellemzők, hanem inkább a tiltások, a „mit ne tegyen az orvos” felsorolása. Eszerint haszontalan, hiábavaló kezelésért ne kérjen pénzt az orvos, ne hagyja a beteg állapotának rosszabbodását azért, hogy majd az ő gyógyításának értéke nagyobb legyen. Továbbá ne illesse vágyakozó, sóvár tekintettel sem a páciens feleségét, sem lányát, hogy a beteg bizalmát ezzel ne csökkentse.

Rengeteg utalás található a *honoráriumokra* vonatkozóan, ami, érthetően, lényegi kérdés volt a hivatásából megélni kívánó orvosnak. Voltak, akik a magas, nagy összegű honorárium mellett érveltek, mondván, az összeg nagysága következtetni enged az orvos kompetenciájára. A honoráriumok vagy „salláriumok” kérdése azonban nemcsak egzisztenciális problémát jelentett, hanem egy hivatásetikai feszültséget is nyilvánvalóvá tett: az önérdék (pénzkereset) és az (erkölcsileg kötelező) altruizmus közötti ellentmondást „becsempészte az orvosi etika szívébe”.

Különösen nagy szakmai és erkölcsi kihívás elé állították az orvosokat a *középkor pusztító járványai*. Mint valláserkölcshi probléma merült fel, hogy vajon az orvos szembeszállhat-e egy isteni büntetés (a pestis) következményeivel? Komoly orvósetikai

---

<sup>72</sup> Bergdolt, K., Honnefelder, L., Fuchs, M., Engelhardt, D. von: Medizinische Ethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P. (eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 647-662.o.

<sup>73</sup> Le Goff, J.: Az értelmiség a középkorban. Magvető kiadó, Budapest 1979. 116.o.

dilemma volt, hogy az orvos egy páciensért kockáztassa-e az életét, annak tudatában, hogy az ő halálával sokan mások maradnak orvosi segítség nélkül? Több olyan orvos is volt (de Vinario, de Chauliac (1348), Sydenha (1666), akik nem találtak semmi kivétlivalót abban, ha az orvos elmenekül a halálos járvány elől. Ugyanakkor a XIV. századból származó orvosi kollégiumi esküszöveg kárhóztatja, ha egy orvos megszökik a pestis elől. Valószínűleg a középutat jelenti a két álláspont között Jacobi „Minimaletos” című munkájának (1370) vonatkozó része, miszerint az orvos kötelessége, hogy mindenkor segítsen a pestises betegeken, de közben minden lehetséges óvatossági előírást és rendszabályt tartson be. A magát nem kímélő orvos eltúlzott tenni akarása ilyen járványok esetén nem hiteles, sőt felkelti a pénzsóvárság gyanúját. <sup>(74)</sup>

A *reneszánsz* időszakának orvosi etikája sok kérdésben még követi a középkori felfogást. Az abortusz és a fogamzásgátlás bűnnek számítottak, bár ezzel már nem minden orvos értett egyet, mint ahogy megoszlottak a vélemények abban a kérdésben is, hogy kilátástalan szülés esetén az anya vagy a magzat élete az elsődleges. A reneszánsz filozófusai (T. Morus, F. Bacon) óvatosan bár, de az euthanázia elfogadhatósága mellett érvelnek bizonyos esetekben.

Az ekkor íródó orvosi könyvek bevezetőjében rendre megjelenik a „jó orvos” leírása; karakterjegyei a hippokratészi, a galenusi és a keresztény tradíciót ötvözik. Emellett azonban megjelenik egy új elem: a *szakmai kompetencia* mint az orvos fontos jellemvonása. A honoráriumok kérdése továbbra is az orvosi etika egyik lényeges pontja marad.

1459-ben jelenik meg Páduában de Zerbi „De Cautelis Medicorum” című könyve, amelyet az első szisztematikus medicinális etikának tartanak. Zerbi professzor leírja a páciensekkel és a kollégákkal való viselkedés szabályait, útmutatást ad a honoráriumokkal kapcsolatban. Az orvosok hivatását a lelkészekéhez hasonlítja (isten hatalmat kaptak a gyógyításra; a betegek feltárják előttük lelküket, hogy testük meggyógyuljon), akiknek élete is a lelkészekéhez hasonló kell, hogy legyen. Zerbi etikája – egyik méltatója szerint – az orvosi hivatás önszabályozásának egyik legelső kifejeződése.

A reneszánsz kor nagy alakjának, *Paracelsusnak* (1493-1541) a felfogásában az etika már meghatározó helyet foglal el a medicina felépítésében. Véleménye szerint az orvoslásnak négy oszlopa van: a filozófia, az asztronómia, az alkímia és az erény. Az orvos erényessége „önálló oszlopként”, azaz lényegi alkotóelemként jelenik meg. Az erényes orvos tulajdonságai közé tartoznak: szeretet, jó hit, igazságosság, hűség, tapasztalat, jó

---

<sup>74</sup> Bergdolt, K., Honnefelder, L., Fuchs, M., Engelhardt, D. von: Medizinische Ethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P. (eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 647-662.o.

beszédkészség. Az igazi orvos emberszeretetből és könyörületességből („caritas” és „misericordia”) gyógyít. Híres mondása: „Ahol nincs meg a beteg iránti szeretet, ott hiányzik az orvoslás művészete”

A *szifilisz* európai felbukkanásával a gyakorlati, járványügyi és prevenció problémákon túl megint egy erkölcsi kérdés foglalkoztatja az orvosokat, de velük együtt a teológusokat és laikusokat is: lehet-e, szabad-e „isten büntetése” ellen küzdeni? Még tovább menve: az orvos csak tegye a kötelességét, azaz gyógyítson, vagy moralizáljon is; azaz a fenti kérdés értelmében foglalkozzon hivatása morálteológiai problémáival is? <sup>(75)</sup>

### ***Protestáns vallásos hagyomány: „felebaráti szeretet”***

A középkori reformációs mozgalmak, a klasszikus keresztény vallásosság mellett, széles körben elterjesztették Luther és Kálvin tanait is. A Biblia szövegeinek protestáns szellemű értelmezése szerint „az emberi élet a bűn és a kegyelem feszültségében” áll. Az élet nem abszolút érték, Isten rendelkezik vele, ő határozza meg a kezdetét és a végét is. Az ember feladata, hogy tisztelje, becsülje és védje az életet. Nagyon mélyre nyúló alap gondolat a protestáns hagyományban a „felebaráti szeretet”. A megélt és magatartásban, cselekedetekben megvalósított felebaráti szeretet gondolata az Újszövetség értelmében tételeződik. Maga a medicina is eszköz a felebarátnak való szolgálatban, a felebaráti szeretet kinyilvánításában. A „hivatás” fogalmának protestáns értelmezése szerint a hivatáson keresztül maga Isten tevékenykedik a világban, s ez érvényes az orvosi hivatásra is. <sup>(76)(77)</sup>

A *felvilágosodás* eszméi a XVIII. századi orvostikai felfogásokat sem hagyják érintetlenül. Erősen él még a keresztény típusú „charitas - orvoslás” gondolata, de a medicinában is egyre inkább tért hódítanak új felismerések. A szociális helyzet és az egészségi állapot közötti összefüggést felismerve filozófusok, orvosok fogalmazzák meg az állam kötelességeit az egészségügyi ellátás terén.

Ebben a században az orvosi hivatásnak egy újabb aspektusa válik hangsúlyossá: *az orvoslás és orvos szerepe a társadalomban és az orvos kötelességei a közösséggel szemben*. A tudományok fejlődése, valamint a megállíthatatlan haladás és a társadalom tökéletesedésének gondolata az orvoslást központi szereppel ruházta fel a jövőben megoldandó feladatok terén. Ez a feladat pedig az ideális egyéni és társadalmi állapot

---

<sup>75</sup> Jonsen, A.R.: A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press, New York Oxford 2000. 44-50.o.

<sup>76</sup> Manz, H.G. von: Typen medizinischer Ethik. In: Amelung, E (ed.): Ethisches Denken in der Medizin. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 1992. 85-86.o.

<sup>77</sup> Autiero, A.: Religionen und medizinische Ethik. 2. Christentum. In: Eser, A., Lutterotti, M.von, Sporken, P.: (eds): Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Herder Verlag, Freiburg Basel Wien 1989. 909 -915.o.

elérése. A természetet és az emberi testet már nem mechanikaként, hanem biológiként értelmezték. A betegség természeti jelenség (elveszíti spirituális jelentését és jelentőségét), amely megfeythető és – ha nem is minden egyes esetében, de tendenciájában és egészében – uralható, azaz: gyógyítható. Mindehhez járult még a medicina erősödő állami kontrollja, ami a XVIII. és XIX. században minden országban nyomon követhető.

Az *orvosi etika* eddigi szempontjai egy újabbal bővültek: orvos és páciens (családtagok), orvos és orvos közötti kapcsolatok, amelyek addig az etikai megfontolások lényegét alkották, most kiegészülnek *az orvos és a társadalom* viszonyának erkölcsi kérdéseivel. Ez pedig alapvetően új nézőpontot hoz be az orvosi etikába. Bár sem az ókorban, sem a középkorban nem volt kérdéses, hogy az orvosnak kötelezettségei vannak a közösséggel szemben is (polisz, város közegészségügye, járványok, stb) az orvosi etika alapvetően egyes emberek, individuumok közötti kapcsolatokat szabályozott, mind orvos és beteg, orvos és családtag, mind orvos és kollégái közötti viszony formájában. A XVIII., és még inkább a XIX., századtól kezdve azonban erkölcsi problémaként, és ezzel erkölcsileg szabályozandó kérdésként, jelenik meg az orvosi rend és a társadalom kapcsolata, valamint az orvos (mint hivatásának képviselője) és a társadalom közötti viszony. Hoffmann hallei professzor 1749-ben publikált „Medicus Politicus” c. könyve ezeknek a gondolatoknak egyik első megfogalmazása. Az orvosi erények taglalásával – melyek között első helyre az okosságot (prudence) helyezi – folytatja is az erényetikák tradícióját.<sup>(78)</sup>

Az *orvos kötelességei és erényei* továbbra is centrális témái az orvosi etikáknak és az orvosi esküknek. Gregory 1772-ben megjelent művében („Lectures on the duties and qualifications of a physician”) az orvosi mesterség céljaként és egyben az orvos kötelességeként határozta meg az egészség megőrzését, az élet meghosszabbítását és a betegségek gyógyítását. A hagyományos erényetikák hatása még elevenen érezhető, amikor Gregory az orvosi erényeket sorolja fel: „emberiesség, türelem, figyelmesség, diszkréció, titoktartás, becsületesség, mértékletesség, józanság, együttérzés.”<sup>(79)</sup> Erénynek számított a privát érdekek alárendelése az orvoslás követelményeinek, pl. járványok fellépése esetén a helyszínen való maradás. Megmaradt az orvoslásnak mint jótékonyiságnak, mint a tevőleges felebaráti szeretetnek a kinyilvánítása is: az ingyenes szegényrendelések erkölcsi kötelességének formájában.

---

<sup>78</sup> Labisch, A., Paul, N.: Ärztliche Gelöbnisse. In: Korff, Beck, Mikat (eds.) Lexikon der Bioethik. Band 1. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 249-255.o.

<sup>79</sup> Bergdolt, K., Honnefelder, L., Fuchs, M., Engelhardt, D. von: Medizinische Ethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P. (eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 647-662.o.

### ***A felvilágosodás szociáletikája: „önrendelkezés és emberi jogok”***

A felvilágosodás filozófiai áramlata, az ész trónra emelésével, az emberi értelem mindenhatóságának hirdetésével, megrendíti a vallásos tradíciókat. A hippokratészi hagyomány és a különböző vallási megalapozású etikai gondolatok mellett a harmadik nagy pillére a tradicionális orvosi etikának, amelyik ugyanakkor már utat nyit a modern bioetikai felfogás felé is.

I. Kant „az emberi méltóság” eszméjének kidolgozásával mintegy összefoglalja a több évszázados vallásos hagyomány egyik alapgondolatát, ugyanakkor el is szakítja a vallástól és egy szekularizált etika kiindulópontjává teszi. Az emberi méltóság (Menschenwürde) eszméje Kantnál nem az „ember Isten képmása” tanításán, hanem az autonómia gondolatán nyugszik. „Autonómia” alatt Kant az akarat önmeghatározását, az akaratnak egyedül és kizárólag az ész általi meghatározását érti. Ha az akaratot tőle idegen tényezők határozzák meg, pl. érzelmek, érzéki szükségletek, akkor már külsőleg befolyásolt, azaz „heteronóm” lesz. Mivel az ész, az értelem a kanti filozófia szerint univerzális, azaz minden ember számára adott, az autonómia is minden embert megillet. A kategorikus imperatívusz a kanti etika tömör összefoglalását adja „Cselekedj úgy, hogy akaratod maximája mind enkor egyszersmind általános törvényhozás elveként érvényesülhessen”<sup>(80)</sup> Kant autonómia elve tehát az önmagának törvényt adó, szabad erkölcsi személy függetlenségét és méltóságát hangsúlyozza. Ezt megerősíti az embert mindig célnak és sohasem pusztán eszköznek tekintő erkölcsi imperatívuszával.

A különböző **társadalmi szerződés elméletek** (Hobbes, Locke, Rousseau), az állampolgárok jogainak kimondásával, az önrendelkezési jog mint alapvető emberi jog törvénybe iktatásához teremtették meg az alapot. Ez a XX. század második felében talál majd utat az egészségügy és orvoslás területeire. A szabadságjogok mellett az igények jogait is megalapozza, így pl. az egészségügyi ellátáshoz, az esélyegyenlőséghez, a javak igazságos elosztásához való jogot.<sup>(81)</sup>

A **XIX. század** hatalmas tudományos valamint technikai és technológiai fejlődése, párosulva a medicina társadalmi küldetésének eszméjével és az ebből fakadó etikai kihívásokkal, azt eredményezték, hogy jelentősen **nőtt az orvosi etikával foglalkozó írások, kiadványok száma**. Sor került az első nemzetközi orvosetikai kongresszusra is, amelyet 1900-ban rendeztek meg, Párizsban. Európában orvosetikai könyvek sora jelenik meg: von Hufeland „Enchiridium Medicum” (1836), Porter „Medical science and ethics” (1837), Cruveilhiers „Des devoirs et de la moralité du médecin” (1837), Banks „Medical etiquette” (1839), Simons „Déontologie médicale” (1845), Pa gels „Medizinische

<sup>80</sup> Kant, I.: A gyakorlati ész kritikája Budapest, Gondolat 1991.138.o.

<sup>81</sup> Korff, W.: Sozialethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon der Bioethik. Band 3. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 377-388.o.

Deontologie”(1897), Ziemssen „Die Ethik des Arztes als medicinischer Lehrgegenstand” (1899).<sup>(82)</sup><sup>(83)</sup>

Ezek a művek összességükben az európai, vagyis a hippokratészi és a keresztény hagyományra támaszkodva próbálnak meg válaszolni a kor változásaiból adódó kihívásokra. Simon véleménye szerint az orvoslás „a felebaráti szeretet egyik ága”. Az ő könyve - „Déontologie médicale”, 1845. - az első, amelyik összeköti a medicinát a deontológiával. A „deontológia” fogalmát, „kötelességtan” értelemben használja. Jelentése: „olyan tulajdonságok és szabályok”, „amelyek lehetővé teszik az orvosnak a beteggel szemben tanúsított helyes bánásmódját” és ezeknek a hivatásbeli kötelességek között az első helyen kell állniuk. A deontológia fogalma átment más nyelvekbe is. A korabeli német értelmezés szerint a deontológia „az orvosok egymás közötti magatartásának szabályozása”.<sup>(84)</sup>

Más úton jár ebben az időben az *angolszász orvoslás és orvosi etika*. A XVIII. század Angliájának orvos-ideálja a „képzett gentleman” volt; megfelelő egyetemi végzettséggel rendelkezett és viselkedésében, magatartásában megfelelt egy gentlemannel szemben támasztott követelményeknek. A gyakorlat azonban nem mindenben egyezett meg az ideállal: az orvosokat nemcsak szakmai, hanem vallási és politikai különbségek is megosztották, a riválisok kompetenciájának és jellemének kétségbe vonása, sőt rossz hírük keltése nem volt ritka dolog.<sup>(85)</sup>

1718 és 1750 között különböző angol városokban 17 *közkórházat* alapítottak, általában a szegényebb néprétegek számára. Ezekbe a kórházakba olyan orvosokat (és ápolókat) kerestek, akik szakmailag, vallás ilag és politikailag megfelelték az elvárásoknak. A kórházakban – már csak a gördülékeny munka érdekében is - nemcsak a betegekkel és hozzátartozókkal, hanem a többi orvossal, a gyógyszerészekkel és az ápolókkal is megfelelő kapcsolatokat kellett kialakítani. A Manchester Infirmary felügyelői arra kérték Dr. Percivalt, a neves orvost, hogy dolgozzon ki egy tervezetet a professzionális viselkedés alapelveire vonatkozóan. Percival műve („Medical Ethics; or, A Code of Institutes and Percepts Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons”) négy fejezetre oszlik: 1. A kórházra vonatkozó kötelességek; 2. Hivatásbeli viselkedés a privát praxisban; 3. Gyógyszerészekhez való viszony; 4. Kötelességek a jogot illetően. Mindezen kötelességek és normák alapja, Percival elképzelése szerint, a „gentleman” -hez méltó morál, amelynek át kell hatnia az orvos egész kapcsolatrendszerét.

---

<sup>82</sup> Bergdolt, K., Honnefelder, L., Fuchs, M., Engelhardt, D. von: Medizinische Ethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P. (eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 647-662.o.

<sup>83</sup> Engelhardt, D. von: Zur Systematik und Geschichte der Medizinischen Ethik. In: Engelhardt, D. von: (ed.) Ethik im Alltag der Medizin. Birkhäuser Verlag, Basel/Boston/Berlin 1997. 11-12.o.

<sup>84</sup> Heister, E.: Ethik in der ärztlichen Ausbildung. Freiburg Brsg. 1990. 8.o.

<sup>85</sup> Jonsen, A.R.: A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press, New York Oxford 2000. 57.o.



Percival műve orvos és páciens, orvos és társadalom kapcsolatát kölcsönös jogok és kötelességek viszonyrendszereként írja le, s ezzel inkább a felvilágosodás szerződés-elméleteire támaszkodik, semmint a keresztény hagyományra. Bár etikája magába olvasztja a hippokratészi tradíciót, „érveléseivel egy olyan ideált képvisel, amely messze túlmutat a keresztény szellemben átértelmezett hippokratészi etika individuális kapcsolatrendszerén. Ezzel Percival műve jó példája az osztársadalmi orientációjú, szekularizált értékrendszerek felé mutató átmenetnek.”<sup>(86)</sup>

Jonsen értékelése szerint Percival *egy új orvosi környezet* számára állította össze etikáját, mégpedig a XVIII. századi városi kórházi viszonyokra, ahol több szakember munkálkodott a páciensek gyógyulásán, s ezek a páciensek általában több tekintetben is szükségét szenvedtek és orvosaiknál és patrónusaiknál alacsonyabb társadalmi osztályokból kerültek ki. Az orvosok tevékenysége egy komplex szociális rendszer kereteibe illeszkedett be és az új kihívásoknak is meg kellett felelnie. Nagyon fontos volt ezek között a társadalom iránti elkötelezettség valamint a társadalom bizalmának elnyerése és megtartása.

Percival erkölcsi nézetei *döntő hatást* gyakoroltak az angolszász orvosi etika fejlődésére. Az Amerikai Orvosok Szövetsége (American Medical Association) 1847-ben megjelenteti a Percival etikai nézeteire alapozott, de azt több ponton lényegesen módosító saját kódexét, „Code of Ethics” címmel. Az átdolgozott változat a következő témákkal foglalkozik: a.) az orvos kötelességei a páciensekkel szemben és a páciens kötelességei az orvossal szemben; b.) az orvosok kötelességei egymással és a professzióval szemben c.) a medicina kötelességei a társadalommal, és a társadalom kötelességei a medicinával szemben.

A kódexhez írt bevezetőjében és kommentárjában Dr. Bell kifejti, hogy „az orvosi etikának, mint az általános etika egy ágának, a hit és a moralitás bázisán kell nyugodnia. Ezek magukban foglalják nemcsak az orvos kötelességeit, hanem jogait is.” Majd hozzáfűzi: minden kötelesség implikál egy (neki) megfelelő jogot is, a jogok és kötelességek kölcsönös viszonyrendszerben állnak. Ezzel a módosítással az orvosi etika egy, az amerikai felfogásnak és politikai elképzelésnek megfelelő értelmezést kap: *olyan szerződés, amelyben mindegyik szerződő felet – orvos, páciens, társadalom – kölcsönös jogok és kötelességek illetik meg.* Mint Jonsen megjegyzi: érdekes elmélet, csak van egy bökkenője: kizárólag orvosok írták a szerződést.<sup>(87)</sup>

---

<sup>86</sup> Labisch, A., Paul, N.: Ärztliche Gelöbnisse. In: Korrf, Beck, Mikat (eds.) Lexikon der Bioethik. Band 1. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 249-255.o.

<sup>87</sup> Jonsen, A.R.: A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press, New York Oxford 2000. 59-70.o.

Az a *különbség* tehát, amely az angolszász és a kontinentális etika között a XX. század második felében és napjainkban – bizonyos kérdésekben élesen, másokban kevésbé élesen – megmutatkozik, a XIX. századra datálható eltérésekben gyökerezik. Az európai orvosi etika folytatja a keresztényi szellemben értelmezett hippokratészi etika recepcióját, amely az orvoslást alapvetően karitatív indíttatású szolgálatként értelmezi. Az angolszász orvosi etika, Percival nyomán, inkább társadalom -orientált és az orvos jogait és kötelességeit egyfajta „szociális szerződés” keretein belül értelmezi.

A XIX. században az *amerikai orvosok* többször is kerülhettek olyan helyzetbe, amikor etikai elveiket a gyakorlattal ütköztethették. Ilyen viták voltak például a nemi és faji diszkriminációról (nők és színes bőrű orvosok mint egyenrangúak elismerése), az orvosi morál és a vallás kapcsolatáról, az abortuszról és az anesztézia - pontosabban az altatásban elvégzett beavatkozások – morális elfogadhatóságáról. Ez utóbbi vita azután kiterjedt olyan kérdésekre is, mint a fájdalom és szenvedés szerepe, a fájdalomcsillapítás jogossága, végeredményben pedig az orvosi beavatkozások „árának” problémája. Kell-e, lehetséges-e mindenáron harcolni az életért, akkor is, ha csak sok szenvedés és fájdalom árán menthető meg?

Ily módon a vita már *két alapvető etikai nézet* és érvelésmód ütköztetésére is módot adott. A deontológiai hivatásbeli tradíció a „heroikus professzionalizmus” -nak kedvezett, mert az élet bármilyen áron való megtartását írta elő az orvosoknak, mint morális parancsot. Az utilitarista kalkulus azonban már az ártalom és a várható eredmény közötti arányt is figyelembe veszi. Pernick orvostörténész szerint az anesztézia vita tulajdonképpen forradalmi fordulat volt az orvosi moralitásban: elfordította az orvosokat a tisztán metafizikus és teológiai megfontolásoktól és az abszolút morális elkötelezettségtől és figyelmüket a kockázat és a jótékonyág racionális számba vételére irányította. <sup>(88)</sup>

Az 1900-as évek elején Németországban is kibontakozott egy - bizonyos mértékig nemzetközi - *vita az orvosi etika* lényegbe vágó *kérdéséről*. <sup>(89)</sup> A disputa arról folyt, hogy külön stúdium keretében oktassák-e az orvosi etikát az egyetemeken vagy pedig a betegség mellett, a professzor személyes példamutatása legyen erkölcsileg irányadó a jövőbeni orvosok számára. Mindkét álláspontnak voltak nagy tudású, jó hírű orvos képviselői, mindkét álláspontot okos érvekkel támasztották alá. A vita háttérében egy legalább ennyire fontos, de látens probléma húzódott meg. Egyik oldalon álltak azok, akik az orvoslást, a gyógyítást magas technikai fokon művelt, tisztán természettudományos diszciplínának tekintették, amelyben az etikának mint külön tantárgynak nincs helye; a másik oldalon pedig azok, akik a természettudományos irányultság mellett, a medicina semmi mással nem helyettesíthető humán dimenzióját hangsúlyozták.

---

<sup>88</sup> Jonsen, A.R.: A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press, New York Oxford 2000. 82-83.o.

<sup>89</sup> Heister, E.: Ethik in der ärztlichen Ausbildung. Freiburg Brsg. 1990. 15-21.o.

A XIX. században a következő általános vonások jellemzők a *medicinális etikára*: korlátozott tájékoztatási kötelezettség, korlátlan titoktartási kötelezettség, az eutanáza tilalma, az orvos kötelezettség vállalása nemcsak az egyes páciensért, hanem a társadalom érdekeiért is, a beteg betegséggé történő redukálása, a betegség és a terápia pozitivista felfogása, távolságtartás a vallással és a filozófiával szemben.

A XX. század első felét tekintve lényegében még érvényesek a fenti megállapítások. Az európai orvoslásban még általános a hippokratészi tradícióra való hivatkozás, még töretlen a hit, hogy néhány általánosan ismert és elfogadott etikai alapelv és a betegágy mellett, az idősebb professzoroktól elsajátított erkölcsös viselkedés elegendő egy orvos számára ahhoz, hogy hivatását etikusan gyakorolja. 1947-ben, a nürnbergi orvosperben azonban „kiderült, hogy lehetetlen ítélni egy általánosan érvényes orvosi normarendszer alapján. A sokat idézett hippokratészi eskü ebben az összefüggésben használhatatlan kiindulópontnak bizonyult.”<sup>(90)</sup>

## ÖSSZEGRZÉS

Az orvosi hivatásetika két és félezer éves fejlődésében tematikai bővülést és koncepcionális változást figyelhetünk meg. Láthattuk, hogy az általában egységesnek és homogénnek tekintett európai tradícióban három nagy áramlat sűrűsödött össze az évszázadok folyamán: a hippokratészi hagyomány, a vallásos megalapozású erkölcsi normák és a felvilágosodás emberi jogi eszméi.

A hippokratészi és a felvilágosodás kori tradíció szekularizált, tehát világi és nem vallási alapon nyugszik. A gyógyítást egyenrangú felek szerződéséként értelmezi, nem mellőzve annak „segítő” attitűdjét. A vallásos hagyományok az orvosi és ápolói tevékenységet egy átfogó, az Istent középpontba helyező összefüggésben értelmezik, amelyben a „szolgáló szeretet” a legfontosabb eszme.

Bár az orvosi etikát széles körben a hippokratészi életműre alapozottnak tekintették és tekintik ma is, láthattuk, hogy annak bizonyos elemeit nem vitte tovább az évszázados hagyomány. Szolgáltatói etikai jellege szinte teljesen háttérbe szorult, s helyére a keresztény felfogásban gyökerező, az önfeláldozásig menően önzetlen, betegeinek szolgáló orvos ideálképe lépett. Ily módon a vallásos hagyomány öröksége „a gyógyítás mint szolgálat” (mint a felebarát, az embertárs szolgálata) felfogása, szemben az eredeti hippokratészi „szolgáltatás” felfogással.

---

<sup>90</sup> Schott, H.: A medicina krónikája. Officina Nova, 1993. 341.o.

Az élet tiszteletének elve, amely benne van a hippokratészi hagyományban, sokszoros megerősítést kap az összes vallásos tradíciótól, (miközben alapja átértelmeződik: az élet szent, mert Istentől van). A paternalista orvos - beteg viszonyt nem támasztják alá a vallások. Sem a zsidó, sem a keresztény, sem a protestáns hagyományban nem illeti meg az orvost, hivatása alapján, nagyobb etikai kompetencia, mint bárki mást, pl. a vallási vezetőt.

Némileg egyszerűsítve a dolgot azt mondhatjuk, hogy a hippokratészi eskü alapvető erkölcsi normái (ne árts, segíts, titoktartás) egy eredendően vallásos megalapozású, karitatív indíttatású egészségügyi szolgálat eszmeiségébe épülnek be, s tulajdonképpen e kettő együtt válik az európai orvoslási hagyománnyá.

A felvilágosodás tradíciója eloldja a vallástól az etikát és megteremt az alapot a betegek jogainak megfogalmazásához. A tradíció végig az orvos kötelességeit és jogait hangsúlyozta, főként orvosi eskük és kódexek formájában, s ezzel állnak szemben a betegek jogait felvonultató modern törvények és charták. Az önrendelkezési jog, a páciensautómia gondolata alapvetően idegen a hippokratészi tradíciótól, s nem csoda, hogy nehezebben tör utat magának a kontinentális orvoslásban, mint pl. az USA-ban.

A XVIII. században az orvosi hivatásnak egy újabb aspektusa válik hangsúlyossá: az orvoslás és orvos szerepe a társadalomban és az orvos kötelességei a közösséggel szemben. Erkölcsi problémaként, és ezzel erkölcsileg szabályozandó kérdésként, jelenik meg az orvosi rend és a társadalom kapcsolata, valamint az orvos (mint hivatásának képviselője) és a társadalom közötti viszony, s ez nem csak tematikai bővülést jelent a hagyományos orvosi etikákban, hanem alapvető szemléletváltást is.

1947-ben, a nürnbergi perben lett először nyilvánvalóvá a hippokratészi eskü elégtelensége, sőt használhatatlansága. A XX. században - főként annak második felében - olyan mélyreható változások mentek végbe a medicinát körülvevő társadalmi térben és magában a medicinában is, amelyeknek a tradícióra alapozott orvosi etika már nem tudott megfelelni. Ugyanaz a szituáció lépett fel, mint Arisztotelész idejében: a tradíció megrendült, szükségessé vált az erkölcs és morál racionális megalapozása. Ennek a racionális megalapozásnak az igénye vezetett a filozófiai etikákhoz való forduláshoz, s ezzel párhuzamosan egy gyakorlati vagyis alkalmazott medicinális etika kidolgozásához, azaz: a bioetika létrejöttéhez.

### III. 2.3. A hagyományos orvosi etikától a bioetikáig

A XX. század közepén az orvosi etika betöltötte azt a szerepet, amit a hivatás elvárt tőle: egyszerű és világos alapelveket és normákat fogalmazott meg, amelyek követhetők voltak és eligazították az orvost mindennapi munkájában. Az orvosi hivatás is betöltötte azt a szerepet, amit a társadalom elvárt tőle: ügyelt a társadalom jóllétére és egészségére, cserébe szilárd státuszt és általános elismertséget élvezett. Az orvos gyógyította a beteget, csillapította a szenvedést, szorgalmazta a prevenciót és még a közéletben is szerepet vállalt. Szakmailag kompetens volt, erkölcsileg megbízható, emberi tulajdonságai kiválóak. A leendő orvosok etikai „oktatása” a betegágy mellett történt; professzoraik nemcsak szakmai, hanem erkölcsi példaképül is szolgáltak számukra.

Ez az idillinek tűnő - bár a lényegét tekintve valószínűleg helytálló - kép bontakozik ki mind Európában, mind Amerikában azokból a leírásokból és visszaemlékezésekből, amelyek a bioetika megszületése előtti évtizedekről tudósítanak. Ebbe az orvos, társadalom és egyén többé-kevésbé harmonikus viszonyát tükröző, békés állapotba robbannak bele olyan események, amelyek felborítják a kialakult rendet, mert sokkoló történésekkel és a történések mögött felmerülő új és nyugtalanító kérdésekkel az általános konszenzuson nyugvó erkölcsi normák érvényességét is kétségbe vonják. A kérdések és a válaszok nemcsak egyes orvosokat és egyes pácienseket érintenek, hanem az egész orvosi hivatást, magát a medicinát, sőt az egész társadalmat.

A **bioetika** mint tudományos diszciplína az Amerikai Egyesült Államokban alakult ki. „Születésnapja” nem köthető egyetlen dátumhoz, különböző országokban egymást követő orvostudományi – és az USA-ban részben társadalmi – fejlemények sora vezetett az új típusú etikai szemléletmód kialakulásához. Ha **előzményeit** vizsgáljuk, feltétlenül meg kell említenünk Cabot és Fletcher nevét.

Cabot (1868 – 1939) hangsúlyozta, hogy **a pácienseket fel kell világosítani** betegségükről és gyógykezelésükről és hogy nem szabad őket oktatási célból kihasználni. Állást foglalt az évtizedek óta húzódozó „hazugság vagy igazság” kérdésben is, vagyis: szabad-e a betegekkel „kegyes hazugságokat” elhitetni? Cabot amellett érvelt, hogy a betegnek mindent őszintén el kell mondani a diagnózisról, a prognózisról és a kezelésről. (1927-ben Collins még erőteljesen érvel a „finoman művelt hazugságok” mellett.)

Fletcher, aki morálteológusból az orvosi etika professzora lett, azon az állásponton volt, hogy az etikával foglalkozó szakemberek, a moralisták, elhanyagolták a medicina erkölcsi kérdéseit. Fletcher a szokásos témákkal foglalkozott (fogamzásgátlás, sterilizáció,

eutanázia), de felfogása forradalmian új volt: véleménye szerint ezekben a kérdésekben **a páciens** illeti meg a döntés joga. Nem az orvos és nem is az egyház az, aki a beteg teste felett rendelkezik, hanem maga a beteg. Mintegy 20 évvel később éppen ezen gondolat – a páciens autonómiája – köré épült fel a bioetika új koncepciója. <sup>(91)</sup>

A negyvenes - ötvenes évektől azután felgyorsultak az események. <sup>(92)</sup>

**1947. augusztus: a nürnbergi per.** A náci orvosok embertelen kísérleteit vizsgáló és elítélő per pozitív következménye volt a "Nürnbergi Kódex" megszületése. Az embereken végzett kísérletek szabályozásán túl az adja a jelentőségét, hogy tudatosan átlépi illetve átértékeli a hagyományos „ne árts!” elvet, s ezzel az első lépést teszi a hippokratészi etikától való eltávolodásban.

**1954. december 23.** Bostonban végrehajtják az **első veseátültetést**, ahol a donor és a recipiens egypetéjű ikerpár. Az első sikeres transzplantáció orvosok és betegek régi álmát váltotta valóra, ugyanakkor jogi és erkölcsi kérdések sokaságát vetette fel: kinek joga és kinek kötelessége szervet adományozni? Megcsönkíthatja-e tudatosan önmagát bárki is? Stb.

**1960. március 9: az első vese dialízis.** A sikeres hemodialízis az életet jelentette a krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek számára, de egyben folyamatosan és élethosszig tartóan a géphez kötötte őket. Még nagyobb problémát jelentett, hogy a szűkös kapacitás miatt a nagyszámú páciensnek csak egy része jutott hozzá az életmentő kezeléshez. Konkrét, napi problémaként vetődött föl a kérdés: ki kapjon kezelést és ki ne azaz „ki éljen és ki haljon meg”? A pácienseket kiválasztó bizottságban nemcsak orvosok, hanem laikusok is helyet kaptak, s a bizottság az orvos -szakmai kritériumokon túl szociális és egyéni szempontokat is figyelembe vett (nem, életkor, házasság, jövedelem, iskolázottság, stb)

A seattle-i dialízis program az új orvosi technika és a hagyományos orvosi etika drámai találkozását jelentette. A társadalmat is, az orvosokat is sokkolta a szelekciós kényszer, a szó szerint életről és halálról való döntés kényszere. Az allokációs probléma mellett az orvosoknak szembe kellett nézniük azzal a kihívással is, amit a bizottság összetétele jeltett a számukra: a felelős döntés kikerült az orvosok kezéből, a kollektív döntésben laikusok is

---

<sup>91</sup> Jonsen, A.R.: A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press, New York Oxford 2000. 85-94.

<sup>92</sup> A felsorolt eseteket az alábbi két könyvből válogattam: Jonsen, A.R.: A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press, New York Oxford 2000. és Kovács József: A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Budapest 1997.

egyenrangú félként vettek részt. Az eljárást kísérő etikai vitákban pedig filozófusok és teológusok „merészkedtek” az addig kizárólagos orvosi felségterületre.

**1960. május: az első fogamzásgátló tablettá (Enovid) forgalomba hozatala.** A hatékony és könnyen elérhető szer megjelenése ismét felszínre hozott egy nagyon régi morálteológiai kérdést: szabad-e Isten akarata és a természet rendje, a szaporodás, ellen védekezni? A kérdést a vallásos Amerika nagyon is komolyan gondolta (már a XIX. században folytak erről hosszú viták) és végül „igen” válaszolta meg: három évvel később már 2 millió amerikai nő szedi „a pirulát”. Igaz, csak 1972 -ben döntött úgy a Legfelsőbb Bíróság, hogy a nem házások ugyanolyan joggal használhatják a fogamzásgátló tablettákat, mint a házások. A katolikus hívők számára az volt a kérdés, hogy a kémiai védekezés morálisan egyenrangú -e a fizikai védekezéssel? A társadalom többsége erkölcsileg elfogadhatónak és a nők számára nagy jótéteménynek ítélte a tablettás fogamzásgátlást és ekkor még csak kevesen vetettek komolyan számot azzal, hogy ez a módszer milyen forradalmi változásokat fog hozni az emberek szexuális és szociális életében.

**1967. december 3.** Fokváros: az *első szívátültetés*. Barnard professzor orvostörténeti jelentőségű műtéte addig precedens nélküli jogi és etikai problémát hozott magával: a halál definiálásának kérdését. Laikusokban és orvosokban egyaránt felmerült a kérdés, vajon élő vagy halott volt-e az az ember, akinek még dobogó szívét eltávolították és egy másik emberbe ültették? A halál beálltát mindaddig a jog és az orvosi etika is a szív megállásához (és a lélegzés megszűnéséhez) kötötte. A szívátültetések és a halottakból történő veseátültetések lehetősége szükségessé tették ennek a gyakorlatnak a felülvizsgálatát.

1968. augusztus 5. Megjelenik a Harvard Medical School ad hoc bizottságának definíciója az „agyhalál”ról. Céljuk az „irreverzibilis kómának” mint a halál új kritériumának definiálása volt. A szak értői bizottság értelmezése szerint nem csak az számít halottnak, akinek véglegesen leállt a szív működése és légzése, hanem az is, akinél az egész agy összes funkciója irreverzibilisen megszűnt.

**1972. július 26:** híradás a *Tuskegee – kísérletről*. A fekete férfiakon végzett szifilisz – kísérletet, miután nyilvánosságra került, egy ad hoc bizottság megvizsgálta és jelentésében „kezdetől fogva etikátlannak” nyilvánította. Hamarosan több, az 1960 -as években végzett etikátlan kísérletekről szóló híradás jelelt meg a médiában, s bár a közvélemény ezeket is mélyen elítélte, a társadalom lelkiismeretét igazán a Tuskegee -kísérlet ébresztette fel. Ott szegény, képzetlen, kiszolgáltatott négerekről volt szó s ez a tény aláhúzta a társadalmi

diszkrimináció elleni harc fontosságát. Az embereken végzett kísérletek erkölcsi oldala újra a nyilvánosság előterébe került.

**1973. január 22. „Roe versus Wade” eset.** Az USA Legfelsőbb Bírósága kihirdeti ítéletét a *Roe v. Wade* ügyben. Egy texasi hölgy fellebbezett a Dallas megyei államügyész(ség) által hozott határozat ellen, amely megtiltotta neki az abortuszt. A Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy az állami jog nem korlátozhatja egy nő azon jogát, hogy – orvosával egyetértésben – abortuszt végeztesen el a terhesség első trimeszterében. A bíróság megerősítette azt is, hogy a magzat nem személy, ugyanakkor nem foglalt állást „abban a nehéz kérdésben, hogy mikor kezdődik az élet”

A Legfelsőbb Bíróság döntése radikális fordulatot jelentett az USA törvénykezésében s abban az időben jelent meg, amikor a társadalom többsége is egy sokkal liberálisabb felfogást képviselt a művi terhesség megszakítás kérdésében. Ugyanakkor polgárok milliói egyet nem értésüknek is hangot adtak. Az élet kezdetének kérdése egy másik vonatkozásban is az érdeklődés homlokterébe került: a rohamosan fejlődő reprodukív technológia, amely végeredményben emberi embriókat „állított elő”, szintén felvetette az élet kezdetének és az emberi embrió morális státuszának problémáját. Ez a kérdés a formálódó bioetika egyik középponti témája lett.

**1975. április 14. Karen Ann Quinlan esete.** A fiatal lány irreverzibilis kóma állapotában feküdt hónapokon át, életét csak a mesterséges légzés, keringés és táplálás tartotta fenn. Szülei kérték, hogy hagyják meg halni lányukat, de a kérést az orvosok elutasították. Szülei bírósághoz fordultak, amely engedélyezte a lélegeztetőgép kikapcsolását. Karen azonban spontán módon lélegezni kezdett és csak 10 év múltán halt meg, tüdőgyulladásban.

Karen Ann története – amelyet élénk médiaérdeklődés kísért – ráirányította a figyelmet az intenzív ellátás „csodái” mellett annak árnyoldalaira. Az orvosok maguk is azzal szembesültek, hogy az életfenntartó kezelések elkezdése, megszakítása illetve elutasítása nemcsak szakmai döntés kérdése, hanem nagyon bonyolult és mély morális problémákat is rejt magában.

Karen esete mérföldkő a kórházi etika bizottságok létrejötté szempontjából is. Egyre több kórházban kezdték meg működésüket etikai tanácsadó bizottságok (orvos, etikus, jogász, teológus, laikus személy közreműködésével), akiknek szerepe nem a döntés, hanem az etikailag tájékozott döntés elősegítése.

**1978. július 25. Louise Brown születése:** Angliában világra jött a földkerekség első „lombikbábija”. A szenzációs esemény azonnal felvetett egy alapkérdést: erkölcsös dolog-



e petri csészében gyermeket „kreálni”? A kérdésre adott nemleges válasz – bármilyen indoklással – lehetetlenné és feleslegessé tesz további kérdéseket. Az igenlő válasz azonban további kérdések sorát nyitja meg, az idegen ivarsejttel történő megtermékenyítéstől kezdve, az embriók szelektálásának és a felesleges számú embriók sorsának kérdésén át a velük való kísérletezés problémáig. Továbbá felvetődik a „design baby” kérdése, sőt az egyén identitásának problémája.

**1982. a „Baby Doe” eset.** Az amerikai kisbaba Down-kóros volt és ehhez még nyelőcső rendellenesség is társult. A korrekciós műtétbe a szülők nem egyeztek bele, azt szerették volna, ha gyermekük természetes úton meghal, mert életkilátásait és majdani életminőségét rendkívül kedvezőtlennek ítélték meg. Az orvosok bírósághoz fordultak, amely úgy ítélte, hogy a szülőknek joguk van a gyermek orvosi kezelését visszautasítani. Az eset nagy vihart kavart az egész USA-ban. A Baby Doe - eset és az azt követő intézkedések rávilágítottak egy olyan orvosi gyakorlatra (bizonyos rendellenességgel világra jött újszülöttek meghalni hagyása), amelyről senki nem beszélt a nyilvánosság előtt. Az eset az eutanázia - vitát is felerősítette.

A jeles dátumok sorát hosszan lehetne még folytatni (1982. december 3, mesterséges szív az emberben; 1983, az AIDS járvány veszélyének felismerése, stb). Az esetek közös jellemzője, hogy próbára tették nemcsak a hagyományos orvostikai alapelveket és normákat, hanem a társadalom megszokott erkölcsi normáit is.

Világossá vált, hogy a XX. század második felében a humán biológiai eredményeknek az orvosi gyakorlatban történő alkalmazása mély hatást gyakorolt nemcsak közvetlenül az egészségügyre, hanem a társadalmi, kulturális, vallási és erkölcsi életre is. Lényeges következmény volt, hogy az *erkölcsi kérdések és problémák az orvoslás területére „transzformálódtak”*. Az orvos – beteg viszonyra koncentráló, hippokratészi – keresztény tradíciójú orvosi etikát ezzel olyan kihívások érték, amelyekre nem tudott érdemben válaszolni, miközben maga az uralkodó orvosi attitűd is megkérdőjeleződött. Az új típusú kérdések új típusú válaszokat igényeltek, olyanokat, amelyek szakmailag és erkölcsileg vállalhatóak voltak és társadalmi konszenzusra is igényt tarthattak. Nyilvánvalóvá vált, hogy ez a feladat csak több szakterület képviselőinek együttműködése révén valósítható meg: orvosok mellett filozófusok, etikusok, jogászok, teológusok játszottak aktív szerepet az új diszciplína, a bioetika kialakulásában. <sup>(93)</sup> Fontos volt továbbá az a kritikus és nyitott

---

<sup>93</sup> Jonsen, A.R.: The Birth of Bioethics. Oxford University Press, New York Oxford 1998. viii.o.

társadalmi és szellemi környezet, amely igényelte, ösztönözte és befogadta a változásokat s nagyon érzékenyen reagált az egyén és a társadalom megnövekedett felelősségére.

### III. 3. A bioetika kialakulása, térhódítása és hatásai

Maga a *bioetika* elnevezés az Amerikai Egyesült Államokban született meg a 70 -es évek elején. Legelőször Van Renssealer Potter, rákkutató tudós, használta ezt a kifejezést a biológiai tudás és a humán értékrend szintézisének programjaként: „Bioethics - Bridge to the Future”. Potter az emberi fajnak és kultúrájának a természeti környezetben való túlélési feltételeivel, illetve ennek problémájával foglalkozott. Nézete szerint össze kell kötni a biológiai tudományokat (biological knowledge) a humán értékrenddel (knowledge of human value system), ily módon hidat verni a tudomány és a humanitás között. A kifejezést ezután a szociális medicinával foglalkozó Hellegers vette át, aki a washingtoni Georgetown Egyetem Kennedy Intézete egyik részlegének kutatási programját jelölte ezzel a fogalommal. Hellegers szintén a természettudományos - főként orvostudományi - kutatások, valamint a társadalomtudományok és az etika egyesítésének igényével lépett fel. Szorgalmazta továbbá az etikában járatos orvosok és medicinálisan kompetens etikusok képzését.

Hellegers és később Callahan értelmezésében és szóhasználatában azután a *bioetika* azt a típusú medicinális etikát jelentette, amely képes a keresett hidat képezni az élettudományok és az erkölcs között és képes az új *biomedicina* etikai kérdéseinek megoldására. A szakirodalom Potter és Hellegers eltérő felfogására utalva beszél a bioetika „kettős megszületéséről”.<sup>(94)</sup> Potter később (1988-ban) saját elméletét „globális bioetika” elnevezéssel illette.

Az 1970-es és 80-as évek a *bioetika elméleti kidolgozásának és gyakorlati alkalmazásának valamint intézményi meggyökeresedésének* évei. Ezek a folyamatok egymással párhuzamosak, s az új diszciplína szakembergárdája is több területen tevékenykedik. Az orvostudományi egyetemeken a bioetika professzoraiként működő filozófusok, teológusok, orvosok sok esetben etikai bizottságok tagjai és elméleti könyvek, tudományos cikkek szerzői.

A *bioetika* mint tudományos diszciplína magán viseli és magában hordozza kialakulásának *jellemző jegyeit*. Mivel létrejöttében az orvostudomány és az orvosi technika gyakorlati problémái döntő szerepet játszottak, lényeges a *gyakorlati*

---

<sup>94</sup> Cascais, A.F.: A bioetika története. A tudományág körébe tartozó kérdések és a bioetika tárgya. In: Susanne, C. (ed.): Bioetika. Dialóg Campus 1999. 48.o.

*irányultsága*. A gyakorlati problémákat az elmélet szintjén is tisztázni kell, s ehhez az orvostudomány önmagában nem volt elegendő. Az élet kezdete vagy vége kérdésének jogi, filozófiai, teológiai, etikai relevanciája is van s ezeket a megfontolásokat be kellett vonni az elméleti vitákba. Az *interdiszciplinaritás* így a bioetika egyik legfőbb jellemzője lett. Harmadsorban lényeges és meg nem kerülhető elméleti és gyakorlati probléma volt a *módszer* tisztázása: hogyan kell bioetikai kérdéseket elemezni és mellettük vagy ellenük érvelni.

A bioetikai vitákban részt vevő teoretikusok és gyakorlati szakemberek magukkal hozták eredeti diszciplinájuk elméletét és gyakorlatát, így a bioetikának kezdetben nem volt kizárólagos elmélete és metodológiája. <sup>(95)</sup>

Egységes volt a felfogás abban, hogy az etikai ítéletalkotás alapjait csakis a társadalom által elfogadott *morális alapmeggyőződések* jelenthetik. Hogyan lehet azonban ezekre tekintettel lenni illetve ezeket a vonatkozásokat kidolgozni? Az internalizált cselekvési diszpozíciók útján (erények), az egyes esetekre vonatkoztatás útján (kazuisztika), egy etikai elmélet alkalmazásával (alkalmazott etika), szerepértelmezéssel (Ethics of Care), vagy a különböző elemeket integráló, a cselekvést közvetlenül irányító megfontolásokkal (gyakorlati etika)? Mindegyik elképzelésnek voltak hívei és kidolgozói, de a bioetika formálódásában a legnagyobb hatású *Beauchamp és Childress* gyakorlati etikája volt és a legszélesebb ismertséget is az általuk kidolgozott négy alapelv (az autonómia tisztelete, ne árts! jótekonyság, igazságosság) érte el. A módszert tekintve az angolszász analitikus filozófia befolyásolta döntően a bioetikát; az etikai kalkulus fogalma és folyamata pedig az utilitarista filozófia nyomdokain jár.

A bioetika kialakulásakor sem volt egy egységes, koherens, összefüggő elméleti rendszer. A bioetikában mint „pr ogramban” közösek voltak lényegi jellemzők, mint pl. a *kritikai attitűd*, a *filozófiai alapvetés és reflexió* igénye valamint a *konszenzusra* törekvés. Legnagyobb pozitívuma valószínűleg, hogy megpróbált válaszolni azokra a – humán biológiából, medicinából és társadalomból – eredő kihívásokra, amelyekre a régi orvosi etika már képtelen volt válaszolni, mert normái alkalmazhatatlannak vagy elégtelennek bizonyultak az új helyzetekben.

A bioetika azonban nem volt csodaszer - amely azonnali és gyakorlati választ ad a medicina minden erkölcsi problémájára - és ma sem az. Eddigi története során legalább annyi kérdést felvetett, mint amennyit megoldott. Szorosan kötődik születési helyének

---

<sup>95</sup> Jonsen, A.R.: A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press, New York  
Oxford 2000.116-118.o.

filozófiai és jogi tradícióihoz, valamint intézményi környezetéhez - amelynek csak kevés országban van megfelelője - s ez elve kérdéssé teszi sikeres „exportálását” más országokba. <sup>(96)</sup> Nem tudja például kezelni a kulturális értékekből adódó feszültségeket. A kontinensen sokszor visszatetszőnek találták a precedens értékű esetek média - tárlását

Kétségtelen és elvitathatatlan *érdeme* azonban, hogy elindított egy paradigmátikus változást a medicina erkölcsi dimenziójában, s ez a változás megjelent és megnyilvánult az orvos – beteg kapcsolatban, a medicina és a társadalom viszonyában és végül a klasszikus orvosi hivatásetikában is. A legdrámaibb következményekkel a páciens - autonómia elve járt, amely lényegi fordulatot jelentett a hagyományos paternalisztikus szemlélethez képest. Szöges ellentétben állt a deontológiai alapú orvosi etikával, s a liberális filozófia és az emberi jogok szellemét „csempészte be” az addig tradíció uralta területre. Nem véletlen, hogy – főként Európában – ez az elv váltotta ki a legtöbb vitát és talán ellenérzést is az orvosok körében.

Ma már, 25 – 30 év elteltével, a bioetikának *különböző ágai* léteznek (elméleti, politikai, kulturális bioetika, klinikai etika) <sup>(97)</sup>, tartalmi és metodológiai *kritikák* jelentek meg vele szemben, s *új*, modern filozófiai alapvetésű *irányzatai* is megjelentek (hermeneutikai, narratív, fenomenológiai bioetika). A bioetika „befejezetlenségét” jelzi, hogy újra és újra felbukkan különböző filozófiai irányzatokba való integrációjának kísérlete. <sup>(98)</sup>

A bioetika a 80-as évektől megkezdte hódító útját *más országokban* is, de nem mindig eredeti értelmének megfelelően. Hogy mi tartozik pontosan a bioetika témakörébe, ennek a kérdésnek a megválaszolása nem teljesen független az etikai pozícióktól. A német szakirodalom nagyobb része például a bioetikát „medicinál is etika” értelemben használja, „amely különös figyelmet fordít a biológiai - orvostudományi kutatás és terápia legújabb fejleményeire és lehetőségeire” <sup>(99)</sup>

*Magyarországon*, bár a *bioetika* mint kifejezés ismert és elterjedt, értelme és értelmezése nem mindig egynemű. Az orvostudományi egyetemek ill. (ma már) karok oktatásában – Kovács József és Jenei Ilona úttörő munkáinak nyomán, bár az elnevezés

---

<sup>96</sup> Vö. Holm, S.: Not just autonomy – the principles of American biomedical ethics. In: Bevezetés a modern orvosi etikába. Szöveggyűjtemény – oktatási segédanyag, Szerkesztette és fordította: Tóth Adél SZOTE Magatartástudományi Csoport 1998. 5.o. 101–112.o.

<sup>97</sup> Kovács J.: Bioetika, orvosi etika. In: Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): Magatartástudományok. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 2001. 298-300.o.

<sup>98</sup> vö: Levy, T.: A filozófia és a technológia találkozása. In: Susanne, C.:(ed.): Bioetika. Dialóg Campus 1999. 71-100.o. // Pörzsi Zsuzsanna: Szemtől szemben a bioetikával. LAM 1999;9(12):985-989.

<sup>99</sup> Korff, W.: Einführung in das Projekt Bioethik. 1. Begriff und Gegenstands bereich. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 7.o.

nem tőlük ered - „modern medicinális etika” illetve „modern orvosi etika” értelemben használatos. A magyarul is megjelenő külföldi irodalom megerősíti ezt az értelmezést.

A „Bioetika” c. kötet bevezetőjében ezt olvashatjuk Szente Magdolnától: „A bioetika úgy definiálható, mint a biológia és az orvostudomány etikai kérdéseivel foglalkozó, természet- és társadalomtudományokon alapuló interdiszciplináris tudomány”.<sup>(100)</sup> Balázs Péter definíciója ugyanakkor átfogóbb értelmű: „A bioetika nem az egészségügy értéketikája, hanem az emberi lét biológiai oldalának átfogó erkölcsfilozófiája”.<sup>(101)</sup> Buda Béla véleménye szerint a bioetika – definíciójától függetlenül – Magyarországon nem gyökeresedett meg: „A bioetika ... nem tudott behatolni az orvoslásba, nem tudott eleven erővé válni ... inkább kuriózum vagy akadémiai diszciplína.”<sup>(102)</sup>

Hogy a bioetika mennyire „élő” a magyar egészségügyben, az orvosok, nővérek, páciensek körében, azt nagyon nehéz megítélni. Az 1997-es Egészségügyi Törvény biztosítja a betegjogokat, így az önrendelkezéshez való jogot, a teljes körű tájékoztatáshoz való jogot, stb., de a betegjogi képviselők tapasztalatai és a 2003-as ombudsmani vizsgálat eredményei azt mutatják, hogy az írott jog messze nem elegendő ahhoz, hogy az egészségügy szereplőinek attitűdje pozitívan változzon.<sup>(103)</sup>

A magyarországi *törvényi szabályozás*, valamint a hazánk által elfogadott nemzetközi bioetikai egyezmények és konvenciók – betartásuk konkrét körülményeitől most eltekintve – mindenesetre szilárd kereteket adnak az emberi jogok valamint az emberi méltóság elvének érvényesüléséhez az egészségügyön, a biológiai és az orvostudományi kutatásokon belül. A jogokból levezethető etikai elvek és erkölcsi normák azonban csak szükséges, de nem elégséges kritériumok a medicina erkölcsi dimenziójában. Olyan elvekkel és normákkal kell kiegészíteni őket, amelyek levezethetők az orvoslás és az orvosi tevékenység feladatából és célkitűzéséből. „Mert bármely személy pszichofizikai integritásába való bármilyen beavatkozás legitimációjához nem elegendő az érintett személy jogainak - felvilágosítás és beleegyezés útján történő – biztosítása. A beavatkozást olyan indikációknak is jogosulttá kell tenniük, amelyek a medicina, illetve az orvosi tevékenység célkitűzéseiből adódnak. Ily módon az egészség és betegség kategóriáinak a biológiai – orvosi definíción és funkción túl erkölcsi - normatív funkciója is van”.<sup>(104)</sup>

---

<sup>100</sup> Susanne, C., Szente Magdolna: Előszó a „Bioetika” című könyv magyar nyelvű kiadásához.

In: Susanne, C. (ed.): Bioetika. Dialóg Campus 1999. 11.o.

<sup>101</sup> Balázs Péter: Múlt és jelen ellentmondásai a modern orvosi etikában. Valóság, 1995/6. 80 -93. (id.87.o.)

<sup>102</sup> Buda Béla: Találkozásaim az etikával. MBSZ 1995/ 1-2. 3-5.o. (id.5.o.)

<sup>103</sup> Népszabadság, 2003, szept. 26. és Népszabadság, 2004. április 7.

<sup>104</sup> Bergdolt, K., Honnefelder, L., Fuchs, M., Engelhardt, D. von: Medizinische Ethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P. (eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998 659.o.

Mindezekből következik, hogy a medicina funkciójának, céljainak, társadalmi felhatalmazásának kérdései mind az orvosi hivatás mibenlétének, mind etikájának nézőpontjából döntő fontosságúak.

## **ÖSSZEGZÉS**

A bioetika a biológiai- és élettudományok valamint a humán értékrend szintézisének kísérleteként jött létre, a XX. század második felében, mint interdiszciplináris tudomány. Eredeti értelmétől némileg eltávolodva fokozatosan a *biomedicinális etika* szinonimájává vált. Legismertebb és legelterjedtebb formája a principializmus, amely négy alapvető elvet sorol fel (az autonómia tisztelete, „ne árts!”, jótékonyosság, igazságosság). Jellemző rá a filozófiai alapvetés, az utilitarista etikai kalkulus felhasználása és a konszenzusra törekvés. A bioetika az elmúlt évtizedekben is folyamatosan változott, különböző ágai és irányzatai alakultak ki. Folyamatos recepciója egyben felszínre hozta alapvetésének a kialakulása körülményeihez való kötődését és kérdésessé teszi más kultúrákba való adaptálásának zavartalanságát. Minden problematikussága ellenére a bioetika paradigmátikus változást indított el a hagyományos orvosi etikában, főként az orvos – beteg kapcsolatban, valamint az egészségügyi etika makro- és mikroallokációs kérdéseiben is.

## IV. A medicina a XX. – XXI. században

„A medicina hagyományos paradigmái és  
önértelmezései inadekvátak a jelenkori orvosi  
gyakorlat számára” (Wildes)

### IV.1.1. A medicina meghatározottsága

A medicina definíciója a szakirodalomban nem egységes. Ha összevetjük a különböző értelmezéseket, azt látjuk, hogy a medicina egyszerre *tudomány, gyakorlat és intézmény*.<sup>(105)</sup><sup>(106)</sup> McKeown meghatározása szerint a medicina „professzionális foglalkozás a betegséggel, annak megelőzésével és gyógyításával és az egészség megtartásával. Feladata: segítsen abban, hogy biztonságosan jöjjünk a világra és kellemesen hagyjuk azt el. Az életben óvja az egészségeseket, ápolja a betegeket és fogyatékosokat.”<sup>(107)</sup>

A medicina tehát egy nagyon bonyolult struktúrájú képződmény, amelynek megvan a maga belső világa és saját dinamikája, ugyanakkor mindig *egy konkrét társadalom és kultúra része*. A társadalmi és kulturális környezet sok tekintetben módosíthatja a benne működő medicina jellemzőit, de a tevékenység lényege: a gyógyítás, a fájdalom csillapítása, a testi és lelki szenvedés enyhítése, a biológiai (és részben társadalmi) devianciák kontrollja mindenütt ugyanaz. A belső identitásból és a külső társadalmi - kulturális meghatározottságból adódó célok és feladatok ideális esetben egybeesnek, de el is térhetnek egymástól. A medicina és a társadalom viszonyát illetően két markáns álláspont figyelhető meg.

Az egyik álláspont a medicina *autonómiáját*, belső meghatározottságát tekinti döntőnek. Mint a „Medicina céljai” kutatási program összefoglaló jelentésében (Callahan – jelentés) olvasható: „a medicina helyes céljai a medicina lényegéből fakadnak és a betegség egyetemes emberi tapasztalatára reagálnak”.<sup>(108)</sup> A medicina lényege az orvos – beteg kapcsolat, e köré szerveződnek az alapvető értékek (segítség, gondoskodás, bizalom, felelősség). Ennek értelmében az inherens célok és feladatok szabják meg a medicina tevékenységi körét, fejlődési irányát. E felfogás szerint nagyon fontos a medicina és az

<sup>105</sup> Labisch, A., Paul, N., Rage, G.: Medizin. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 630-646.o.

<sup>106</sup> Rehbock, T.: Heilen und Pflegen - Zur Ethik der Heilberufe in der modernen Medizin. Abstracts „Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“ .Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.,Göttingen 5. -7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Ethik in der Medizin. 2000. 12: 212 -13.

<sup>107</sup> McKeown, T.: Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag 1982. 255 -256.o.

<sup>108</sup> Blasszauer Béla: A medicina célja: új prioritások meghatározása. Szünetbetegségek V.évf. (1997) 4.sz. 300.o.

orvosok integritása és identitása, valamint a saját értékek, mert ezek segítségével védhetik ki a társadalom túlzott befolyását és manipulációit. A társadalom bizonyos fokú befolyása – az értékek és célok tekintetében – természetesen mindig érezhető lesz, de a medicinának arra kell törekednie, hogy, ezektől minél függetlenebbül, saját útját járja.

Ennek az „autónómia” - álláspontnak az egyik nagy kérdőjele, hogy *ki határozza meg* a „betegség” fogalmát és tartalmát? Ha ezt a medicina, pontosabban annak domináns csoportja, az orvosok teszik, akkor az ő szemléletmódjuk (orvosi, biológiai) érvényesül a célok és értékek meghatározásában is. Ez valóban biztosítja az orvosi integritást, de ezzel együtt olyan hatalmat – és persze felelősséget is – ad az orvosi professzió kezébe, amely nem, vagy csak korlátozott mértékben, áll társadalmi kontroll alatt. A medicina inherens meghatározottságát hangsúlyozó álláspont tehát annak kompetenciáját és cselekvési területét egy különleges státuszt élvező társadalmi csoport felségterületévé nyilvánítja. A különleges státusz természetesen különleges tudást feltételez és különleges felelősséggel jár együtt. S mint a III.1. fejezetben láttuk, pontosan ezek adják a hivatás jellemző jegyeinek egy részét.

A betegség és egészség meghatározása azonban soha nem volt kizárólag orvosi kérdés. Az orvoslás által adott definíció(k) mellett mindig is létezett (léteztek) laikus értelmezések is, amelyek a páciensek körében ugyanolyan súllyal és fontossággal bírtak, mint a „hivatalos” definíciók. Ez a tény annál is fontosabb, mert „a szervezet egy bizonyos állapota csak akkor lesz a gyakorlati, *kuratív medicina* tárgya, ha annak egy szociális megegyezés keretében betegség – értéket tulajdonítanak”.<sup>(109)</sup> Ez viszont azt jelenti, hogy a medicina tárgyát, céljait és feladatait egy adott társadalom, illetve kultúra határozza meg, vagy legalábbis döntően befolyásolja

A *társadalmi meghatározottságot* hangsúlyozó álláspont (konstrukciós nézet) abból indul ki, hogy a betegség értelmezése annyira eltérő, és a betegségekre való reagálás annyira bonyolult, hogy a medicinában a döntő a társadalmi – kulturális meghatározottság. A medicina nem egyszerűen a „társadalomra alkalmazott” tudomány, hanem gyakorlata és céljai szociálisan konstruáltak. Az orvosi tevékenység nem pusztán tudományos és technikai készségek együttese, hanem magában foglalja annak morális megítélését is, ahogyan az orvos ezeket felhasználja. Ebből következik, hogy a medicina gyakorlatát döntően meghatározzák annak a társadalomnak az értékei és erkölce, amelyben működik. Tehát az orvosi ismereteket és gyakorlatot arra kell használni, amire a társadalom

---

<sup>109</sup> Labisch, A., Paul, N., Rage, G.: Medizin. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 630 -646.o.



megfelelőnek ítéli, az orvosok azt tehetik, amire a társadalom felhatalmazza őket. Ennek értelmében az orvosi professzió feladatát, tevékenységi körét, kompetenciáját társadalmi felhatalmazás jelöli ki és legitimálja. E felfogás szerint a medicinának nincs kitüntetett helye a társadalmi intézmények között. <sup>(110)</sup>

Ez az álláspont több veszélyt is rejt magában. Egyrészt *relativizálja* a medicina belső céljait, másrészt felveti azt a kérdést, hogy egy *multikulturális társadalomban* milyen értelmezések és értékek mentén jelölje ki céljait és feladatait az orvoslás. Az álláspont ugyanakkor nem vethető el teljesen. Például a fogyatékosok megítélése illetve a fogyatékosok közösségen belüli státusza nagy mértékben függ kulturális vagy vallási tradícióktól. Napjaink új orvosi technikái, pl. az in vitro megtermékenyítés, pedig arra adnak példát, mennyire fontos a társadalmi elfogadottság. Ezt az eljárást ma már a legtöbb országban elfogadják gyermektelen házaspárok megsegítésére, de sok helyen éles vita folyik arról, hogy egyedülálló vagy homoszexuális párok is igénybe vehetik -e az ide tartozó módszereket (idegen ivarsejt felhasználása, dajkaterhesség).

Természetesen lehetőség és szükség is van a két álláspont *kompromisszumos egyeztetésére*. A medicinának feladata, hogy saját történelmére és tradícióira támaszkodva definiálja inherens értékeit és irányát, de úgy, hogy közben nyílt és folyamatos dialógust folytat a társadalommal. Mindkettő megpróbálja kifejezni saját értelmezését egészségről és betegségről, életről és halálról, kifejezteni elképzelését az egészségügyi ellátás céljáról, feladatairól. Ez a dialógus annál is szükségesebb a XXI. század elején, mert a medicina jövőjét nagymértékben befolyásolni fogja egyrészt az adott társadalom gazdasági teljesítőképessége, az az anyagi bázis, amit a társadalom a rendelkezésére bocsát; másrészt a társadalom erkölcsi konszenzusa a tekintetben, hogy mit „engedélyez” a medicinának, mit fogad el és mit vár el tőle. Ugyanakkor a medicina is sajátos hatást gyakorol a társadalomra: új lehetőségeket teremt az élettartamban és az élet minőségében és ezzel új igényeket ébreszt. A gazdaságra pedig azáltal gyakorol nyomást, hogy maga is „gazdasági szektorként” jelenik meg, ahol munkahelyek, bővülő szolgáltatási és piaci lehetőségek vannak.

A modern társadalmakban – állapítja meg a már idézett Callahan - jelentés – a gazdaság játssza az egyik fő szerepet a medicina valódi gyakorlatának formálásában és befolyásolja a medicina céljait, függetlenül attól, hogy ez nyíltan vagy burkoltan történik -e. A piac, a privatizáció, a verseny azonban egy idegen értékrendet hoz be a medicinába,

---

<sup>110</sup> Wildes, Kevin Wm S.J.: The Crisis of Medicine: Philosophy and the Social Construction of Medicine. Kennedy Institute of Ethics Journal 2001;11: 71 -86.

amely belső lényegéből adódóan és történelmileg mindig is filantropikus és altruisztikus volt, s amelynek elsődleges célja – figyelmeztetnek állandóan a témával foglalkozó szakemberek – mindig a gyógyítás, a beteg embernek nyújtott segítség volt.

**Összegezve:** *A medicina mint „társadalmi megbízatás” kettős státuszú:* egyrészt az orvosi hivatás működési területe és ennek szervezeti kerete; másrészt a társadalom egyik részegysége. A kettős státusz viszont felveti a zavartalan működés lehetőségének kérdését: ki és milyen elvek illetve értékek mentén határozza meg a medicina céljait, prioritásait, ki rendelkezzen a megvalósításhoz szükséges anyagi és tudományos – szellemi eszközök fölött? A válaszok korántsem egyszerűek és egyneműek, akár társadalmanként is változhatnak.

#### ***IV.1.2.Egészség és betegség meghatározása és a definíció jelentősége a medicina és az egyén számára***

A medicina középpontjában az *egészség és a betegség fogalma* áll. A két fogalom különféle értelmezéséről ma már könyvtárnyi szakirodalom szól. E két fogalom értelmezésével nemcsak az orvostudomány foglalkozott és foglalkozik, hanem a társadalomtudományok, a művészetek és természetesen maguk a hétköznapi emberek is. Ez megfelel annak a tapasztalatnak, hogy az egészség és a betegség nemcsak az ember testére, fizikai és biológiai funkcióra vonatkoznak, hanem életük más dimenzióira is kihatnak: a gondolkodás- és viselkedésmódra, szociális kapcsolatokra, pszichés komfort-érzésre, sőt az önértékelésre is. A két fogalom különböző relációkban, viszonylatokban másként interpretálódik és másként értékelődik. Pl. gyakori tapasztalat, hogy a betegség *érzése* és a betegség (orvosilag megállapított) *ténye* nem mindig esik egybe, de hasonló lehet a helyzet a betegség *ténye* és *szociális elfogadottsága* tekintetében is.

Napjainkban már egyre gyakoribb az egészség és betegség ***holisztikus megközelítése***,<sup>(111)</sup> de egy adekvát definíció lehetősége ettől nem lesz kevésbé problematikus. A problémát minden bizonnyal az okozza, hogy az egészség és a betegség fogalmának (miként az élet és a halál fogalmának is) *egyszerre és együtt* van természeti és társadalmi (kulturális) jelentése, biológiai és szellemi realitása, leíró és értékelő funkciója. Ha az etikában alkalmazzuk őket, akkor egyszerre leíró (deskriptív) és értékelő (normatív) fogalmak. A biológiai vagy orvosi megközelítés csak egy a lehetséges sok közül és bár a

---

<sup>111</sup> Piko, B.F., Stempsey, W.E.: Physicians of the future: renaissance of polymaths? The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health 2002;122(4):233-237.

medicinában elsődlegesen ezek használatosak, az egészség és betegség szellemi és szociális karaktere ugyanilyen fontos a társadalom és az egyén számára.

Az egészség és a betegség definiálásának – témánk szempontjából - nem a fogalomalkotás miatt van kitüntetett jelentősége, hanem azért, mert a róluk alkotott felfogás és értelmezés szabja meg az orvoslás, és tágabban a medicina feladatát, hatókörét, sőt legitimitását, és döntő az orvos – beteg viszony szempontjából is. Ha az orvos pl. egy természettudományos – mechanisztikus betegségfogalomból indul ki, amely a szervezet funkcionális hibájaként határozza meg a betegséget, akkor magát a beteget nagyon finom „műszerként” értelmezi, a terápia céljaként a „megjavítást, reparálást” jelöli meg. Orvos és beteg kapcsolata ebben a modellben a magasan képzett „biotechnikus” és személytelen „tárgya” viszonyát reprezentálja. Ha ellenben a betegséget egy testi, pszichikai és szociális mivoltában megjelenő egyén individuális problémájaként értelmezzük, aki segítséget kér az orvostól, akkor viszonyuk személyes (személytől személyhez szóló) lesz és a gyógyításba bevonódik maga az emberi kapcsolat is.<sup>(112)</sup> Magának az orvosi tudásnak és technikának az alkalmazása, annak eredményessége, a két esetben akár ugyanaz is lehet, mégis minőségi különbség lesz a kétféle viszony között.

A manapság használatos *egészség - definíciók* közül a WHO meghatározása a legismertebb: „Az egészség a teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapota, amely nem csupán a betegség hiányát jelenti.”<sup>(113)</sup> Az Egészségügyi Világszervezetnek ez az idealisztikus meghatározása, amit „egészség -utópizmusként” is szoktak jellemezni, kétség kívül nagyon pozitív és követésre méltó, de kérdés, hogy a gyakorlatban, ténylegesen megvalósítható-e. Az egészségnek ilyen ideális szinten való meghatározása és célul tűzése ugyanis olyan széles körű és olyan magas szintű szolgáltatásokat követelne meg az egészségügytől (és a szociális ellátó rendszertől is), amelyre még a legfejlettebb rendszerek sem képesek. Mint Vízy E. Szilveszter írja: „Napja inkra egyetlen olyan ország sincs, amely minden legitim, orvosilag megalapozott igényt ki tudna elégíteni.”<sup>(114)</sup> A Callahan – jelentés pedig kimondja: „Most sem, de sohasem lehetséges a medicina számára, hogy a „teljes” jóllét állapotát biztosítsa, még a fizikai állapotot sem, amelyet pedig a legjobban ismer.” Ez a jelentés a következő definíciót adja meg: „*egészségen* értjük a jóllét érzését, és a tudat és a test integritását. Továbbá jellemzi még az egészséget valamilyen komoly

---

<sup>112</sup> Engelhardt, D.von: Der Wandel der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in der Geschichte der Medizin. Passau: Wiss.-Verlag Rothe, 1995.Band 1. 1.o.

<sup>113</sup> <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

<sup>114</sup> Vízy E. Szilveszter, Oberfrank Ferenc: Az orvostudomány fenntartható fejlődése. In: Glatz Ferenc(szerk.) Népegészség, orvos, társadalom. MTA Budapest 1998. 57.o.

nyavalyának (betegségnek) a hiánya, és ebből adódóan a személy képessége, hogy fontos céljainak elérésén fáradozzon és a hétköznapi társadalmi és munkavégzési folyamatokban részt vegyen.”<sup>(115)</sup> Ez a definíció az általános komfort - érzést, a mindennapi életben való részvétel képességét hangsúlyozza, s ezzel valószínűleg közelebb áll az átlagember köznapi egészség-felfogásához, mint a WHO meghatározása.

#### ***IV.1.3. Egészségkultusz***

A XX. században, s különösen annak második felében, **döntő változás** állt be az embereknek az egészséghez és betegséghez való viszonyában. Az egészség a kiemelt egyéni és társadalmi javak egyike lett, központi helyet foglalt el az emberek számára fontos értékek között és napjainkra szinte már önmagán túlmutató jelentőségre tett szert. Ennek a jelenségnek összetett okai vannak, részletes elemzésükre most nem vállalkozhatunk. Amit kiemelendőnek tartunk: az egészség szinte fetiszizált fogalma összekapcsolódik a fiatalság, szépség, sikeresség kategóriáival, vagyis olyan kívánatos „javakkal”, amelyek modern, sikerorientált, önmegvalósításra ösztönző társadalmunkban különös jelentőségre tesznek szert az emberek többsége számára. Aki egészséges, az szép és fiatal, aki szép és fiatal, az sikeres a munkájában és a magánéletében is.

A fiatalos, egészségtől sugárzó, testének integritását minden elérhető eszközzel ápoló és fenntartó ember csak múló zavarnak tekinti azokat a sajnálatos eseteket, amikor a medicina szolgáltatásait igénybe kell vennie. Ezekre a szolgáltatásokra jogot formál, s teljesen egyértelműnek tekinti, hogy a legkorszerűbb medicina nemcsak garantáltan, hanem gyorsan és a legkevesebb kényelmetlenség árán fogja visszaállítani egészségét.<sup>(116)</sup> Ebben az egészség- és „wellness”-felfogásban a krónikus betegségnek, a fájdalomnak, a tartós rokkantságnak vagy fogyatéknak nincs helye. Ennek - a média által is sugallt és megerősített - képnek az egyik következménye, hogy az emberek az egészséget megvásárolható árucikknek tekintik, amelyet az egészségügyi intézmények szolgáltatásként nyújtanak. S ugyanilyen súlyú probléma, hogy olyan elvárásokat tartalmaz a medicinával szemben, amelyeket az nem képes teljesíteni s így óhatatlanul konfliktusok alakulnak ki.

---

<sup>115</sup> Blasszauer Béla: A medicina célja: új prioritások meghatározása. Szennvedélybetegségek V.évf. (1997) 4.sz. 301.o.

<sup>116</sup> Reiter-Theil, S., Hiddemann, W. : Ethik in der Medizin: Bedarf und Formen. Der Internist 1999 – 40:246-254.o. (id. 248.o.)

A másik következmény: a **betegséghez való megváltozott viszony**. A betegség évszázadokon keresztül nemcsak az ember egy részét, pl. egy szervet érintett, hanem magát az egész embert, testét és lelkét egyaránt, az egyén „létformája” volt. <sup>(117)</sup> A betegséget mint olyant elfogadták, mert úgy gondolták, hozzátartozik az emberi élethez. Mivel az embereket évszázadokon át számos baj és betegség terhelte, és mivel csak nagyon korlátozott eszközök álltak rendelkezésre a fájdalomcsillapításhoz és a gyógyításhoz, a betegséget „integrálták” az életükbe. Sőt, igyekeztek neki valami értelmet adni (pl. bűnhődés - de egyben megtisztulás is, megpróbáltatás, eszköz az üdvösség elnyeréséhez).

Manapság az emberek már „nem akarnak” betegek lenni, azaz nem akarják elfogadni, hogy a betegség, s ezzel együtt a fájdalom és a szenvedés, hozzátartozik az emberi élethez. A betegséget úgy fogják fel, mint szervezetük állapotában beállt múló zavart, mint átmeneti állapotot, amit nagyon gyorsan és hatékonyan meg kell szüntetni, s ehhez a medicina minden eszközét igyekeznek igénybe venni. Ez az értelmezés megnehezíti a krónikus betegségek elfogadását vagy az öregkorral járó terhek és panaszok elviselését. Ugyanakkor, társadalmi elfogadottság híján, az egyén vagy a család feladatává teszi a betegség „értelmezését”, azaz a betegségnek való értelem adást. Mindenkinek magána k kell elhelyezni egyéni életében a betegséget és megtalálni „értelmét”. Ez pedig plusz feladatot ró a lelkileg egyébként is megterhelt betegre és/vagy családjára. Valószínűleg itt rejlik a magyarázata annak is, hogy a szekularizált társadalmakban az orvos t pót-lelkiatyaként kezdték tisztelni. Ezzel együtt járt, hogy nemcsak a betegséget, hanem a betegséggel járó erkölcsi problémák megoldását is az orvostól várták, s ez további réteggé rakódott az orvos - beteg kapcsolatra, erősítette a paternalizmust és a beteg kiszolgáltatottságát is.

**Összegezve** megállapíthatjuk, hogy az egészség és a betegség fogalma(i) és modellje(i) nem konstansak, hanem koronként és kultúránként változnak. Mindig szoros összefüggésben állnak egy adott kor tudományos szintjével, a szociális viszonyokkal és a kulturális értékekkel. A modern medicina számára kulcsfontosságú a két kategória meghatározása és interpretációja, mert ezekből kiindulva határozható meg hatóköre, célja és prioritásai. Továbbá az egészség és betegség értelmezése döntő módon hat az orvos – beteg viszonyra, valamint a medicina és a társadalom kapcsolatára is. A fentiekből azután további lényeges következmények adódnak medicina és gazdaság, medicina és technika, valamint az allokációs problémák vonatkozásában is. Vagyis a modern medicinában az

---

<sup>117</sup> Daele, van den W.: Technik und Medizin. In: Eser A., Lutterotti M., Sporcken P.(eds.) Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Herder Verlag, Freiburg, Basel, Wien 1989. p. 1149-1154.o. (id. 1151.o.)

„egészség” teleológiai kategória, amelyre minden cselekvés vonatkoztatható, a „betegség” pedig legitimációs kategória, amely megalapozza az orvosi beavatkozás szükségességét.

#### ***IV.1.4. A medicina feladata és hatóköre***

Az egészség és a betegség definíciója döntő jelentőségű a medicina feladatának, hatókörének kijelölésében is. Ha az értelmezés ***a betegség fogalmából indul ki***, akkor a medicina feladata: 1.) a betegség - és vele korrelációban az egészség - fogalmának definiálása, 2.) a betegség megszüntetése azaz gyógyítás, vagyis a diagnózis, a terápia és a prognózis meghatározása, 3.) a nem gyógyítható esetekben a fájdalom csillapítása, palliatív ellátás, 4.) prevenció, ami ebben az értelmezésben a betegség, baj, baleset elkerülését jelenti.

Ha az értelmezés ***az egészség fogalmából indul ki***, akkor az a medicina működésének sokkal nagyobb hatókörét jelöli ki: 1.) az egészség – és vele korrelációban a betegség - definiálása, 2.) az egészség megőrzése, fenntartása; egészségnevelés, egészségfejlesztés, 3.) az egészség helyreállítása azaz gyógyítás, 4.) rehabilitáció, utógondozás 5.) a nem gyógyítható betegségek esetében állapotmegtartás, fájdalomcsillapítás, palliatív ellátás. A kétféle kiindulási pont látszólag csak egyetlen elemében tér el egymástól, de ez az egy elem a modern medicinának talán legfontosabb és legdinamikusabban fejlődő területe: a ***prevenció*** elsődlegessége a kuratív medicinával szemben, az ***egészségfejlesztés, egészségnevelés***.

#### ***IV. 1.5. A medicina célja***

A medicina céljának meghatározásánál figyelembe kell vennünk, hogy van e gy inherens, belső célja és egy, a társadalmi funkciójából eredő célja. E kettő ideális esetben egybeesik, de lehetnek feszültségek is közöttük akár a cél, akár megvalósítás eszközei tekintetében.

A medicina klasszikus célja megegyezik az orvoslás hagyományos céljaival:

- az élet megmentése és fenntartása
- a betegség gyógyítása, a fájdalom és a szenvedés csökkentése vagy megszüntetése
- az egészség elősegítése és fenntartása <sup>(118)</sup>

A célok egyértelműek és világosak, mégis azt tapasztaljuk, hogy konkrét gyakorlati megvalósításuk során bonyolult kérdésekbe és dilemmákba ütközünk. Az első kérdés: mit

---

<sup>118</sup> Blasszauer Béla: A medicina célja: új prioritások meghatározása. Szennvedélybetegségek V.évf. (1997) 4.sz. 295-296.o.

jelent az „*élet*” *fogalma* ? Az e kérdésre adandó válasznak a modern medicinában nemcsak elméletileg (filozófia, vallás) van jelentősége, hanem nagyon konkrét szempontból is. Az „agy-i élet” kezdete az abortusz és a mesterséges megtermékenyítés illetve az embriókísérletek körüli vitákban szerepel érvként, az „agyhalál” fogalma pedig a szervátültetés szempontjából döntő jelentőségű. Mindkét fogalom eltér az általánosan köznapi felfogástól, csak mesterségesen, műszerekkel állapíthatók meg és kimondottan a medicina „belső használatára” alkották meg őket orvosok. <sup>(119)</sup>

Nem kevesebb problémát jelent a második cél: a *betegségek gyógyítása*, a fájdalom csillapítása. Nemcsak azért, mert manapság is vannak gyógyíthatatlan betegségek, hanem mert esetenként nehézségekbe ütközik a „gyógyítás” pontos meghatározása. Egyes betegségek, pl. a Down – kór, esetében az orvostudomány számára már elérhető közelségben levő genetikai manipuláció vajon gyógyításnak minősül-e, vagy az egyén egzisztenciális adottságaiba való beavatkozásnak? Gyógyítás-e, ha egy meddő párnak in vitro fertilizáció és dajkaterhesség segítségével születik gyermeke? Gyógyítás-e a vesedialízis vagy a szervátültetés? Nyilvánvaló, hogy a „gyógyítás” definiálása szorosan összefügg a betegség meghatározásával (hiszen a betegséget kell gyógyítani), s minél nagyobb a betegségek spektruma, annál tágabb a gyógyítók feladata és hatóköre.

A *fájdalom és a szenvedés csillapítása* sem kisebb kihívás a ma medicinája számára. Gondoljunk csak arra, hogy nemcsak fizikai szenvedés létezik, ami a modern eszközökkel jól kezelhető, hanem olyan típusú lelki, pszichés szenvedés is van, amelyre hatástalanok a korszerű tabletták és medikamentumok. Az ilyen fájdalom és szenvedés legjobb gyógyszere a segítő kéz és a humánus, együttérző szó (adott esetben éppen a kezelőorvostól), de ezeket a legmodernebb medicina korában sem lehet receptre felírni. Végül milyen válasza van az orvoslásnak arra, ha egy beteg úgy gondolja, szenvedéseinek már csak a kegyes halál vethet véget?

A medicina harmadik célja: az *egészség elősegítése és fenntartása*. A legfontosabb kérdés itt az „egészség” pontos meghatározása, amelynek nehézségeit már fentebb vázoltuk. Minél tágabb körű a definíció, annál nagyobb hatókörrel és hatalommal rendelkeznek az egészség őreként funkcionáló hivatás képviselői. Az egészség és betegség fogalmainak már-már parttalan kiterjesztése az emberi élet szinte teljes medikalizációjához vezet. Ennek pedig az a hétköznapi következménye, hogy „az orvosok és a többi egészségügyi szakember a modern társadalom papjaivá léptek elő, a bölcsőtől a sírig tartó emberi vándorút minden fontos állomását ellenőrzik és uralmuk alatt tartják. A betegség, a

---

<sup>119</sup> Käser: Arzt, Tod und Text. [http://wanda.fh-aargau.ch/doz/kaeser/einleitung\\_arzt\\_tod\\_text.html](http://wanda.fh-aargau.ch/doz/kaeser/einleitung_arzt_tod_text.html).

sérülés, az elmebetegség kezelése, az egészségfejlesztéssel való törődés az egész életet és minden állomását átfogja.”<sup>(120)</sup> A medicina céljainak *értelmezése* tehát önmagán túlmutató feladat és a medicinán kívül más területek (filozófia, etika, vallás) bevonását is szükségessé teszi. A medicinának ugyanis eszközei révén lehetősége van a célok megvalósítására (élet fenntartása gépek segítségével, egészség elősegítése genetikai manipuláció révén, a fájdalom és szenvedés megszüntetése eutanáziával), de az eszközök használatáról már nem dönthet egyedül. A tudományos és technikai potenciál felhasználásának erkölcsi és gazdasági kérdéseiben a modern társadalom egyre határozottabban és egyre nyíltabban nyilvánít véleményt.

Az elmúlt mintegy 30 évben *két nagy dilemma* mentén kezdődött meg az egészségügy céljainak felülvizsgálata és átértékelése. Az első: az *orvosilag szükséges (indokolt) és a gazdaságilag lehetséges* gyógyászati beavatkozások közötti ellentét. A pénzügyi kiadásoknak „egészségügyi költségrobbanás” kifejezéssel jellemzett nagy mértékű emelkedése a fejlett országokban mindenütt érzékelhető volt. Nyilvánvalóvá vált, hogy a tudományos és műszaki fejlődés óriási lendülete olyan lehetőségeket teremt a gyógyításban és az egészségügyi ellátásban, amelyeket a gazdaság nem képes fedezni. Az új diagnosztikai berendezések vásárlása és működtetése, az új kezelési eljárások, a gyógyszeripar kutatási költségeinek emelkedése makro- és mikro-szintű allokációs problémákhoz vezetett. A „fenntartható fejlődés” stratégiájának kidolgozásával egyidejűleg tovább nem halasztható feladat lett a medicina céljainak és prioritásainak újragondolása.

A második dilemma a „*technikailag megvalósítható és az erkölcsileg megengedett*” között feszül, vagy ahogyan a német szakirodalom fogalm az: „Dürfen wir alles, was wir können?” azaz van-e erkölcsi jogosultsága mindannak, amit technikailag meg tudunk tenni?<sup>(121)</sup> Az orvostudomány utóbbi évtizedeinek fejlődése a diagnózis és a terápia lehetőségeit korábban elképzelhetetlen mértékben kiterjesztette, de ez egyben azt is jelentette, hogy olyan területekre érkezett, ahol nem rendelkezik erkölcsi támpontokkal. A „tudományos és technikai szûzföld” (wissenschaftliches Neuland) nemcsak lehetőségekben gazdag, hanem lehetséges etikai konfliktusokban is az. A genetikai kutatásoktól kezdve a prenatális diagnosztikán át a mesterséges életben tartásig olyan erkölcsi kérdésekkel szembesül orvos, páciens, de a társadalom is, amelyekre a hagyományos, szilárd bázisú értékrendek sem mindig tudnak megnyugtató választ adni. A fejlődés belátható perspektívái pedig azt

---

<sup>120</sup> Thompson, I.E., Melia, K.M., Boyd, K.M.: Ápolási etika. Medicina, Budapest 1999. 78.o.

<sup>121</sup> Sass, H.M.: Einführung. In: Sass, H.M (ed.) Medizin und Ethik. Reclam Verlag, Stuttgart 1989. 9.o.



sugallják, hogy a jövőben még több olyan erkölcsi kérdés vetődik fel, amelyek már az emberi egzisztencia lényegét érintik, pl. a génmanipuláció vagy a klónozás kapcsán.

Ami a két dilemmára adott választ illeti, az döntő mértékben függ a medicina belső, inherens céljaitól, a felállított prioritásoktól valamint a medicina belső moráljától, a társadalom által rendelkezésre bocsátott anyagi eszközöktől és a társadalmi felhatalmazástól (ti. amit a társadalmi erkölcs elfogad, azt lehet).

Napjainkban egyre többször találkozunk azzal a szemlélettel, amely a medicina céljait, a „mindenhatósággal” szemben, gazdaságilag és erkölcsileg elfogadható keretek között igyekszik megállapítani. A BMA 1997-es új eskü tervezetében pl. kimondja, hogy „az emberi élet meghosszabbítása nem kizárólagos célja az egészségügyi ellátásnak”.<sup>(122)</sup> Az egészség oldaláról vizsgálva a problémát a Callahan – jelentés felteszi a kérdést: mit jelent az egészség egy, nagy nehézségek árán életben tartott, 500 grammos csecsemő és egy 100. életévét már betöltött ember esetében?<sup>(123)</sup>

#### **IV.1.6. Prioritások**

A modern korban a medicina megtartotta a hagyományos célokat (betegségek gyógyítása, egészség megőrzése, fájdalom csillapítása), de másként rendezte a prioritásokat. A már említett nemzetközi kutatási program a következőképpen csoportosít:

- a betegségek prevenciója és az egészség elősegítése, illetve fenntartása
- a fájdalom és a szenvedés csökkentése illetve megszüntetése
- a betegségek kezelése és azok gondozása, akiket meggyógyítani nem lehet
- a korai halál megelőzése, valamint a békés halál elősegítése<sup>(124)</sup>

**Összegezve:** a medicina céljainak és prioritásainak átrendeződése szorosan összefügg a modern medicinában lejátszó dó egyéb változásokkal és a társadalom medicina iránti elvárásainak alakulásával. A medicina belső dinamikája, a tudományos és technikai eszközök fejlődése, valamint az orvosi hivatásrend érdekei – különösen a XX. század második felétől - gyors, expanzív fejlődést diktálnak. A gazdaság által lehetővé tett és a társadalom által rendelkezésre bocsátott anyagi eszközök korlátozott volta, valamint a társadalom erkölcsi kontrolljának erősödése ezt a fejlődést, az utóbbi évtizedekben egyre

---

<sup>122</sup> The Modern Oath of Hippocrates. <http://www.imagerynet.com/hippo.ama.html>

<sup>123</sup> Blasszauer Béla: A medicina célja: új prioritások meghatározása. Szennvedélybetegségek V.évf. (1997) 4.sz. 296.o.

<sup>124</sup> uo. 301.o.

erőteljesebben, határok közé szorítja. Ez az ellentét az egyik forrása az orvosi hivatás és a társadalom közötti viszony romlásának.

#### **IV. 2.1. A modern medicina fogalma és definiálása**

A „modern medicina” kifejezést a külföldi és a hazai szakirodalom is nagyon gyakran használja, anélkül azonban, hogy egzakt definíció állna rendelkezésünkre. <sup>(125)</sup><sup>(126)</sup>  
<sup>(127)</sup> A „modern medicina” alatt érthetjük a természettudományosan megalapozott medicina korszakát, ezt általában a XIX. század kezdetétől számítják. Sokkal gyakrabban használatos azonban a kifejezés a XX. század, ezen belül is annak utolsó harmada, tehát az utóbbi 25 – 30 év orvostudományi eredményeinek jellemzésére.

Ha megkíséreljük definiálni a „modern medicinát”, azt mondhatjuk, hogy az *a jelen és a közeljövő orvoslása*. Olyan ismeretek, technikák és technológiák felett rendelkezik, amelyek az orvosi gyakorlat meghatározó elemeivé váltak és ezzel a diagnózis, a prognózis és a terápia terén *új minőséget* eredményeznek. Az „új minőség” azt jelenti, hogy az orvostudomány nemcsak a hagyományos értelemben vett gyógyításra és fájdalomcsillapításra képes, hanem hogy a legújabb tudományos – technikai fejlődés bázisán állva olyan beavatkozásokat hajthat végre, amelyek *az emberi egzisztenciára lényegi pontokon hatnak, sőt magát az emberi egzisztenciát érintik*. Ilyen beavatkozások pl. a reanimáció, a szervtranszplantáció, in vitro fertilizáció, preimplantációs és prenatális diagnosztika, az életmegg hosszabbító lehetőségek az emberi élet kezdetén és végén, a genetika eredményeinek alkalmazása.

#### **IV.2.2. A modern medicina jellemzői**

##### *Kiszélesedett hatókör*

Az elmúlt évtizedekben a fejlett ill. közepesen fejlett országokban megfigyelhető volt a betegségek jellegének és körének átalakulása, az életévek számának emelkedése, s ezzel az ún. időskori betegségek számának és jelentőségének növekedése. A civilizációs betegségek gyakoribbá válásával évről évre nő a krónikus betegek száma. E folyamathoz

---

<sup>125</sup> Bierich, J.R.: Arzt und Kranker: Wandlungen des Menschenbildes in der Medizin. In: Bierich, J.R. (ed.) Arzt und Kranker. Ethische und humanitäre Fragen in der Medizin. Tübingen: Attempto-Verlag, 1992. 23-33.o.

<sup>126</sup> Geisler, L.S.: Wie sollte moderne Medizin aussehen? Öffentliche Dialogveranstaltung der Schlußbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ vom 2.Querschnittsthema. 2.1 Arzt -Patient-Verhältnis. 201 -203. <http://dip.bundestag.de/btd/14/090/1409020.pdf>

<sup>127</sup> Schipperges, H.: Lebensqualität und medizin in der Welt von Morgen. Passau: Wiss.-Verlag Rothe, 1995.Band 5. 3-6.o.

csatlakozó tendencia az élet általános medikalizációja. To vábbi hatókörnövelést jelent az egészségügyi szolgáltatások megjelenése és terjedése. A prevenció előtérbe kerülése, a betegségek megelőzése, az egészségfejlesztés kiemelt szerepet kap a modern medicinában. A fenti tendenciák következménye, hogy az orvosok szinte korlátlan, mondhatni parttalanra növelt, hatókörrel rendelkeznek. Hogy ennek a kiszélesedett feladatkörnek és a magasra nőtt elvárásoknak eleget tegyen, a modern medicina arra kényszerül, hogy minden rendelkezésére álló eszközt felhasználjon. Erre ösztönzi egyébként saját belső fejlődése és dinamikája is. Ezek az eszközök pedig a tudományos és technikai fejlődés következtében olyan minőségűek és olyan hatékonyak, hogy „az orvosi gondolkodásban és cselekvésben új dimenziókat nyitnak meg” <sup>(128)</sup>

#### *A technomedicina alkalmazása*

A modern technomedicina, vagy ahogyan a külföldi szakirodalomban jelölik, a „High - Tech-Medicina” az orvoslásnak az a szintje, amikor a különböző műszereket, technikai berendezéseket, orvosi technikákat és technológiákat nem kísérleti vagy rendkívüli eszközökként, hanem a napi gyakorlat szintjén, általánosan alkalmazzák, és ez mind a diagnosztikában, mind a terápiában minőségi változást eredményez a hagyományos orvosláshoz képest. A technomedicina a XX. század végére a mindennapi orvoslás szerves része lett, a XXI. században pedig minden valószínűség szerint olyan szintet ér el, hogy „maga köré” szervezi az egész orvoslást. <sup>(129)</sup>

#### *Kórházak és klinikák*

A modern kórházak és klinikák multifunkcionális szervezeti egységek Elsődleges céljuk természetesen a betegellátás: diagnosztika, terápia, ápolás, utógondozás, rehabilitáció, esetleg palliatív ellátás, de emellett más funkciókat is betöltenek. A klinikák és oktatókórházak az orvostanhallgatók és más paramedikális hivatások (nővérek, asszisztensek, stb) képzésének is színterei, s emellett tudományos kutatások is folyhatnak bennük. A gazdasági, technikai és adminisztratív feladatok ellátása külön személyzet dolga. Ezeknek a differenciált funkcióknak a megszervezése és irányítása szintén külön apparátus feladata. Ily módon valóban „nagyüzemi” struktúrák alakulnak ki, amelyek működtetése külön szakértelmet kíván. <sup>(130)</sup>

---

<sup>128</sup> Labisch, A., Paul, N., Rage, G.: Medizin. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 630-646.o.

<sup>129</sup> Vö:Kapocsi Erzsébet: High-Tech Medicine and the Physician – Patient Relationship. Ethics & Medicine 19:2(2003):69-74.

<sup>130</sup> Rohde, J.J.: Krankenhausumbau. Ein Blick auf die Wandlungen im Klinikbetrieb. In: Hausmann, W. (ed): Medizin Morgen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1980. 203 -220.o

## V. AZ ORVOSI HIVATÁS A XX-XXI. SZÁZADBAN

„Ami nem változott: a tény, hogy a társadalomnak szüksége van orvosokra, akik szakmailag kompetensek, erkölcsösek és elkötelezettek”  
(Irvine)

### V.1. A „régí” szerződés

A modern korban kialakult orvosi hivatás *kettős meghatározottságú*: egyik eleme a *gyógyító szerep*, a másik a *professzionális státusz*. Az emberiség minden korszakában voltak gyógyítók, akiket a társadalom felhatalmazott erre a tevékenységre vagy legalábbis legitímálta működésüket. Amíg az orvoslás viszonylag egyszerű tevékenység volt, nem igényelt különösebb szervezeti struktúrát. A társadalom differenciálódásával és a tudományok fejlődésével párhuzamosan kialakult egy csoport, akik a gyógyítással hivatásszerűen, professzionális módon foglalkoztak és mind tevékenységük gyakorlása, mind annak oktatása felett monopóliumot szereztek.

A nyugati kultúrában a gyógyító szerep a hippokratészi tradícióra nyúlik vissza, az orvosok professzionális szerveződése pedig a középkori egyetemi oktatásban és céhes működésben gyökerezik. Az újkor kezdetével, az ipari forradalom által érintett országokban, a medicina egy gyors szociokulturális fejlődésbe ágyazódott be. A modern egészségügy mint komplexum létrejöttével egy olyan társadalmi alrendszer alakult ki, amelynek szakmai vezetésére és működtetésére a társadalom az orvosi hivatásrendet látta a legalkalmasabbnak. A kölcsönös egymásrautaltság és függőség (a társadalomnak szüksége volt az orvosok szakértelmére, az orvosoknak eszközökre, intézményi struktúrára, pénzre) végül „szerződésként” realizálódott.<sup>(131)(132)(133)</sup> Az orvosi hivatás és a társadalom között létrejött egy implicit megállapodás, amelyben mindkét fél meghatározott kötelezettségeket vállalt.

Az orvosi hivatásrend és a társadalom közötti *szerződés* azon a hallgatólagos megállapodáson alapult, hogy a társadalom tiszteletben tartja a hivatás szakmai és erkölcsi autonómiáját, továbbá felruhazza az orvosképzés feletti szakmai (és részben szervezeti) kontrollal valamint a belső szakmai és etikai ellenőrzés és – szükség esetén – szankcionálás jogával. Cserébe a professzió megbízható szakmai színvonalú, altruista

<sup>131</sup> Cruess, S.R., Cruess, R.L.: Professionalism: a contract between medicine and society. CMAJ (Canadian Medical Association Journal) 2000;162:668 -669.

<sup>132</sup> Lázaro, J.: Doctors' status: changes in the past millennium. Lancet 2000;354:siv17.

<sup>133</sup> Klein, R.: The state and the profession. Br Med J 1990;301:700 -702.

szolgálatot és szolgáltatást nyújt, mind az egyénnek, mind a közösségnek. A szövetség alapja és megtartásának garanciája a hivatás szilárd erkölcsi – etikai bázisa és szigorú morálja volt. Ennek fejében a társadalom – a törvényhozás útján - csak a szükséges mértékig biztosította jogi eszközökkel a saját és polgárai érdekeit, egyebekben elfogadta a hivatás szinte teljes autonómiáját és a hivatás felelősségévé tette a szerződés megtartását.

Azokban az országokban, ahol állami finanszírozású egészségügyi ellátó rendszer alakult ki, a társadalom és az orvosi professzió közötti szerződéshez egy harmadik fél is társult (a társadalom oldalán): maga az állam. A továbbra is csak implicit szerződés azonban lényegében nem változott. Az állam biztosította a megfelelő anyagi eszközöket az általa elvárt közösségi és / vagy egyéni szolgáltatásokhoz, ellenőrizte azok felhasználását, de a hivatás belügyeibe nem kívánt beleavatkozni. <sup>(134)</sup>

Ennek a régi szerződésnek az alapja tehát – mint az egyes páciens és az egyes orvos között is – a *bizalom* volt. Minőségről, standardizált szolgáltatásokról, páciensjogokról itt még nem esik szó. A páciens egyébként is passzív résztvevője volt csak az egészségügyi ellátásnak, hiszen mindent áthatott a „doctor knows best” alapelve. Ezzel együtt a régi szerződés nemcsak nagyfokú önállóságot, hanem nagyon magas társadalmi presztízsét és erkölcsi tekintélyt is biztosított az orvosi hivatásnak.

A XX. század második felében és még inkább utolsó harmadában radikális változások zajlottak le az orvosi hivatásrend – páciensek – társadalom viszonyrendszerében. A medicinát érintő változásokat az előző fejezetben vázoltuk, a hivatás változásait annak specifikus jellemzői mentén vesszük számba.

### **V.2.1 Speciális szaktudás és készségek**

A speciális, laikusok által nem érthető és birtokolható *szaktudás és készségek együttese* hagyományosan a hivatás egyik lényegi eleme. Ez a szaktudás az emberi test és lélek működésére vonatkozik, tehát különleges egyéni és társadalmi értékeket érint. A XX. század második felében és várhatóan a XXI. században az orvosi tudás és szakértelem a hagyományos területeken tovább mélyült; két fontos területen pedig kibővült.

Az egyik terület a természettudományos *határtudományokkal való kooperáció* (molekuláris biológia, fiziológiai kémia, össejtkutatások, genetika, genetikai farmakológia). Az ezeken a területeken végzett kutatások, főként az emberi genommal vagy az össejtekkel

---

<sup>134</sup> Ham, C., Alberti, K.G.M.M.: The medical profession, the public, and the government. BMJ 2002;324:838-842.

kapcsolatos alapkutatások, nem mindig irányulnak a betegek közvetlen gyógyítására, ugyanakkor nehezen megválaszolható erkölcsi kérdések sokaságát vetik fel (embriókon való kísérletezés, a genetikai információ birtoklása, stb). A kutatási eredményekkel párhuzamosan jelentősen megnőtt az orvosi diagnosztika hatóköre és lehetséges működési területe. A modern orvostudomány paradoxona azonban, hogy nem minden diagnosztizált betegséget képes gyógyítani, s ezzel felvetődik az ilyen típusú diagnosztika értelmének és hasznosságának kérdése. <sup>(135)</sup>

A másik terület az orvostudomány szolgálatában álló *technikai eszközök, műszerek* kompetens kezelése. A modern orvosi technika kezeléséhez szükséges tudás és szakértelem, a gépek bonyolultságával egyenes arányban, egyre jobban felértékelődik. Ez a fejlődési tendencia egyrészt azt eredményezi, hogy az orvos és páciens közötti viszony „elgépiesedik”; másrészt tovább nő az orvosi szakterületek specializációja. Miközben azonban egy orvos egyre szűkebb szakterületről egyre mélyebb tudással rendelkezik, elveszíti az „egész”-ben való gondolkodást, a betegség egészét, illetve az egész embert átfogó látásmódját. Kétségtelen ugyanakkor, hogy a technikai szaktudás egy új típusú autoritást is ad a hivatásnak. Nem elhanyagolható a technikai eszközök által felvetett erkölcsi problémák sora: az előnyök és hátrányok mérlegelése, a diagnosztikus vizsgálatok ésszerű limitálása, a technikai eszközök kihasználása, az allokáció olyan kérdések, amelyek már túlmutatnak a hagyományos orvostikai dilemmákon. <sup>(136)</sup>

A „kutató medicina”, a „diagnosztizáló medicina” és a „technomedicina” következményei - a *technicizálódás, a specializálódás, a fragmentálódás* - mind az orvos – beteg kapcsolatban, mind a hivatás belső struktúrájában lényegi változásokat vonnak maguk után. Mindkét területen szembetűnő a gyógyító szerep és a professzionális státusz elválása, egymástól való távolodása.

Az orvosi szakma specializálódása, sőt a hagyományos területek szegmentálódása is olyan nagy már, hogy az emberi test szinte minden részének külön szakértője van. Ezen túl lényegi változás, hogy a klasszikus feladat, a gyógyítás, már nem magától értetődő funkciója a professzió minden tagjának. Napjainkban a diplomával rendelkező, esküt tett, kamarai tagságot viselő orvosok egy jelentős hányada működése során soha sem vagy nagyon ritkán kerül kapcsolatba betegekkel (ÁNTSZ és egyéb tisztviselők, kutató orvosok, oktatók, gyógyszerlátogatók, orvos – menedzserek). Más részük esetében ez a kapcsolat

---

<sup>135</sup> vö: Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen. Bundesministerium für Bildung und Forschung. November 2000. [www.bundesministerium.de](http://www.bundesministerium.de).

<sup>136</sup> Eigler, J.: Medizintechnischer Fortschritt und ärztliches Ethos. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Band 2. de Gruyter, Berlin, New York 1997. 163-164.o.

csak nagyon közvetett, mint a diagnosztizáló orvosok (labor, röntgen, genetikai diagnosztika, UH, PET ) esetében. Az egészségfejlesztéssel, egészségvédelemmel, prevencióval foglalkozó orvosok pedig nem betegekkel foglalkoznak. Természetesen mindezek a tevékenységi körök nagyon fontosak és hozzátartoznak a professzió „profiljához”, de nem a gyógyító szerephez.

Vannak országok – pl. hazánk is – ahol az orvosok az egészségügyi intézményeknek nemcsak a szakmai, hanem a gazdasági, személyzeti, stb. irányítását is végzik („igazgató főorvos”). A menedzseri feladatok ellátása olyan gazdasági, piaci, egyéb **menedzselési ismereteket** követel, amelyek nem tartoznak a hagyományos orvosi szaktudáshoz. A magánintézményt vagy vállalkozást működtető orvosok esetében ugyanez a helyzet. A szükséges kompetenciák megszerzése, közgazdasági, jogi, menedzseri plusz-képesítésekkel, erősítheti az egyes orvosok és az egész hivatás professzionális státuszát, de ez konfliktusba kerülhet a gyógyító szereppel. Szélsőséges esetben a beteg érdeke (az orvos elsődleges feladata) szemben állhat az intézmény vagy a vállalkozás gazdasági illetve profit érdekeivel.

### V.2.2. „Humán” szaktudás

A speciális szaktudás a XIX. század óta szinte kizárólag természettudományos szaktudást jelentett és jelent részben még ma is. Ez azonban csak az újabb kor fejleménye, hiszen az antikvitás korától kezdve az orvostudomány mindig **egyszerre volt természet- és társadalomtudomány**. A XX. század vége felé újra egyre nagyobb szerepet kap a lélekkel, pszichével, a betegségek társadalmi dimenziójával való foglalkozás, ami megköveteli a humán tudományok mint egyenrangú diszciplínák integrálását mind az egyetemi stúdiókba, mind az orvosi praxisba.<sup>137</sup>

A szaktudás mellett **készségek és képességek** különleges együttese legalább olyan fontos, mint az alap – tudás, hiszen az orvoslást lényegében a benne megjelenő erkölcsi tartalom teszi azzá, ami. A betegekkel való bánás „művészete” (ars) a hippokratészi tradícióig nyúlik vissza. Ennek lényegi elemei: elkötelezettség, altruizmus, empátia, együttérzés, türelem, bizalom, kapcsolatépítés, kommunikációs készség. Ezek nélkül az attitűdök és készségek nélkül az orvos nem több, mint egy „biomedikális technikus”<sup>(138)</sup>

<sup>137</sup> Global minimum essential requirements in medical education. Medica 1 Teacher 2002;24(2):130-135.

<sup>138</sup> Martin,J., Dacre,J.:Professional attitudes:why we should care. Clin Med JRCPL 2002;2:2182 -2184.

### V.2.3. Szisztematikus és speciális felsőfokú tanulmányok

Az orvosi szaktudást csak szisztematikus és speciális felsőfokú tanulmányok során lehet elsajátítani. Orvosi tanulmányokat csak egyetemen lehet folytatni és csak nappali tagozaton, az alapképzési idő hat év, ehhez járulnak még a szakvizsgá/k/hoz szükséges tanulmányok. Minden területen kötelező egy (vagy több) szakvizsga. Mindez a hivatás számára a **képzés monopóliumát** biztosítja.

Az orvosok számára már az ókortól kezdve kötelező volt a mesterség továbbadása szigorú rendjének a betartása. Ez nemcsak azt jelentette, hogy az orvosoknak oktatniuk kellett leendő kollégáikat, hanem azt is, hogy ezt maximális szakmai és erkölcsi színvonalon kellett tenniük. A követelmény az ókor óta semmit nem változott, megváltozott viszont az egyetemeken **oktató orvosok státusza és feladatköre**: ők egy személyben kutatók, klinikusok és tanárok – sőt vannak, akik még egyetemi tisztségeket is vállalnak. Kérdés, vajon kompetensek-e mindegyik területen? <sup>(139)</sup> Sajnos, nem ritka, hogy az akadémiai karrierre vágyó orvos számára – a gyógyítás mellett - fontosabb lett a kutatás és a publikálás, mint az oktatás.

Az orvostanhallgatók elméleti és gyakorlati képzését döntően ma is orvosok végzik. Vannak közöttük, akik csak oktatnak – esetükben megint észrevehető a gyógyító és professzionális szerep eltávolodása. Ez azonban természetesen nem jelenti azt, hogy munkájuk értéktelenebb lenne! A gyakorló orvosok nem csak tudásukat és tapasztalataikat adják át, hanem **szakmai és erkölcsi modellként** is szolgálnak a hallgatóknak. <sup>(140)</sup> Olyan példaképekre és mentorokra van szükség, akik elkötelezettek a hivatás iránt és mély empátiával foglalkoznak a hallgatókkal. A „rejtett curriculum” hatása azonban nagyon sokszor ellentétes a hirdetett elvekkkel és gyakorlattal. A következmények az évtizedek folyamán olyan súlyosak lettek, hogy ma már a szakirodalom is komolyan foglalkozik a problémával. <sup>(141)</sup>

### V.2.4. Önképzés és továbbképzés

Az orvosi hivatás élethosszig szóló vállalás. A professzió által megkövetelt szakmai és etikai kompetencia szükségessé teszi az orvosok **állandó ön- és továbbképzését**. A szakmai folyóiratok tanulmányozása, konferenciákon, szakmai fórumokon való részvétel

---

<sup>139</sup> Editorial. Researcher, clinician or teacher? Lancet 2 001;357: 1543.

<sup>140</sup> Paice, E., Heard, S., Moss, F.: How important are role models in making good doctors? BMJ 2002;325:707-710.

<sup>141</sup> Wear, D.: On White Coats and Professional Development. The Formal and the Hidden Curricula. Annals of Internal Medicine 1998;129:734 -737.



elengedhetetlen követelmény a medicina fejlődésével lépést tartani akaró orvosok számára. Az ehhez tartozó publikációs és előadói tevékenység azonban mintha kezdene öncélúvá válni. A hivatás belső hierarchiájában való feljebb lépés, a tudományos fokozatok megszerzése, azaz a *professzionális karrier* lehet nagyon ösztönző, az egyént és a hivatást egyaránt előre vivő hajtóerő. Az „impakt faktor” bűvköre és kényszere azonban sokszor vezet erkölcsileg vitatható „belső szokásokhoz” (6 – 7 szerzős cikkek, kölcsönös publikálások), amelyek mögött nincs mindig valós teljesítmény és nehéz megítélni a tényleges, személyes hozzájárulást a közlemények tartalmához. <sup>(142)</sup> Ha a hivatás szakmai és etikai önkontrollja jól működik, kiszűri, illetve lehetetlenné teszi az ilyen manipulációkat.

#### **V.2.5. Speciális tevékenység, speciális szolgáltatások**

Az orvosi hivatás gyakorlata – különleges értékekre vonatkoztatottsága miatt – mindig speciálisnak voltak tekinthető, miként a „szolgáltatás” kifejezés sem használható hétköznapi értelmében. A *speciális szolgáltatások*: egészség és betegség definiálása s ebből következően diagnózis felállítása, terápia meghatározása, a terápia eszközeinek kiválasztása, stb., mindezek nemcsak speciális, hanem monopolizált szolgáltatások is. Speciális a szolgáltatás abban az értelemben is, hogy az orvosi tevékenység nem csak a helyes és helytelen pragmatikus különbségtétele szerint ítéelhető meg, hanem a *jó és a rossz morális differenciája* szerint is. Ez a kétféle értékelés elválaszthatatlan egymástól.

A XX. század végének egyik nagy dilemmája, hogy *az orvosi hivatás szolgálat vagy szolgáltatás*. (Az angol „service” szó mindkettőt jelenti, s az angol szakirodalom általában körülírással fejezi ki a szolgálatot, mint például „altruistic service”). Véleményünk szerint a „szolgáltatás” kifejezés kétféle értelemben használható. 1.) Szolgáltatás: mint a gyógyítás körülményeinek megteremtése. A hivatás tárgyi feltételei, eszközei, a betegellátás körülményei (kórházak hotel szolgáltatása, rendelők felszereltsége) minősíthetők ill. kategorizálhatók úgy, mint magas színvonalú szolgáltatások; azonban maga az orvos - beteg viszony – a betegség inherens természete és a beteg ebből eredő kiszolgáltatottsága miatt – nem. 2.) Szolgáltatás: mint „a lakosság szükségleteit kielégítő, de új termékeket létre nem hozó gazdasági tevékenység.” <sup>(143)</sup> A XX. század végének és a XXI. elejének egyik lényeges, az orvosi hivatást is érintő változása, hogy a professzió bizonyos tevékenységi körét valóban - a szó fentebbi második értelmében – *kommerciális*

---

<sup>142</sup> Fletcher, R.H., Fletcher, S.W. The future of medical journals in the western world. Lancet 1998; 352: Supplement 2.

<sup>143</sup> Magyar Értelmező Kéziszótár. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1982.

**szolgáltatásként** kínálja. A definíció mindhárom el eme érvényes az orvosi szolgáltatásokra is, még akkor is, ha az ilyen típusú vállalkozások az egészséget kínálják „terméküként”.

Ebbe a körbe tartoznak (jelenleg) a legkülönbélebb diagnosztikai tevékenységek, az esztétikai célú plasztikai sebészet és testalakítás, az egészségfejlesztéssel, egészségmegőrzéssel foglalkozó wellness és fitness szolgáltatások, a fogorvosi, szemészeti, bőrgyógyász - kozmetológiai beavatkozások bizonyos fajtái. Magyarországon ezeknek a szolgáltatásoknak szinte 100% -t orvosok kínálják, akik mindenben megfelelnek a professzió követelményeinek (orvosi diploma, eskü, kamarai tagság, stb). Ők egyben a vállalkozások vezetői vagy tagjai is, tehát üzletemberek. Szolgáltatásaikat szabad piacon megvásárolható árukként kínálják, hirdetik és reklámozzák. Ebben a kereskedelmi tevékenység minden eleme megtalálható: hirdetés, reklám, akciók. <sup>(144)</sup>

A hivatás „szolgálat” vagy „szolgáltatás” dilemmája valószínűleg a 21. század **egyik legnagyobb kihívása** lesz az orvosi professzió számára. Nem kevesen vannak, akik az orvosi hivatást csak és kizárólag „*altruista szolgálatként*” képesek értelmezni és a jövőben is ilyennek szeretnék megőrizni. Mint a szakirodalom, ezt az álláspontot képviselő, valamennyi cikke leírja, ez elsősorban azt jelenti, hogy az orvosnak a páciens érdekeit kell mindenek fölé helyezni, még a saját (anyagi, karrier -, tudományos, stb) érdekei fölé is. Jelenti továbbá a magas fokú erkölcsiséget és egy sor olyan attitűdöt, ami a hagyományos hivatást jellemezte (humanizmus, önzetlenség, mély empátia, a beteg tisztelete, alázat a tudomány előtt, a „dühödt gyógyítás” elvetése, a humán értékek preferálása a technikával szemben, stb.) E tábor hívei ugyanakkor elismerik, hogy bizonyos új elemeket integrálni kell a „modern szolgáltató hivatásba”. Ilyenek pl. a páciensautonómia elve, a korlátozott anyagi eszközök igazságos elosztása, stb. <sup>(145)</sup><sup>(146)</sup> Ez a felfogás nem zárja ki, inkább feltételezi, az „egészségügyi szolgáltatásokat” azaz a gyógyítás körülményeinek minél magasabb színvonalát, amely orvost is, beteget is meglelédéssel tölt el.

A „szolgáltatás” hívei azzal érvelnek, hogy a modern egészségügyben anakronisztikus a fentebb vázolt felfogás; a medicina tudományos és technikai fejlődése új típusú orvos – beteg kapcsolatot kíván meg és tesz lehetővé. Nem mindenki szeretné, hogy az orvos „spirituális segítő” legyen, elég, ha magas szakmai színvonalon teljesíti a kliens / páciens óhajait és mindenben az ő igényei szerint jár el. Ha a modern egészségügy egy piacorientált társadalmi szektor, akkor a piac törvényei vonatkoznak rá is; vagyis a

---

<sup>144</sup> Vö. Kapocsi Erzsébet: Az egészség mint áru – az orvos mint üzletember. NETT Kongresszus Szekszárd 2004. Előadáskivonatok 96.o.

<sup>145</sup> Barondess, J.A.: Medicine and professionalism. Arch Intern Med. 2003;163:145-149

<sup>146</sup> Irvine, D.: Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework. Lancet 2001;358;1807-1810.

medicina üzlet, aminek fő motiváló ereje a profit. Az új orvos ideál: a sikeres üzletember.<sup>(147)</sup> Ami az etikát illeti, az üzleti etika, vagy a szolgáltatói etika tökéletesen megfelel az új viszonyoknak és új típusú orvos – beteg kapcsolatnak.

A vitát minden valószínűség szerint a jövő fogja majd eldönteni. A szakirodalomban ismert az a nézet, miszerint a *hivatás és az üzlet* nem zárják ki egymást, csak a két szélsőségtől kell tartózkodni. Az egyik pólust az „altruista misszionárius” jelképezi, a másikat a „pénzsóvár” (money grubber) orvos. Az orvosok többsége a két szélsőség között helyezkedik el. <sup>(148)</sup><sup>(149)</sup> A jövőt illetően a legvalószínűbb lehetőség, hogy az egységes orvosi hivatás többpólusúvá vagy többsíkúvá válik és többféle orvos – beteg kapcsolatot, valamint hivatásetikát integrál magába. Lesz az egészségügynek olyan ága, ahol a szolgáltatás dominál és lesz, ahol a klasszikus szolgálat. Előbbi valószínűleg az egészségmegőrzés területe, utóbbi a klasszikus gyógyítás és palliatív ellátás területe. Véleményünk szerint ez utóbbi területen az orvos – beteg viszony, illetve annak lényege, soha nem válhat tökéletesen „szolgáltatóivá”, sem teljesen kereskedelmi jellegűvé.

#### **V.2.6. Monopolizált tevékenység és szolgáltatások.**

A hivatás fejlődésének egyik fontos etapa volt, amikor az akadémikus végzettségű orvosok a gyógyító tevékenység peremére szorították a „nem professzionális” gyógyítókat és monopóliumot szereztek tevékenységük és annak irányítása felett. Napjainkban az *alternatív medicina* újra hatalmas kihívás a professzió számára. Az alternatív vagy más néven komplementer medicina térhódításának okai sokfélék és sokrétűek (csodavárás, divat, társadalmi igény) de bizonyosan lényeges szerepet játszanak benne az orvos – beteg viszony átalakulása, a klasszikus orvosi kommunikáció elsorvadása, a karizmatikus gyógyító szerepének felcserélődése a technikai szakértőére, valamint az orvosi szakma általános presztízsvesztése.<sup>(150)</sup>

Az alternatív medicina (természetgyógyászat) művelői nagyon heterogén csoportot képeznek a „falusi gyógyítótól” kezdve az íriszdiagnosztikán és akupunktúrán át a homeopátiás gyógyítókig. Ami jellemző tendencia: egyre több diplomás orvos választja fő- vagy kiegészítő tevékenységként ezt a területet. Az orvosi professzió reakciója a kezdeti merev ellenállás után jelentősen módosult az alternatív medicinával szemben: megpróbálja

---

<sup>147</sup> Lundberg, G.D.: Medicine – A Profession in Trouble? JAMA 1985;253:2879-2880.

<sup>148</sup> King, L.S.: Medicine – Trade or Profession? JAMA 1985;253:2709-2710.

<sup>149</sup> Lundberg, G.D.: The Business and Professionalism of Medicine. JAMA 1997;278:1703-1704.

<sup>150</sup> Buda L.: Kultúra, tudomány és individuum. Az alternatív medicina szerepe a gyógyításban. LAM 1996;6(11):670-675.

részben *ellenőrzése alá vonni* (vizsgakötelezettség a természetgyógyászok számára) részben *integrálni* (alternatív medicina tanszék). Az egyetemet végzett, diplomás orvosok számára ez a professzionális státusz megtartását jelenti, az alacsonyán képzett praktizálók számára pedig csatlakozást egy elit hivatás külső köréhez és ezzel emelkedést a társadalmi ranglétrán. Az orvosi hivatás egésze szempontjából az utóbbiak szerepe a nyugtalanító: ők a gyógyítók tevékenységét gyakorolják – professzionális státusz nélkül. Ami valószínűleg a legfontosabb a tevékenységükben – s ami az embereket hozzájuk vonzza - az, hogy időt áldoznak a betegekre, türelmesek, végighallgatják a testi – lelki panaszokat, vagyis törődnek velük. A betegek náluk megkapják mindazt, amire a modern egészségügy kimerült, agyonhajszolt orvosainak már sem ideje, sem energiája nincsen. Az orvosi hivatásnak pedig számot kell vetnie azzal, hogy gyógyítási monopóliumát komoly kihívás érte és éri. Siegrist véleménye szerint három speciális tevékenység biztosítja az orvosok hatalmi pozícióját a nem-orvos gyógyítókkal szemben: jog és képesség diagnózis felállítására, jog és képesség operatív beavatkozásokra, jog gyógyulást eredményező intézkedések előírására, különösképpen gyógyszerek rendelésére. Mindhárom tevékenység az orvos tudományos és instrumentális tudásán alapul és ez jogosítja fel elvégzésükre. <sup>(151)</sup>

### V.2.7. Autonómia

A hivatás jellemzői közül a szakmai autonómia tűnik a legfontosabb elemnek. Maga Freidson is ezt tartja *az orvosi hivatás differencia specifikájának*, azaz minden mástól megkülönböztető jegyének, s a kortárs szakirodalom lényegében ugyanezt az álláspontot vallja.

Az autonómia összetett, több elemet magában foglaló jegy. Miután a hivatás bázisa a különleges szaktudás, erre alapozódik a szakmai, vagy más néven, klinikai autonómia. A hivatás egésze számára ez azt jelenti, hogy a.) maga határozza meg tevékenysége *tárgyát* (egészség, betegség), s eközben újra értelmezi a laikusok által megtapasztalt és értelmezett problémákat, egyben újrastrukturálja a szociális realitást. <sup>(152)</sup> b.) Maga határozza meg a tevékenysége *módszerét* (azaz a szakma szabályait, standardjait). c.) Maga határozza meg és *szabályozza* az interperszonális kapcsolatokat hivatáson kívül és belül d.) Maga ellenőriz és szankcionál ( *kontroll*). Ez a négy szempont természetesen nem válik szét a gyakorlatban, együtt képezik az autonómiát.

<sup>151</sup> .Siegrist, J., Schreiber, H-J., Heuer, S.: Arzt-Patient-Beziehung. In: Korff W , Beck L, Mikat P (eds.): Lexikon der Bioethik. Band 1. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 238-248.o. (id.240.o.)

<sup>152</sup> Freidson, E.: Der Arztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1979. 1. o.

A szakmai autonómia az egyes orvos számára azt jelenti, hogy kötelessége és egyben felelőssége önállóan diagnosztizálni a betegséget, meghatározni a gyógymódot, valamint szakmailag és erkölcsileg mindent megtenni a páciens érdekében. Köteles tudása integritását folyamatosan fenntartani és az etikai normákat maximálisan betartani. Ha személyes prioritásai és hivatásbeli kötelességei konfliktusba kerülnek egymással, az utóbbiakat kell választania, mindenek előtt a páciens érdekeinek elsőségét.<sup>(153)</sup> Ez az autonómia – felfogás egészen a 20. század második feléig a paternalista orvos – beteg kapcsolatban nyilvánult meg.

A hivatás autonómiájának elemeit vizsgálhatjuk részenként, de annak tudatában, hogy ezek az elemek átszövik egymást. A *tevékenység tárgyának* meghatározása, azaz a beteggé, illetve egészségessé nyilvánítás, kezdettől fogva a hivatás alapvető feladata, de egyben kiváltsága is volt. Mint az „egészség és betegség definiálása” c. fejezetben is láttuk, az orvosi szemléletmód a XX. század második felében rendkívüli módon kitágította mindkettő fogalmát, ezzel hatókörét kiterjesztette az emberi élet szinte minden szakszára. Az egészség védelmével és a betegségek gyógyításával a professzió kontrollja gyakorlatilag az egész társadalomra kiterjed. Ebben a folyamatban az utóbbi két évtizedben minőségi változás történt: az ember *mint ember* vált az orvostudomány tárgyává. Azzal, hogy a mesterséges megtermékenyítés és a prenatális diagnosztika bevonultak a mindennapi gyakorlatba, a génmanipuláció és az emberklónozás pedig karnyújtásnyi távolságra vannak, maga az ember lett biológiailag „tervezhető”, kontrollálható és manipulálható. Ez nemcsak óriási felelőssége az orvosi hivatásnak, hanem ismételten felveti a társadalmi megbízatás kérdését: kinek van joga eldönteni, hogy milyen emberek szülessenek?

Az orvosi professzió a *tevékenysége tárgyának* definiálásával egyben meghatározza *tevékenysége* mikéntjét, *módszerét* is, vagyis a gyógyítás és egészségvédelem standardjait. Az orvosi szakma szabályainak meghatározása mindig is a hivatás abszolút belügye volt és itt fontos kritérium, hogy a medicina inherens bizonytalan ságából következően nem a kezelés eredményessége a döntő, hanem az, hogy megfelelt-e a szakma szabályainak az eljárás.

A hivatáson belüli és kívüli *interpersionális kapcsolatok* standardjainak és normáinak a meghatározása szintén a professzió hatáskörébe tartozik. Az autonómiának ezt az elemét tekinthetjük a *hivatás erkölcsi autonómiájának* is. Ide tartoznak: a kollegiális kapcsolatok, a paramedikális hivatásokhoz való viszony, a páciensekhez és tágabb értelemben a

---

<sup>153</sup> Barondess, J.A.: Medicine and professionalism. Arch Intern Med. 2003;163:145-149.

társadalomhoz fűződő kapcsolat mind a hivatás egészének, mind az egyes orvosoknak a vonatkozásában.

Végül, de nem utolsósorban, a hivatás autonómiájának lényegi összetevője **a belső kontroll és szankcionálás** joga és egyben kötelessége. A hivatásrend belső, szakmai és erkölcsi, kontrollja évszázadokig az egyik legféltettebb privilégiuma volt az orvosoknak – és ma is az. Az a tény, hogy orvost csak egy másik orvos vagy orvosi bizottság minősíthetett, bizonyította, és egyben biztosította a hivatás tekintélyét a páciensek és a társadalom előtt. A belső kontroll alapja és indoka a szakértelem kizárólagos birtoklása volt, s így az olyan intézményi kérdésként jelent meg, amiben a laikusok nem kompetensek.

### **V.2.8. Változások a hivatás autonómiájában**

A modern kor lényeges pontokon hoz változást az autonómia elemeiben.<sup>(154)</sup> Mint már többször is érintettük, az autonómia – a szakirodalom egybehangzó véleménye szerint – a hivatásnak, a társadalom által, *adományozott* kiváltsága, tehát módosítható, vagy akár vissza is vonható. Mivel az autonómia a hivatás identifikációjának egyik legfontosabb eleme, az e téren történt változások a hivatás legbelső lényegét érintik és felvetik a hivatás újradefiniálásának kérdését.

Az autonómiába való beavatkozás nem spontán módon történt, hanem okok összefüggő láncolata vezetett ide: társadalmi változások, az egészségügy komplex rendszerré válása, a medicina teljesítményével való elégedetlenség, a költségek növekedése, egyes orvosok szakmailag és erkölcsileg kifogásolható teljesítménye.

#### **V.2.8.1. Törvényi szabályozás**

A XX. században minden fejlett országban megjelenik az **egészségügy törvényi szabályozása**, amihez a század második felében csatlakozik a **betegjogok** törvénybe iktatása. Bár a törvények és a betegjogok betartása az orvosok számára is védelmet jelentenek, a hivatás tagjai úgy érzik, hogy tevékenységükre a „jog hálója borul” és ezzel csorbul autonómiájuk.<sup>(155)</sup>

A magyarországi betegjogok közül néhány (az önrendelkezéshez való jog, az ellátás

---

<sup>154</sup> Kapocsi E: Az orvosi hivatás autonómiájának etikai vonatkozásai LAM 2000;10(4):358 -364.

<sup>155</sup> Laufs, A.: Arztrecht. In: Korff W, Beck L, Mikat P (eds.): Lexikon der Bioethik. Band 1. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 261-267.o. (id. 264.o.)

visszautasításának joga, az intézmény elhagyásának joga) gyakorlatilag korlátozza az orvosi tevékenységet, s a beteg autonómiájának biztosít primátust - akár a hivatásbeli kötelességekkel szemben is. Más jogok (az ellátásban közvetlenül közreműködő személyek nevének, szakképesítésének, beosztásának megismerése, az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga) olyan közegben adnak illetékességet a páciensnek, amelyek hagyományosan kizárólag „orvosi felségterületnek” számítottak. A hivatás lényegét érintő változás úgy fogalmazható meg, hogy amíg a tradicionális orvos – beteg kapcsolatban az orvost (társadalmi megbízatásán túl) szaktudása és moralitása hatalmazta fel az orvosi beavatkozásra, addig a modern medicinában, az autonómia elv alapján, *a beteg beleegyezése adja meg az orvosi tevékenység legitimációját*. Mindezek együttesen az orvosi hivatáskép mélyreható változásával járhatnak.

A jog szükséges, de nem elégséges feltétele az orvosi kapcsolatrendszer szabályozásának. A hivatás tevékenységét olyan individuális és „finom” etikai dilemmák kísérik, amelyek alatta maradnak a törvényi szabályozás „küszöbének” és amelyek érzékenyebb erkölcsi normák alkalmazását teszik szükségessé.

#### **V.2.8.2. Gazdasági szabályozás**

Az orvosi hivatás nagy „trilemmája” a modern korban, hogy bármely, orvosilag indokolt és technikailag kivitelezhető kezelésnek meg kell felelnie két további kritériumnak: etikailag elfogadható és költséghatékony azaz **gazdaságos** is legyen. A gazdaságosság, költséghatékonyosság, átlátható gazdálkodás lényegi szempontok az egészségügy működésében. Az **allokáció**, azaz a korlátozott eszközök igazságos elosztásának kérdése a modern egészségügy egyik nagy – sokak szerint a legnagyobb – problémája. Bár a hivatás etikai normái kötelességévé teszik minden orvosnak, hogy a társadalom érdekeit is figyelembe vegyék, az orvosok többsége hivatásuk autonómiájának korlátozását és a bürokrácia növekedését látja a menedzsment intézkedéseiben. <sup>(156)</sup>

Az egészségügy mint komplex rendszer megköveteli azt is, hogy minden páciens azonos színvonalú és minőségű szakmai ellátásban részesüljön. Ezt a törekvést a társadalmi igények is alátámasztják. A ma és a jövő orvosának praxisát tudományos evidenciák alapozzák meg (Evidence Based Medicine), szakmai **standardok, guideline-ok, irányelvek** határolják körbe. Munkájukat minőségbiztosítás és betegelégedettségi

---

<sup>156</sup> Hennekeuser, H.: Zwischen Ethik und Wirtschaftsgebote. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Band 3. Walter de Gruyter, Berlin -New York 1998. 145.o.

vizsgálatok kontrollálják. Az orvosok reakciója egyrészt a „defenzív medicina” lesz, másrészt autonómiájuk elvesztésének az érzése.

### **V.2.8.3. Belső szabályozás és kontroll**

Az orvosi hivatás autonómiájának a laikusoktól leginkább elzárt területe, hosszú évszázadokon keresztül, a belső *szakmai és etikai kontroll* volt. A XX. század második felében az orvosi műhibák nyilvánosságra hozatala a médiában, valamint a páciensek által indított kártérítési perek számának látványos emelkedése ezt a féltett, legbelső területet is a társadalmi kontroll elé tárta. Az orvosok nagyon érzékenyen reagálnak a nyilvánosságra és a jogászokban inkább ellenséget, mint partnert látnak.<sup>(157)</sup> Autonómiájuk alapvető megingását látják a műhiba perekben és nem véletlenül. Ezekben az ügyekben - bár igazságügyi szakmai vélemény alapján - egy független és laikusokból álló bíróság mondja ki az ítéletet, s nem ritka az a felfogás, hogy sokszor az ügyvédek kvalitásai döntenek az eredményt.

Bármennyire idegenkedik is az orvostársadalom a *külső kontroll* gondolatától, látni kell, hogy a társadalmi bizalmat nagymértékben befolyásolja, hogy az orvosok maguk hogyan viszonyulnak hibáikhoz, tévedéseikhez. A rosszul értelmezett kollegialitás, a sorozatosan szakmai és/vagy erkölcsi hibát vétő kollégák „bújtatása” mélyebb társadalmi bizalmatlanságot eredményez, mint a bevallott tévedések és az okozott kár.<sup>(158)</sup>

A *társadalmi kontroll* igénye egyre fokozottabban jelenik meg az orvoslás *erkölcsi kérdéseiben* is. A társadalmi nyilvánosság – a polgárjogi és betegjogi mozgalmakkal párhuzamosan és azok hatására – új, azelőtt nem tapasztalt igényekkel lép fel a medicinával szemben. A szakmai kérdésekkel kapcsolatos etikai és morális problémákat érintő és kísérő vitákban (abortusz, eutanázia) ugyanolyan kompetens félként kíván részt venni, mint maga az orvosi professzió.

Az intézményi és egyéni orvosi döntéshozatal erkölcsi vonatkozásai is kikerültek a kizárólagos orvosi fennhatóság alól. A bioetika autonómia elve a beteg kezébe adja saját életéről és haláláról való döntés jogát. A kórházi / klinikai etikai bizottságok létrejöttével illetve az etikai konzultáns intézményének megteremtésével az orvos mellett – egyenrangú félként – laikusok (jogászok, teológusok, filozófusok, etikusok) is részt vesznek az erkölcsi és morális dilemmák megoldásában.

---

<sup>157</sup> Az orvosi műhibaperek. Kerekasztal-beszélgetés. Orvosvédelem 1998 /3. 2-13.

<sup>158</sup> Cusack, D.A.: Ireland: breakdown of trust between doctor and patient. Lancet 2000;356:1431 -1432.



### V.2.9. Deprofessionalizáció

Az autonómia csökkenését a szakirodalom egy része „*proletarizálódás*”ként, illetve „*deprofessionalizációként*” írja le és értékeli. **Barondess** véleménye szerint az orvosok fokozatosan elveszítik a munkájuk feletti kontrollt, mivel a körülmények arra kényszerítik őket, hogy egy versenyen alapuló környezetben árulják és eladják szolgáltatásaikat. A klinikai gyógyítás egyre inkább árucikk jellegét ölti, az orvosok autonómiája erodálódik, a menedzsment szervezeti érdekei és a bürokrácia uralják az egészségügyet. Az orvosi professziót egyre jobban fenyegeti a belső fragmentálódás és ez nehézségekhez vezet az önszabályozásban és az egységes hivatásrend megőrzésében. <sup>(159)</sup>

**Reed és Evans** a deprofessionalizáció *gyökereit* a hivatás autonómiájának csökkenésében látják. Ennek okai: a megakorporációk (egészségügyet uraló vállalkozások / vállalatok) kezében összpontosuló anyagi eszközök, a növekvő kormányzati szabályozás, a paramedikális hivatások „betörése” a hagyományos orvosi felségterületekre, az egészségügy növekvő adminisztrációja, az orvosok elleni pereskedések elburjánzása, a páciensek önállóságának és orvostól való függetlenségének növekvő mértéke (pl. önsegítő mozgalmak). A deprofessionalizáció, pontosabban az autonómia csökkenésének szociális hatásai közül kiemelik *a hivatás nimbuszának elvesztését*, ami egyrészt azt eredményezi, hogy az orvosok „technikusok” lesznek a közvélemény szemében, másrészt, hogy a tehetséges fiatalok nem fogják az orvoslást hivatásuknak választani, s összességében csökken a hivatás presztízse a társadalom előtt. <sup>(160)</sup>

**Armstrong** nézete szerint is fenyegető veszély a hivatás deprofessionalizálódása, aminek jele a klinikai autonómia fokozatos elvesztése és az orvosok pusztá alkalmazzottá válása. A paramedikális hivatások mellett az alternatív praktizőrök növekvő számát és befolyását is az okok között említi. A hivatás belső struktúráját és egységét az egyre markánsabb specializálódás veszélyezteti, ami a professzió belül „első” és „másodosztályú” orvosok megkülönböztetéséhez vezethet. <sup>(161)</sup>

**Chin Pellegrino** nyomán írja le a deprofessionalizáció folyamatát, ami a hivatás központi értékeinek erodálódását jelenti. Ennek hivatáson kívüli és hivatáson belüli okai vannak, amelyek közül egy szociális és egy etikai faktort emel ki. A szociális tényező az egészségügyi szolgáltatásoknak mint kereskedelmi árucikknek a megjelenése és

<sup>159</sup> Barondess, J.A.: Medicine and professionalism. Arch Intern Med. 2003;163:145 -149.

<sup>160</sup> Reed, R.R., Evans, D.: The Deprofessionalization of Medicine. Causes, Effects and Responses. JAMA 1987;285: 3279-3282.

<sup>161</sup> Armstrong: Medicine as a profession: times of change. BMJ 1990;301:691-693.

felkínálása az egészségügy piacán, s ezzel párhuzamosan az ellátó rendszer indusztrializálódása, iparszerűvé válása. Az erkölcsi tényező a *hivatásetika alapjainak az eróziója*. Az orvosi hivatás erkölcsi alapjai fokozatosan érvényüket veszítik, a gyógyító tevékenység elveszíti morális bázisát, az egész hivatás alkalmazkodik napjaink domináns kultúrájához. Mindez a hivatás humanista karakterének elvesztésével, a társadalom iránti kötelességeinek negligálásával, a beteg érdekeinek elhanyagolásával jár. <sup>(162)</sup>

### ***A változások összegzése***

Az orvosi hivatás a modern medicina korában lényeges *strukturális és funkcionális változásokon* ment keresztül. Szembetűnő a gyógyító szerep és a professzionális státusz elválása, esetenként ellentétbe kerülése. Mind a hivatás, mind az egyes orvos vonatkozásában jellemző a fokozódó specializálódás, technicizálódás, fragmentálódás. A XX. század végének – XXI. század elejének egyik nagy dilemmája az orvosi hivatásnak mint altruista szolgálatnak illetve mint profitorientált szolgáltatásnak az értelmezése és gyakorlása. A hivatás lényegi meghatározó jegyeit illető változások közül döntő faktor a hivatás autonómiájának csökkenése. Az állam részéről az anyagi eszközök limitálása, esetleg csökkentése, a menedzsment elterjedése, a praxist egyre sűrűbb hálóként beborító törvények, irányelvek, protokollok, stb a külső kontroll megjelenését és erősödését jelzik.

A társadalom részéről egyre nagyobb az igény, hogy részt vegyen az egészségügyet érintő döntésekben. Nyilvánosságot, átláthatóságot követel, és egyre következetesebben fogalmazza meg, hogy a medicina lehetőségei közül mire ad közösségi felhatalmazást és mire nem. A társadalmi nyilvánosság részvételének különösen markáns területe a bioetikai viták (abortusz vita, eutanázia vita, Magyarországon a hálapénz vita), amelyek jelzik, hogy az állampolgárok az orvoslás erkölcsi kérdéseiben legalább olyan illetékesnek érzik magukat, mint az orvosok.

A legtöbb szakirodalom döntőnek tartja a páciensek megváltozott viszonyát saját egészségéhez, egészségét illető döntésekhez és az egészségügyi ellátáshoz. A „modern páciens” tanult, jól képzett, kulturált, rengeteg egészségügyi információval rendelkezik, igényli és gyakorolja is a beleszólást nemcsak a személyes egészségét illető döntésekbe, hanem az egészségügyi ellátó rendszer nagy kérdéseibe is. A XX. és még inkább a XXI. században a páciens már nem passzív résztvevője, hanem aktív fogyasztója kíván lenni az egészségügyi szolgáltatásoknak. A „civil kontroll” az egészségügy egyre több lépcsőfokán

---

<sup>162</sup> Chin, J.J.: Ethical Sensitivity and the Goals of Medicine: Resisting the Tides of Medical Deprofessionalisation. Singapore Med J.2001;42:582 -585.

jelenik meg, részben közvetlenül, részben közvetve, azaz képviselők útján. Az orvos – beteg kapcsolatban paradigmaticus jelentőségű a páciensautonómia elvének megjelenése a bioetikában, illetve a betegjogok törvénybe iktatása.

### V. 3. Az orvosi szerepfelfogás átalakulása – ki a „jó orvos” a XXI. században ?

Mint a dolgozat eddigi fejezeteiben láttuk, a XX. század végén - XXI. század elején, az orvosi hivatást érintő változások, párosulva a társadalmi elvárások átalakulásával, valamint a páciensek elvárásainak és attitűdjének változásaival azt eredményezik, hogy *változóban van a hagyományos orvosi szerep*. A hivatás belső specializálódása és polarizálódása a hivatás egységes önértelmezésének kérdését is felvetik. Az „*egydimenziós szerepfelfogás*”,<sup>(163)</sup> amely a duális orvos – beteg kapcsolatra építette fel az orvosi identitást, úgy tűnik, végérvényesen a múlté. De vajon lehet -e a mai korra jellemző „*többdimenziós szerepfelfogásból*” egységes identitást kovácsolni?

A klasszikus orvosi magatartás és attitűd a gyógyító szerepből ered és Hippokratész óta konstans eleme az orvosi szerepkészletnek, bár a „*jó orvos*” *ideálja* minden korban tartalmazott változó elemeket is. Az ókorban az „istenorvos” (Asklepios) erényei, a középkorban a szolgáló szeretet („*Christus Medicus*”) *ideálja* vezérelte az orvosokat, akik az újkori, természettudományos medicina korszakának beköszöntével maguk is természettudósok és specialisták lettek. A hűvös racionalitás megfelelt ugyan a tudomány igényeinek, de a páciensekkel való kapcsolatban tovább élt a paternalista szemlélet, még pontosabban a franciák által „*pere materne*”, a németek által „*mütterlicher Vater*” azaz „*anyai apa*”-nak nevezett orvosi ideál és elvárás. Vagyis az orvos egyszerre legyen szigorú és irányító apa és meleg szívű, megértő anya.<sup>(164)</sup> A mai autonóm, jogaik tudatában levő, jól informált páciensek azonban már nem igénylik ezt az apa – szerepet az orvostól, akkor sem, ha még nem találtak helyette a XX. és XXI. század igényeinek megfelelőit. Maguk az orvosok is küszködnek az új viszonyok által megkövetelt szerepekkel és keresik a modern korban is érvényes identitásukat, önazonosságukat.

---

<sup>163</sup> Hardinghaus, W.: Kooperation statt Konfrontation. In: „Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“. Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen 5. -7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Abstracts. Ethik in der Medizin. 2000. 12:200.

<sup>164</sup> Geisler, L.S.: Der gute Arzt. Auf der Suche nach einem verlorenen Ideal? Symposium in Werneck am 24. März. 2004 anlässlich der Verabschiedung von Dr. med. Klaus Dufey. [http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter\\_arzt.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter_arzt.html)

Felvetődik a kérdés: lehet-e még a XX. század végén és a XXI. század elején *egységes orvosi identitásról* beszélni? Az „identitás” ebben az értelemben kettős jelentésű: azok a jellemzők, amelyek 1.) megkülönböztetik az orvosokat más hivatásbeliektől, 2.) azonosítják, identifikálják a hivatáshoz tartozó egyéneket. <sup>(165)</sup> Mint már az előző fejezetekben láttuk, a gyógyító szerep önmagában nem elegendő az identitáshoz, egyrészt, mert nem minden orvos vesz részt közvetlenül a gyógyításban; másrészt, mert az orvosokon kívül az alternatív medicina képviselői is „gyógyítanak”, illetve a paramedikális hivatások egyre több funkciót vesznek át a gyógyítással kapcsolatos teendőkből. Ugyanakkor a gyógyítás iránti elkötelezettség és a segítség attitűdje, mint az orvosi hivatás választásának fő motivációi, továbbra is a leghangsúlyosabb elemek az egyes orvosok önazonosságában. <sup>(166)</sup>

A professzionális státusz, illetve annak követelményei (egyetemi tanulmányok, szakvizsga, orvosi diploma, kamarai tagság, továbbképzések) elégségesek az elhatárolódáshoz, de nem biztos, hogy elegendőek egy *szilárd önazonossághoz*. A hivatáshoz való tartozás a gyógyításban nem közvetlenül részt vevő orvosok (diagnosztizáló orvosok, laboratóriumi orvosok, kutatók, tisztségviselők) számára közvetve biztosítja „az elhivatottság kisugárzását”, de éppen a specializálódás nehezíti meg az egységes szerep-identifikációt. <sup>(167)</sup>

Tovább bonyolítja a helyzetet, hogy az orvosi praxisban, a kórházi - klinikai mindennapokban *hivatásspecifikus szerepek* egész sorának kell illetve kellene eleget tennie az orvosnak, s ezek a szerepek nem ritkán ellentétben állnak egymással. A „*fragmentálódott orvos*” – ahogy a német szakirodalom ezt a jelenséget nevezi – egyszerre és együtt áll a páciensek, kollégák, ápolók, az intézmény, a biztosító társaság(ok), a gyógyszergyártók elvárásainak erőterében. Ez utóbbi három úgy kívánja irányítani az orvost, mint „figurát a sakktáblán”, (Geisler) miközben a hivatás autonómiája önálló, csak a páciens érdekeire tekintő döntéseket követel meg tőle. Még az intézményi struktúrától mentes háziornosnak is többféle szereppel kell szembe néznie: hivatásának szakértője, a páciens érdekeinek védelmezője, a beteg pszichés vezetője és támasza, a biztosítók és a

---

<sup>165</sup> Heubel, F.: Identität der Heilberufe: Was ist am Arztberuf moralisch? In: „Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“. Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen 5.-7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Abstracts. Ethik in der Medizin. 2000. 12:202-203.

<sup>166</sup> Neitzke, G.: Motivationen als identitätsstiftender Faktor in den Heilberufen. Uo. 209-210.

<sup>167</sup> Balázs Péter: Orvoslás pénzért és hivatástudatból. Melani a Kiadó, Budapest 2002. 273.o.

gyógyszergyártók érdekei közötti közvetítő. <sup>(168)</sup> Félő, hogy az orvosi szerepeknek ez a sokfélesége csak „fragmentálódott identitást” tesz lehetővé.

A modern orvosi hivatás identitásának megfogalmazása tehát *előfeltételezi* a hivatás lényegének, feladatának és státuszának a megfogalmazását. Bár egy rész lettekbe menő elemzés kimutathatná, hogy ez a három szempont nem szükségképpen azonos egy orvos, a hivatás és a medicina szempontjából (az egyes orvos feladata nem azonos a hivatás feladatával és az előbbi kettő nem esik egybe a medicina feladatával), ilyen finom analízisre itt nincs módunk. Ami lényeges: mindhárom aspektust le lehet írni a gyógyító szerep és a professzionális státusz elmeinek felhasználásával, de még mindig hiányozni fog a hivatás egyik lényegi jellemzője: **az erkölcsi – etikai dimenzió**. Bickeböller és Kramer vetik fel előadásukban a kérdést: mennyire támaszkodhat az orvosi hivatás, modern identitásának megfogalmazásakor, a hivatás etikai bázisára? Az ő válaszuk, hogy egy „mi” közösséget nem lehet felépíteni egy morális bázisra. <sup>(169)</sup> Heubel viszont amellet érvel, ha egy hivatás különlegessége éppen erkölcsi irányultságában áll, akkor a hivatás önazonosságának definiálásában a moralitásnak vezető, irányító jellemzőnek kell lennie. <sup>(170)</sup>

Úgy véljük, igaza van Heubelnek. Az orvosi hivatás identitásának napjainkban is egyik legfőbb eleme és egyben bázisa a **közös hivatáserkölcs**. Nem véletlen, hogy a professzió jellemző jegyei között mindegyik definícióban megtalálható az etika. (III.1. fejezet) Gyakran halljuk a mindennapokban is az orvosokat az e sküjükre vagy az etikai kódexre hivatkozni. Függetlenül attól, hogy ez a hivatkozás a gyakorlatban mit takar és mennyit ér, maga a gesztus jelzi a közös etikai bázis fontosságát. A legnyíltabban Gillon fogalmazta meg – az ún. „fehér köpeny szertartások”-ról folytatott vitában - hogy „az orvosi hivatás egy morális közösség”. A morális elkötelezettség integráns része az orvosi professzióknak és ennek elfogadása jelenti azt, hogy az orvosok a hivatás tagjainak tekintik magukat. <sup>(171)</sup> Ebben az értelemben és ebben az összefüggésben lesz nagyon fontos az orvosok szubjektív önkötelezettsége azaz *hivatástudata*.

---

<sup>168</sup> Haehn, K-D.: Allroundspezialisten. Die historische und künftige Rolle der Allgemeinmedizin. In: Hausmann, W. (ed.): Medizin Morgen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1980. 124.o.

<sup>169</sup> Bickeböller, R., Kramer, W.: WIR Aerzte – Ist Charles Taylors Begriff der Identität zur Bestimmung einer ärztlichen Identität nützlich? In: „Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“ Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen 5. -7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Abstracts. Ethik in der Medizin. 2000. 12:196-197.

<sup>170</sup> Heubel, F.: Identität der Heilberufe: Was ist am Arztberuf moralisch? Uo.202-203.

<sup>171</sup> Gillon, R.: In defence of medical commitment ceremonies. J Med Ethics 2002;28:5 -6.

Nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy a „jó orvos” *nem egy statikus ideálkép*. Az orvossá válás maga is egy bonyolult identifikációs folyamat, amely az egyetemi tanulmányokkal kezdődik és hosszú évekig tartó szocializációt jelent. A szerepkövetés, az idősebb orvosok attitűdjeinek, magatartásának adaptálása, nagyon fontos az orvossá válás útján. A probléma azonban éppen az, hogy manapság az idősebb generáció orvosai sem tudnak igazán modellként funkcionálni. A régi orvosi szerepkészlet (páciensekkel, kollégákkal, társadalommal) már nem adekvát a modern viszonyok között, az új orvosi identitás pedig még nem kiforrott.

Napjainkban a válasz tehát a „Milyen a jó orvos?” kérdésre attól függ, ki teszi fel a kérdést. A biztosítóknak a takarékos, a betegeket gyorsan meggyógyító, a kérdőíveket pontosan kitöltő orvos az ideálja. A gyógyszergyártóknak és -forgalmazóknak a sok és drága medikamentumot felhasználó orvos a kedves, aki elegendő időt szán az ügynökökkel való konzultációra is. Az intézménynek a gyors, pontos, megbízható, magánélettel lehetőleg nem rendelkező orvos lenne az ideális. Az idősebb, egyedül álló hölgynek a kedves, figyelmes „doktor úr” az ideálja, akivel jól lehet beszélgetni a „régiről”. A kollégáknak, az ápolónőknak és persze az orvos családjának megint másféle elvárásai vannak.

**Összegezve:** az orvosi hivatás a modern medicina korában szerepváltsággal és identifikációs problémákkal küzd. A duális orvos – beteg viszonyra épülő „egydimenziós” szerepfelfogás és szerepkészlet már nem adekvát a XX. és XXI. századi, technika által uralt, üzemszerűen működő egészségügyben. Az orvosi szerepek sokfélesége csak „fragmentáló” identitásokat tesz lehetővé. Az orvosi szerep modern identitása a gyógyító szerep, a professzionális státusz és a hivatás erkölcsi-etikai bázisnak együttesében ragadható meg.

#### **V.4. A változások következményei: tartós válság vagy megújulás**

Az orvosi hivatás a 20. század második felében olyan gyors és radikális változásoknak volt kitéve, mint az ipari forradalom óta eltelt időben egyszer sem. A változások - a külső szemlélő számára – legszembetűnőbb jellegzetessége a *hivatás „demisztifikációja”* vagy „szekularizációja”. A „gyógyító küldetés”, ami az orvos munkáját oly dicső fénybe vonta és hihetetlenül magas társadalmi presztízzsel ruházta fel (Amerikában például), közönséges munkavégzés lett az egészségügy nagyüzemeiben, az egészség megvásárolható árucikké vált, a páciensek mint fogyasztók jelentek meg.

Megváltozott a *hivatás és a társadalom viszonya* is. „Szakadék támadt a társadalom és az őt szolgáló orvosi hivatás között. ... Egy jól informált társadalom tart igényt felelősségtudatra, átláthatóságra és világos, jól körülhatárolt szakmai standardokra, míg a medicina úgy érzi, hogy a hivatásbeli autonómiát erősen korlátozza a büdzsé, a bürokrácia, a különféle irányelvek és a szakmai felügyelet”.<sup>(172)</sup>

Az orvosi hivatás - páciensek - társadalom / kormányzat háromszögében mindegyik fél elégedetlen. A kormányzat panaszkodik az egészségügyi költségek mértéktelen megnövekedése és az egészségügyi ellátás színvonala miatt. A páciensek az időhiányban szenvedő, türelmetlen, sőt néha arrogáns, a beteggel keveset törődő, információt közlő, műhibákat elkövető orvosokra panaszkodnak; a zsúfoltságra, hosszú várakozásra az intézményekben. Egyre több híradás szól arról, hogy az orvosok boldogtalanok, dühösek, szenvednek stresszel teli munkahelyüktől, és úgy érzik, hogy munkájukat és erőfeszítéseiket a páciensek nem méltányolják, a társadalom pedig értékén alul becsüli.<sup>(173)</sup>

Mindhárom félnek igaza van, vagy legalábbis mindhárom fél véleményében van igazság, esetenként sok igazság. A „ki a hibás” kérdésé vagy az egymásra mutogatás azonban hiábavaló és nem segít. A kialakult helyzetben nincs „hibás fél”; egészen egyszerűen az elmúlt fél évszázadban olyan folyamatok játszódtak le a társadalomban, az egészségügyben és az orvoslásban, amelyek aláásták az orvosi hivatás - páciensek - társadalom között - a XIX. század óta meglévő - hallgatóságos megállapodást.

A szakirodalom szinte valamennyi cikke megegyezik a diagnózist illetően: az orvosi hivatás - páciensek - társadalom közötti implicit, *hallgatóságos szerződés felbomlott*, pontosabban a megváltozott gazdasági, társadalmi, kulturális és tudományos viszonyok között régi formájában nem tartható többé fenn. Eléggé egységes a szakirodalom a prognózist illetően is: *új, explicit szerződésre van szükség* az orvosi hivatásrend, a páciensek és a társadalom/kormányzat között, s ennek az új szerződésnek a kimunkálásában mindhárom félnek aktívan közre kell működnie. Az új szerződés természetesen nem jelent egy ténylegesen írásba foglalt megállapodást; sokkal inkább egy nyílt, sokrétű és őszinte társadalmi párbeszéd keretében kialakított újfajta egyensúlyi állapotot.

---

<sup>172</sup> Cruess, R.L., Cruess, S.R., Johnston, S.E.: Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet* 2000;356:156-159

<sup>173</sup> Edwards, N., Kornacki, M.J., Silversin, J.: Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? *BMJ* 2002;324:835-838.

#### V.4.1. Az új szerződés

Az 1990-es évek elejére egyre sürgetőbben jelentkezett az orvosi hivatás megújításának és megújulásának igénye. A gyakorlati, szervezeti megújítás azonban megköveteli az elméleti újragondolást és újrafogalmazást, annál is inkább, mert a szakirodalom kivétel nélkül egységes abban, hogy egy új, explicit szövetség alapja csakis a **professzió** lehet. „A professzió a bázisa a medicina és a társadalom közötti szövetségnek. Azt követeli meg az orvostól, hogy a páciens érdekeit a maga érdeke fölé helyezze, szabja meg és tartsa fenn a kompetencia és az integritás standardjait, és nyújtson szakszerű támogatást a társadalomnak az egészséget illető dolgokban. Az orvosi hivatás elveit és felelősségét világosan meg kell értenie mind a professziónak, mind a társadalomnak. Lényegi eleme ennek a szerződésnek a társadalmi bizalom az orvosok iránt, amely mind az egyes orvos, mind az egész professzió integritásától függ.”<sup>(174)</sup> Hasonlóképpen vélekednek Cruess és munkatársai is: „A professzió koncepciója köti össze az orvosok és a társadalom érdekeit, mivel a társadalom igénye a gyógyítókra, valamint a professzió inherens erényeibe és moralitásába vetett bizalom szolgálnak a modern medicina bázisaként.”<sup>(175)</sup>

Eléggé egyöntetű a szakirodalom abban, hogy az orvostársadalom a maga részéről kész egy új szerződés megkötésére mind a páciensekkel, mind a társadalommal illetve az állammal. Ennek az új szerződésnek a kiinduló pontja és alapvető koncepciója, hogy mindegyik részt vevő fél kapjon megfelelő **jogokat**, a jogokkal együtt fogalmazzák meg a **kötelelességeket**, s mindezekhez társuljon világosan megfogalmazott **felelősség** is. A szerződés feltétele egy, a mainál sokkal jobb kommunikáció az orvosok, a nyilvánosság és a kormányzat között, s szükséges, hogy ez a párbeszéd egymás pozíciójának valódi megértéséből induljon ki.

**Ham és Alberti** pontokba foglalták **a szerződés legfontosabb elemeit**. Ezek a következők:

- Páciensjogok. Fontos tudatosítani, hogy a páciensek úgy tekintik saját magukat, mint akik meghatározott jogokkal rendelkeznek és magas színvonalú szolgáltatásokat várnak el az egészségügytől.
- Nyilvános felelősség. A jogokkal egyidejűleg tudatosítani kell, hogy azok felelősséggel járnak együtt. Az egészségügy nem piac, ahol a fogyasztók szabadon

---

<sup>174</sup> Medical Professionalism Project: Medical professionalism in the new millennium: a physicians' Carter. Lancet 2002; 359: 520-22 (id.hely. 520.o.)

<sup>175</sup> Cruess, R.L., Cruess, S.R., Johnston, S.E.: Professionalism: an ideal to be sustained. Lancet 2000;356:156-159.



- „shoppingolhatnak” különböző gyógyítási és ellátási szolgáltatásokat. A páciensek felelősek a társadalom javainak felhasználásáért is. A pácienseknek be kell látniuk, hogy felelősek az orvosi utasítások betartásáért, életformájukért és saját egészségükért.
- Nagyobb átláthatóság. Az orvosi hivatásnak szigorítania és erősítenie kell a belső szabályozást. Egyidejűleg el kell fogadnia a menedzsment legitim szerepét az egészségügy gazdasági irányításában.
  - Elegendő anyagi eszköz. A kormánynak és a menedzsereknek viszont biztosítaniuk kell megfelelő anyagi eszközöket a magas szintű ellátáshoz.
  - Partnerség. Az orvosoknak tisztelniük kell pácienseiket és partnernek tekinteni őket a döntéshozatali folyamatban. El kell fogadni az egészségügyben civilek közreműködését is.
  - Effektív ellátás biztosítása. Az orvosi hivatásnak és a kormánynak partnerként kell együttműködni abban, hogy erősítsék a medicina tudományos bázisát, az orvosok hozzáférjenek a megfelelő információkhoz és evidenciákhoz, azért, hogy a páciensek a lehető legjobb ellátást kapják meg.
  - Megfelelő gazdálkodás. A kormánynak, az orvosi hivatással és a társadalommal együttműködve, biztosítani és felügyelni kell a rendelkezésre álló anyagi eszközök igazságos elosztását, hogy megfeleljenek az időszerű igényeknek. Vitát kell folytatni a medicina és az egészségügyi ellátás lehetőségeiről és határaitól is. <sup>(176)</sup>

**Edwards és Mtsai** az új szerződés legproblematikusabb részének a *páciensekkel* kialakítandó *új típusú kapcsolatot* tartják. Ennek során, a média bevonásával, dialógust kell folytatni az egészségügyi ellátás lehetőségeiről és határaitól, a reális elvárások fontosságáról, a medicina természetéről, annak inherens bizonytalanságairól, valamint a „vádaskodás mint magatartási minta” („blame culture”) veszélyeiről <sup>(177)</sup> Egyetértés van abban, hogy a szerződés kimunkálásában és megtartásában központi jelentőségű a *bizalom* valamint annak a hitelesítése, hogy mindegyik fél azonos célok érdekében tevékenykedik. Csak így lehetséges egy konstruktív, együttműködő viszony kialakítása.

Az orvosi hivatásrend készsége egy új szerződés megkötésére kétség kívül nagyon pozitív és feltétlenül elismerésre méltó gesztus. A külső szemlélőben (már ha lehet ebben a szituációban bárki is külső szemlélő) azonban felmerül a kérdés: *hogyan viszonyul* a

<sup>176</sup> Ham, C., Alberti, K.G.M.M.: The medical profession, the public, and the government. BMJ 2002;324:838-842.

<sup>177</sup> Edwards, N., Kornacki, M.J., Silversin, J.: Unhappy doctors: what are the causes and what can be done? BMJ 2002;324:835-838.

társadalom, az állam és a páciensek ehhez a felkínált párbeszédhez és végső soron az új szerződéshez? *Kik legyenek a „tárgyaló felek”*: politikusok, minisztériumi tisztviselők, társadalomtudósok (szociológusok, etikusok), jogászok, betegjogi képviselők? A válasz várhatóan nemcsak nagyon összetett lesz, hanem valószínűleg minden társadalomban és kultúrában helyi elemekkel színezve adható csak meg. Az orvosi hivatás képviselői által felvetett nyílt, őszinte, konstruktív párbeszéd legvalószínűbben a tömegkommunikáció csatornáin keresztül történhet, de ennek eredményeit csak különböző tudományágak (orvostudomány, jog, filozófia, etika, szociológia) együttműködése képes szintetizálni. Mindenesetre az új szerződés kialakítása, amennyiben létrejön, hosszú, talán több évtizedes párbeszéd eredménye lehet.

Ami napjainkban tapasztalható, és amit az orvosi hivatásrend képviselői felismertek, az *a jelenlegi helyzet tarthatatlan volta*. A társadalomban és az egészségügyben a változások már folyamatban vannak s akkor is (le)zajlanak, ha nem, vagy nem eléggé tudatos az irányításuk. Az orvosi professzió képviselői felismerték, hogy a társadalomban betöltött domináns szerepük fenntartása csak komoly megújulás árán lehetséges. Egyöntetű a vélemény abban, hogy a megújulás két nagy összetevője: a régi hivatásbeli értékek megerősítése és új elemek integrálása. A legnyíltabban talán a Richards által idézett szerzők fogalmazták meg a hivatás dilemmáját: Az orvosok választhatnak: vagy aktívan részt vesznek az új szerződés kialakításában és akkor érvényesíthetik elképzeléseiket és érdekeiket vagy passzívan elviselik a változásokat. Ahhoz, hogy érdekeiket megfelelően képviselni tudják, egy erős, független, társadalmi szerepét jól ismerő és azt adekvátan betöltő professzió „megjelenítése” szükséges a nyilvánosság előtt. Ehhez pedig szükség van a hivatás céljainak, feladatainak, értékeinek újrafogalmazására.

#### **V.4.2. Az új professzionalizáció**

Az orvosi hivatás céljainak, feladatainak, értékeinek újrafogalmazását, a megújulás folyamatát a szakirodalom az „új professzionalizáció” kifejezéssel jelöli. Irvine megfogalmazása szerint: „Az új professzionalizmus az orvosok hivatásbeli kötelességeinek, felelősségének, a hivatás értékeinek és standardjainak explicit megfogalmazása, a társadalom és a professzió által közösen kidolgozva és egyeztetve.”<sup>(178)</sup>

---

<sup>178</sup> Irvine, D.: Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework. Lancet 2001;358;1807-1810.

Az új professzionalizmus legkonkrétabb, legkidolgozottabb formában Angliában, pontosabban az Egyesült Királyságban valósul meg. Alapja a *Good Medical Practice*, s mind az *oktatásban*, mind a gyakorlati *orvosi praxisban* pontosan kidolgozott intézkedések sorát határozták el és kezdték megvalósítani. Az oktatásban egy modern curriculum kidolgozását és bevezetését kezdték meg, amelyet minden „medical school” elfogadott. Törekednek a nyilvánosság nagyobb bevonására; a GMC (General Medical Council) tagjai között a laikusok arányát duplájára emelték 1995 óta. Ösztönzik a hivatásbeli értékekhez és standardokhoz való új típusú viszonyulást és új standardok kidolgozását. Elhatározták (és 2004-ben megkezdték) az orvosok munkájának értékelését és az inkompetens orvosok kiszűrését.<sup>(179)</sup>

Bár a megvalósulás konkrét formái nem mindenütt olyan egyértelműek és kidolgozottak, mint az EK-ban, az új professzionalizmus szükségességét a témával foglalkozó cikkek sokasága támasztja alá. A szakemberek négy tényezőt tartanak *a folyamat kulcselemeinek*: 1.) a szakmai kompetencia megerősítése, 2.) a hivatás önszabályozásának megerősítése, 3.) az etikai értékek megerősítése, 4.) az oktatás megreformálása. <sup>(180)(181)(182)</sup>

A megújulás négy kulcselemét mindegyik szakember fontosnak tartja, eltérések inkább csak a súlypontozásban vannak. A szakmai és etikai önkontroll jelentőségét azért hangsúlyozzák, mert hagyományosan ez adja a hivatás autonómiájának bázisát és a hivatás további léte szempontjából is döntő jelentőségű. A szakmai és etikai standardok kialakítása azonban szorosan összefügg azok betartásával és betartatásával, valamint a szabályokat megszegők szankcionálásával. Amennyiben ez nem történik meg, a társadalom bizalmát nem fogják tudni visszanyerni.

Egyetértés uralkodik abban is, hogy az *oktatás* megreformálása döntő tényező a megújulás sikerében. Fontos, hogy az orvostanhallgatók curriculumja már kezdettől fogva tartalmazza azokat a tantárgyakat, amelyek a szakmai és etikai kompetencia erősítését és minőségi javítását szolgálják. Az ún. humán tárgyak ebben a koncepcióban nem mellékesek, hanem a szakmai tárgyakkal egyenrangú fontosságot nyernek, ugyanolyan lényegesek, mint a hagyományos klinikai tárgyak. Ezek: szociológia, antropológia, etika, pszichológia, kommunikáció. Ezek keretében a hallgatóknak el kell sajátítani a hatékony kommunikációra, etikus magatartásra, a multidiszciplináris tanulásra és team-munkára való

---

<sup>179</sup> uo.

<sup>180</sup> Cruess, S.R., Johnston, S., Cruess, R.L.: Professionalism for medicine: opportunities and obligations. MJA (The Medical Journal of Australia) 2002;177(4):208-211.

<sup>181</sup> Pellegrino, E.D.: Professional medical Associations. JAMA 1999;282:984-986.

<sup>182</sup> Abelson, J., Maxwell, P.H., Maxwell, R.J.: Do professions have a future? BMJ 1997;315:382.

képességet, a minőségjavító tevékenységi formákat és készségeket. A „rejtett curriculum” hatását ki kell védeni.

#### **V.4.3. Eredmények**

A megújulásnak már vannak eredményei. A British Medical Association egy kétnapos *tanácskozást* szentelt az orvosi hivatás XXI. században is érvényes központi értékeinek. Jelentőségét mi sem jelzi jobban, mint hogy negyven év után (1961 óta) ez volt az angol orvosok első csúcstalálkozója. A különböző javaslatokat öt csoportban vitatták meg a résztvevők, míg eljutottak a konszenzusig. Az orvoslás „antik erényekből desztillált” időtlen központi értékei („core values”) a következők: gondoskodás (caring), integritás (integrity), kompetencia (competence), bizalom (confidentiality), felelősség (responsibility), pártfogás, támogatás, képviselő (advocacy). A javaslatok között szerepelt még: elkötelezettség, közösségi felelősség, magas etikai standard. A központi értékeket az orvos – beteg kapcsolatból vezették le, ami „az orvosi praxis lényegi elemét” adja.<sup>(183)</sup> A tanácskozás természetesen nem magukat a fogalmakat vitatta csak meg, hanem azt, hogyan lehet a XX., s még inkább a XXI. században tartalommal megtölteni ezeket az értékeket.

A fenténél nagyobb és jelentősebb nemzetközi visszhangot is kiváltó esemény egy *orvosi charta* megjelenése volt.<sup>(184)</sup> A „Medical Professionalism Project” munkatársai azzal a kimondott céllal dolgozták ki a dokumentumot, hogy az nemzetközi elfogadással találjon. Álláspontjuk szerint „az orvosi hivatás mindenütt eltérő kulturális és nemzeti tradíciókba ágyazódik bele, de tagjai mind a gyógyító szerepét töltik be, melynek gyökerei Hippokratészig nyúlnak vissza.” Az eltérések ellenére lehetséges a szakmai és etikai értékek közös bázisa, amelyre a charta alapozódik. A dokumentum *három alapvető elve: a páciens jóllétének elsődlegessége, a páciens autonómiája, a társadalmi igazságosság*. A charta *további tíz pontban* sorolja fel az orvosok hivatásbeli kötelességeit: elkötelezettség a hivatásbeli kompetencia terén; elkötelezettség a beteg iránti őszinteségre; elkötelezettség a beteg iránti bizalomra; elkötelezettség a páciensekkel való megfelelő viszony fenntartására; elkötelezettség az egészségügyi ellátás minőségének állandó javítására; elkötelezettség az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének állandó javítására; elkötelezettség a korlátozottan hozzáférhető eszközök igazságos elosztására, elkötelezettség a tudományos ismeretek megszerzésére; elkötelezettség a bizalom megtartására az érdekek konfliktusa esetén; elkötelezettség hivatásbeli felelősség iránt.

---

<sup>183</sup> Smith, R.: Medicine’s core values. BMJ 1994;309:1247-1248.

<sup>184</sup> Medical Professionalism Project: Medical professionalism in the new millennium: a physicians’ Charter. Szimultán publikáció. Lancet 2002; 359: 520-22. / Ann Intern Med 2002; 136: 243-46.

A project munkatársai olyan fontosnak tartották a charta fogadtatását, hogy 15 hónappal a megjelenése után egy találkozón *értékelték a tapasztalatokat*. A mérhető adatok: több száz újság és folyóirat adott hírt a chartáról és idézett belőle; 70-nél több interjú adtak a munkatársak a médiának; 65 ezer másolatot kértek illetve készítettek róla szerte a világon; 10 nyelvre fordították le (hiva talosan); 90 orvosi egyesület, kollégium szervezet, stb. hagyta jóvá és fogadta el (köztük a Magyar Belgyógyászok Társasága).<sup>(185)</sup>

Az is hozzátartozik azonban a történehez, hogy az *Annals of Internal Medicine* és a *Lancet* egy egész gyűjteményt állítottak össze olyan „provokatív” levelekből, amelyek komolyan bírálták a chartát. **Reiser és Banner** egyik legfőbb kifogása például az volt, hogy a charta nyilvánvalóan a páciensek bevonása illetve az ő szempontjaik nélkül (without patient input) íródott. További kifogásuk, hogy a szép retorikával megfogalmazott nemes célok mögött mintha nem lenne ott a beteg mellett álló, a beteg kezét fogó, empátiával hallgató és reményt adó orvos. Mintha a charta nem az orvostól mint gyógyítótól szólna, hanem inkább az orvostól mint társadalmi szereplőtől. Felvetik a szerzők azt is, hogy az orvos a charta céljait csak a paramedikális hivatásokkal együtt tudja megvalósítani, s erről az együttműködésről kevés szó esik. Nincs szó a menedzsmenttel és az egészségügyi intézmények más dolgozóival való kapcsolatáról sem, ami azért lenne fontos, mert a professzionális etika nem egyenlő az intézményi etikával; a kettőnek egymás mellett kell léteznie.<sup>(186)</sup>

Nagyon fontos problémára irányítja a figyelmet **Tealdi**, amikor a charta elveinek más kultúrákban való alkalmazásáról ír. A chartához írt bevezetőjében ugyanis Sox arra bízta az orvosokat, hogy folytassanak dialógust arról, vajon reprezentálják-e a nyugati kultúrában fogant elvek és normák más kultúrák gyógyító tradícióit is? Tealdi véleménye szerint a charta három alapelvét az amerikai bioetika vezette be a köztudatba, azonban Európában, Ázsiában, Latin-Amerikában, Afrikában az „értékek” és az „emberi jogok” kifejezéseket sokkal tágabban értelmezik. Egy globális konszenzus eléréséhez bölcsebb dolog lényegi humán értékekre hivatkozni, mint alapvető etikai elvekre.<sup>(187)</sup>

Egészen elutasító véleményt képvisel **Breen**. Szerinte a charta hangneme a múltat idézi, a hivatás frusztrációját fejezi ki. Legnagyobb probléma, hogy a dokumentum a

---

<sup>185</sup> Blank, L., Kimball, H., McDonald, W., Merino, J.: Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter 15 Months Later. *Ann Intern Med* 2003;138: 839-841.

<sup>186</sup> Reiser, S.J., Banner, R.S.: The Charter on Medical Professionalism and the Limits of Medical Power. *Ann Intern Med* 2003;138:844-846.

<sup>187</sup> Tealdi, J.C.: Physicians' charter and the new professionalism. *Lancet* 2002;359:2042.

társadalommal kötött szövetséget akarja kifejezni, de csak egy speciális, egyoldalú nézőpontot tükröz. <sup>(188)</sup>

**Haskell** álláspontja szerint a charta kitűnő kezdet ahhoz, hogy az orvosi hivatás definiálja integritásának etikáját és elveit, de nem megy e lég messze ebben. Sok orvosnak, például az USA-ban, kitűnő üzletembernek is kell lennie ahhoz, hogy felelősséggel tudja irányítani praxisát. Napjainkban az üzleti integritás is fontos eleme a hivatásnak, amit az orvostanhallgatóknak is tanítani kellene. <sup>(189)</sup>

A Medical Professionalism Project munkatársai összességében eredményesnek értékelték munkájukat és elindították a project második, két éves, szakaszát. Terveik között szerepel, hogy definiálják a páciensek, orvosok és a társadalom jogait és kötelességeit az egészségügygel kapcsolatban. <sup>(190)</sup>

### V.5. A *hivatás jövője*

Az orvosi hivatás a társadalom fontos és értékes összetevője. **Megújulása** nemcsak a közösség szempontjából kívánatos, hanem a hivatás jól felfogott önérdeke is ezt diktálja. A piaci viszonyokkal, a politikai nyomással, a jogi hálóval és a társadalom elvárásaival csak egy erős, öntudatos, szilárd szakmai és etikai bázisú hivatás tud sikeresen szembe nézni.

Az orvosi hivatás további sorsa és alakulása azonban nagyon **sok tényezőtől függ**. A jövőt illetően a szakirodalomban is általában csak nagyléptékű prognózisokkal találkozhatunk. Az egyik döntő tényező minden bizonnyal magának az **egészségügynek** mint komplex rendszernek a további átalakulása. A társadalom által rendelkezésre bocsátott anyagi eszközök mennyisége és minősége, a magánszektor aránya, a profitoreorientált menedzsment további erősödése, a piaci elemek és a kereskedelmi jelleg térhódítása mind – mind olyan elemek, amelyek ma még kiszámíthatatlan és felmérhetetlen hatású változásokat jelentenek, illetve indíthatnak el. A konfliktusok állandósulása mellett számolni lehet egy „első osztályú” és egy „másodosztályú” medicina kialakulásával.

**A társadalom és a társadalmi igények** változása szintén megkerülhetetlen tényező. A fejlett vagy közepesen fejlett országok szinte mindegyike rohamosan öregedő társadalom képét nyújtja már ma is. Az idősek életminősége, az időskori betegségek, a palliatív ellátás és a hospice ellátás biztosan központi kérdései lesznek a XXI. század medicinájának. Ehhez kapcsolódnak az egészség és betegség értelmezésének további változása, valamint a

---

<sup>188</sup> Breen, K.: Physicians' charter and the new professionalism. Lancet 2002;359:2042.

<sup>189</sup> Haskell, C.M.: Charter on Medical Professionalism: Putting the Charter into Practice. Annals of Internal Medicine 2003;138:852.

<sup>190</sup> Blank, L., Kimball, H., McDonald, W., Merino, J.: Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter 15 Months Later. Ann Intern Med 2003;138: 839-841

korszak nagy betegségeinek (AIDS, daganatos betegségek) leküzdésére tett erőfeszítések. A társadalmi igények eltolódása az „egészségügyi fogyasztás” („Gesundheitskonsum”) irányába annak szolgáltató jellegét fogja erősíteni.

A medicinát is érintő *humán biológiai felfedezések* horderejét szinte elképzelni is nehéz, elég csak az emberi genom feltérképezésével, az őssejtkutatással és a terápiás célú klónozással kapcsolatos lehetőségekre és veszélyekre utalni. Az ezzel összefüggő *prediktív diagnosztika* illetve *prediktív medicina* valószínűleg a század egyik vezető orvosi irányzata lesz.

Magát az orvosi hivatást közvetlenül és lényegében érintő változások között prognosztizálhatók: a *paramedikális hivatások* megerősödése és további önállósodása; az alternatív gyógyászat további térhódítása, a hagyományos orvosi hivatás polarizálódása és végül, de nem utolsósorban az orvos – beteg viszony jövőbeni alakulása.

Az orvosi hivatás megújulásának sikere legelsősorban és *döntően maguktól az orvosoktól függ*. Valószínűleg igaza van Irvine-nek: „struktúrák átalakítása, folyamatok megváltoztatása és új szabályok alkotása a könnyebbik rész. Sokkal nehezebb, hogy a változások szükségességét elfogadjassuk, s ez megjelenjen az orvosok attitűdjeiben és a motivációiban is.”<sup>(191)</sup> Az orvosok tartózkodását, sőt sok esetben félelmét, a változásokkal szemben nemcsak az orvosi hivatás erősen tradíció őrző jellege magyarázza, hanem az is, hogy ma még nem lehet pontosan tudni, milyen is lesz a XXI. században az orvosi professzió. Pellegrino már egy 1988-ban megjelent írásában felvetette, hogy a legnagyobb értelmezési zavarok és véleménykülönbségek *magának a hivatásnak a felfogása és interpretációja* körül fognak kialakulni. Véleménye szerint döntő lesz a hivatás értelmezésében az is, hogy a modern medicina milyen mértékű és milyen típusú személyes elkötelezettséget kíván vagy „követel meg” az orvostól.<sup>(192)</sup>

A szakirodalomban *az „új professzionalizáció” hívei* vannak többségben, azok, akik egy autonóm hivatást képzelnek el a hagyományos értékek (szaktudás, szolgálat, erkölcsi értéktöltet) és modern elemek (páciens autonómia, igazságosság, társadalmi párbeszéd) integrálásával. Maga Freidson is régi típusú professzió sajátos értékeinek (speciális tudás, altruizmus, hozzájárulás a szociális jólléthez) a revideálásával képzelel el az orvosi hivatás jövőjét.<sup>(193)</sup>

---

<sup>191</sup> Irvine, D.: Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework. Lancet 2001;358:1807-1810.

<sup>192</sup> Pellegrino, E. D.: Die medizinische Ethik in den USA. - Die Situation heute und die Aussichten für Morgen. In: Sass, H.M. (ed) Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen. Springer Verlag Berlin Heidelberg 1988 . 15.o.

<sup>193</sup> Freidson: Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy. BMJ 1994;309:1175-1176.

Lehetséges azonban, hogy a társadalom és a medicina változásai, valamint a hivatás fejlődésének belső dinamikája egy **új típusú hivatásrend** kialakulásához vezetnek.<sup>(194)(195)</sup> Az egyik lehetséges alternatíva a deprofesszionalizáció, amelynek végeredményeként az orvosok egyszerűen munkavállalók lesznek, mint egészségügyi intézmények, biztosítótársaságok, profitorientált vállalkozások alkalmazottai.<sup>(196)(197)(198)</sup>

Lehetségesek olyan modellek, amelyek megtartják a professzió szervezeti kereteit, de **átértelmezik a „hivatás” fogalmát**. Egyik lehetséges változat a hivatásnak mint szolgáltatásnak az értelmezése, amelynek keretében az orvos szolgáltató lesz, a medicina nyereségorientált vállalkozások komplexuma, ahol az egészség és az egészségügyi szolgáltatások a szabad piacon kínálható és megvásárolható áruként jelennek meg.<sup>(199)(200)</sup> Egy másik lehetséges változat, a professzió szervezeti kereteinek megtartásával, a hivatás súlypontjának eltolódása a tudományos és technikai szakértelem felé. Ebben a modellben az orvos magasan kvalifikált „biotechnikus” illetve „biomérnök” lesz, a technika pedig kiemelkedő szerepet fog játszani a hivatás autonómiájának és tekintélyének fenntartásában.<sup>(201)(202)</sup>

Véleményünk szerint a jelenlegi tendenciák erősen **megkérdőjelezzik** egy egységes orvosi hivatás további fennmaradását. McKeown már az orvosok specializálódása kapcsán figyelmeztetett arra, hogy az egységes hivatás eszméje szertefoszlik.<sup>(203)</sup> Az egészségügy fejlődése, a társadalmi elvárások változása és a professzió belső átalakulása két lehetséges irányt szabnak ki. Ha az orvosok mindenképpen ragaszkodnak a hivatás egységéhez, akkor fennmaradnak a professzió szervezeti keretei, de a professzió belül elkülönülnek „szerepek” illetve „státuszok”: gyógyító, diagnosztizáló, kutató, egészségügyi szolgáltató (wellness, fitness, testalakítás), tisztviselő orvos. Itt nem annyira a hagyományos területek (sebész, belgyógyász, szemész, általános orvos, stb) szerinti megoszlás dominál majd,

---

<sup>194</sup> Sullivan, W.M.: Medicine under threat: professionalism and professional identity. CMAJ 2000;162(5)673-675.

<sup>195</sup> Reed, R.R., Evans, D.: The Deprofessionalization of Medicine. Causes, Effects and Responses. JAMA 1987;285: 3279-3282.

<sup>196</sup> Uo.

<sup>197</sup> Armstrong, D.: Medicine as a profession: times of change. BMJ 1990;301:691-693.

<sup>198</sup> Pellegrino, E.D.: Die medizinische Ethik in den USA. - Die Situation heute und die Aussichten für Morgen. In: Sass, H.M. (ed) Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen. Springer Verlag Berlin Heidelberg 1988. 15.o.

<sup>199</sup> Uo.

<sup>200</sup> Sullivan, W.M.: Medicine under threat: professionalism and professional identity. CMAJ 2000;162(5)673-675.

<sup>201</sup> uo.

<sup>202</sup> Reed, R.R., Evans, D.: The Deprofessionalization of Medicine. Causes, Effects and Responses. JAMA 1987;285: 3279-3282

<sup>203</sup> McKeown, T.: Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag 1982. 212.o



hanem a „gyógyító szerep” különféle felosztása, a beteggel való közvetlen és közvetett kapcsolat, valamint a prevencióban i lletve az egészségvédelemben való részvétel. A másik lehetséges változási irány a különféle hivatás típusok kialakulása: szolgáltató, alkalmazott, szolgáló hivatás. Ezek a hivatásmodellek nem szükségképpen ellentétesek, lehetnek akár egymás kiegészítői is.

**ÖSSZEGEZVE** azt mondhatjuk, hogy az orvosi hivatás XXI. századi alakulását több tényező befolyásolja: az egészségügy változásai, a társadalmi igények és elvárások, a paramedikális hivatások valamint az alternatív gyógyászat térnyerése, a hagyomány os orvosi hivatás belső poralizálódása. A jelenlegi tendenciák alapján valószínű különböző hivatásmodellek egymás mellett létezése. Az angol és a német szakirodalom döntő többsége a klasszikus orvosi hivatás megújulását és hagyományos elköteleződésének (páciensek és a társadalom érdeke, altruizmus, erkölcsi értéktöltet) megújítását tartaná a követendő útnak. Ennek révén véli megtarthatónak a hivatás autonómiáját, társadalmi státuszát és presztízsét.

## VI: ORVOSI HIVATÁSETIKA A XX. - XXI SZÁZADBAN

„Aminek nem szabad megváltoznia, az az orvostudomány morális magva, az, ami a hivatás etikai azonosságát adja – a beteg jóllétének elsődlegessége”  
(Pellegrino)

### VI. 1. Szükség van-e orvosi etikára ?

A fenti kérdés kétféle értelmezésben vehető fel: 1.) szükség van-e *egyáltalán* orvosi etikára, azaz egy olyan diszciplínára, amely az orvosi gyakorlatban felmerülő erkölcsi kérdésekre (a teória szintjén) reflektál? 2.) Szükség van-e *még* a XXI. században orvosi etikára, azaz egy (jellemző jegyek által definiált) hivatás belső erkölcsi normáinak elkülönült, önálló vizsgálatára?

Ami az első kérdést illeti, az orvoslás történetének hosszú évszázadai alatt „a medicina szakmai praxisában lényegében egy morális perspektíva is belefoglaltatott”.<sup>(204)</sup> Ez azt jelenti, hogy mivel a medicina kiemelt emberi értékeket érint (élet, egészség, test, lélek) az orvoslás mindennapi gyakorlatában inhere ns módon benne van az orvos (és a beteg) morális tapasztalása. Orvos és beteg találkozása sohasem pusztán szakmai – technikai jellegű, hanem eredendően és alapvetően *értékek által strukturált szituáció*.

Ez az alapvető tény nem változott az évezredek folyamán, azonban az eredetileg kétpólusú orvos – páciens viszonyból a XX. – s még inkább a XXI. – századra személyek, intézmények és kapcsolatrendszerek bonyolult együttese lett. Az orvos és betegek körül kialakult a modern medicina a maga gyógyító és szolgáltató komplexumával, a XIX. és XX. században pedig kialakult a modern közegészségügy. A legtöbb országban ma már egységes rendszerben szerepel a betegségekkel foglalkozó, elsődlegesen kuratív medicina és a lakosság egészségének megőrzésével foglalkozó közegészségügy, s így kialakult a korszerű egészségügy, amely napjainkra már bonyolult struktúrájú társadalmi alrendszerre vált.<sup>(205)</sup>

A törvényileg és erkölcsileg szabályozandó viszonyok tehát többszűré és többpólusúvá váltak (orvos – páciens, orvosi hivatás – társadalom, páciens – egészségügyi ellátó rendszer, páciens – paramedikális hivatások, orvos – paramedikális hivatások, stb). Mindez megmutatkozik abban is, hogy manapság már nemcsak „orvosi etikáról” olvashatunk, hanem biomedicinális etikáról, e egészségügyi etikáról, nővéretikáról, stb. A komplex

<sup>204</sup> Jenei Ilona: Orvosi etika vagy bioetika? MBSZ 1995/1-2:9-16.

<sup>205</sup> Balázs Péter: Múlt és jelen ellentmondásai a modern orvosi etikában. Valóság 1995/6: 81 -93.

egészségügy szereplőinek összetett és bonyolult kapcsolatrendszere, az egyes csoportok szerepértelmezése, értékstruktúrája és normarendszere ma már egészen egyszerűen nem fér bele egyetlen, mégoly átfogó, erkölcsi rendszerbe és nem írható le egyetlen „etika” keretében. Az orvosi hivatásetika helyét, szerepét, modern kori funkcióját vizsgálva tehát nem vonatkoztathatunk el az „egész medicina” etikájának kérdéseitől.

Mindezzel együtt is elmondható, hogy a gyógyító tevékenység középpontjában ma is az orvos – beteg kapcsolat áll. Így az első kérdésre véleményünk szerint „igen” válasz adható: igen, szükség van orvosi etikára. Ennek indoklására és a második kérdésre a későbbiekben próbálunk meg válaszolni. Ami még a második kérdést illeti, az a tény, hogy a fenti alapkérdés ilyen formában felmerül a XXI. század kezdetén, jól jelezi a helyzetet, amiben az orvosi hivatás ma található.

#### **VI. 1.2. Az etika és a ( természettudományos ) medicina viszonya**

Ha elismerjük az orvoslás etikájának létjogosultságát, akkor felvetődik a kérdés, hol a helye az orvosi tudományok között, illetve, még tágabban értelmezve a kérdést: **hogyan viszonyul az etika a medicinához.** A medicina, több évszázados sikertörténete folyamán, egy, a tapasztalaton, az empirián nyugvó tanból természettudományi orientáltságú, teoretikus alapokon nyugvó diszciplinává vált. A medicina - sok évszázados kötődés után - mintegy száz éve elszakadt a filozófiától, miközben egyértelműen és hangsúlyozottan természettudományként definiálta önmagát. A ma medicinájának a „filozófiája” (amennyiben beszélhetünk ilyenről) a természettudományok elvét vallja magáénak: ami mérhető, azt mind meg kell mérni, ami nem mérhető, azt át kell alakítani mérhető mennyiségekké. Ezt célozzák a kísérletek és ezt bizonyítja a leletek sokasága, amelyeket egy-egy betegség kapcsán a páciens összegyűjt.(<sup>206</sup>)

Az ember együtt és egyszerre biológiai és társadalmi lény, testi és szellemi integritás. A modern medicina már igyekezik figyelembe venni ezeket a tényezőket is, ennek eredménye a pszichoszomatikus orvoslás valamint a „szociálmedicina” (társadalomorvostan, orvosi szociológia, bioetika) kialakulása. Ahhoz azonban, hogy ezek a diszciplínák a természettudományos orvoslás közegében „tudományosnak” bizonyuljanak, maguknak is természettudományosnak kell illetve kellene lenniük. Ami az etikát illeti, ez az elvárás illetve törekvés eleve kudarcra van ítélve, hiszen az etika filozófiai diszciplína, s mint ilyen, szemléletmódjában, módszerében társadalomtudományi alapvetésű és beállítottságú. Valószínűleg ezért van az, hogy sok orvos idegenkedve tekint

<sup>206</sup> Spitzky, K.H.: Aertzliche Dialogik. <http://www.philosophische-praxis.at/symp02.html>

az etikára, hiszen az nem mérhető adatokkal és mennyiségekkel, hanem érték - és norma-kijelentésekkel „dolgozik”.<sup>(207)</sup>

### **VI. 1.3. Külső vagy belső megalapozású moralitás ?**

Az orvosi etikának, vagy tágabban, a medicina etikájának elismerése felveti az **etika megalapozásának** kérdését: a medicina inherens céljaiból kiindulva fogalmazza meg saját elveit és normáit, azaz belső megalapozású legyen, vagy egy medicinán kívüli filozófiai - etikai alapra támaszkodjon elvei és normái tekintetében? Henk ten Have meghatározása szerint a belső moralitás (internal morality) „azon értékek, normák és szabályok összessége, amelyek lényegesek a medicina gyakorlatában. A belső moralitás a gyakorló szakemberek – orvosok, nővérek, tanárok - közösségéből fakad, és arra alapozódik, hogy hogyan kell viselkednie valakinek napi munkája során. Ezek közös értékek, amelyeket egymástól sajátítanak el és írott vagy íratlan formában léteznek. A külső moralitás (external morality): külső nézet, amely reflektál az egész közösség ethoszára.” A belső moralításra a Hippokratészi eskü a példa, a külső moralításra a Nürnbergi Kódex vagy a modern bioetika.<sup>(208)</sup>

A medicina külső vagy belső megalapozású moralitása kérdésének szenteli a Journal of Medicine and Philosophy 2001. Decemberi számát. A vélemények három csoportba sorolhatók. A **belső moralitást** hangsúlyozók véleménye szerint a professzionális etika deriválható magának a professzióknak a specifikumából, lényegi célkitűzéséből, illetve a medicina végső céljából. Az orvosi hivatás esetében ez az orvos – beteg kapcsolat eredendő természete.<sup>(209)(210)(211)</sup> A **külső moralitás** azt jelenti, hogy az orvosi etika normái külső, azaz medicinán kívüli, megalapozást és igazolást igényelnek. Ez lehet filozófiai vagy vallásos etika, jog, társadalmi megegyezés. Ez mellett az álláspont mellett érvel Veatch. Véleménye szerint a medicinán belül többféle szerep létezik, s ezeknek más és más végcéljuk lehet, amelyek akár konfliktusban is állhatnak egymással. Továbbá a medicina céljai maguk is külsőlegeseek, báziuk maga az emberi lét. Ezért a medicina

---

<sup>207</sup> Bauer, A.: Braucht die Medizin Werte? Reflexionen über methodologische Probleme in der Bioethik. In: Bauer, A.(ed): Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Barth Verlag, Heidelberg Leipzig 1998. 1-18.o.

<sup>208</sup> idézi: Paul, Ch.: Internal and external morality of medicine: lessons from New Zealand. BMJ 2000;320:499-503.

<sup>209</sup> Pellegrino, E.D.: The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions. Journal of Medicine and Philosophy 2001;26:559-579.

<sup>210</sup> Miller, F.G., Brody, H.: The Internal Morality of Medicine: An Evolutionary Perspective. uo. 581-599.

<sup>211</sup> Arras, J.D.: A Method in Search of a Purpose: The Internal Morality of Medicine. Uo. 643-662.

külső moráljának társadalmilag konstruálnak és megalapozottnak kell lennie. <sup>(212)</sup> A **külső-belső moralitás** álláspontját képviseli Beauchamp, akinek véleménye szerint különböző kultúrákban különböző normákat magukban foglaló etikai rendszerek jöttek létre, amelyek az adott kultúra orvosainak gyakorlatát irányították. <sup>(213)</sup>

Véleményünk szerint a medicina külső vagy belső megalapozású etikájának kérdése **hasonló** a medicina külső vagy belső meghatározottságát felvető problémához és szorosan össze is függ azzal. Ugyanúgy, ahogy a medicina céljait a saját belső meghatározottságából és végcéljából, valamint az adott társadalom (és kultúra) elvárásaiból és céljaiból együttesen kell és lehet meghatározni, úgy a medicina etikája is tartalmaz belső és külső meghatározottságú elemeket. Az orvosi etika történetének áttekintése során láttuk, hogy az orvoslás gyakorlatát irányító erkölcsi elvekre és normákra - bár azok a hivatás lényegi sajátosságából, a kiemelt humán értékeket érintő orvos – beteg viszonyból erednek - mindig hatással voltak egy adott kor általános vallási, filozófiai és erkölcsi nézetei. Értelmezésünk szerint az orvos gyógyító szerepéből adódó normák és köteleességek egyezéseket, vagy legalábbis szoros hasonlóságokat mutatnak más – más történelmi korban és kultúrában. (Hippokratészi alapelvek) A gyógyítás tágabb körülményeiből, illetve a professzionális státuszából adódó szerepek és ezzel összefüggő normák már nagyobb eltéréseket mutathatnak (orvos különböző kultúrákban, paramedikális hivatások).

A külső-belső megalapozással kapcsolatos **nehézségek** napjainkban két kérdés köré csoportosulnak. 1.) Egy modern, pluralista társadalomban, ahol értékrendszerek és erkölcsi rendszerek élnek egymás mellett, melyik erkölcsi rendszer legyen az, amely **az alapot**, a bázist nyújtja? Ha több értékrendszer együttesen szolgáltatja az alapot, hogyan hozhatók azok elvei és normái közös nevezőre? Ha ez utóbbi nem lehetséges, akkor elegendő-e a jog, mint konszenzuson alapuló „erkölcsi minimum”, azaz egy jogrendszer legyen -e a külső bázis? Ha a jogot fogadjuk el alapnak, hogyan „fordíthatók le” a jogi normák az etika nyelvére és hogyan alkalmazhatók az erkölcs közegében?

2.) Hogyan **egyeztethetők össze** az orvoslás hagyományos, belső normái a külső megalapozású normákkal? Ez a kérdés a bioetika világméretű recepciójával vetődött fel. Korábbi évszázadokban (a nyugati kultúrákban) az orvosi etikára ható vallási vagy filozófiai etikai rendszerek azért nem kerültek konfliktusba a belső normákkal, mert alapvetően mindegyik **normatív szabályozásra** törekedett (vö. Tízparancsolat). A bioetika,

---

<sup>212</sup> Veatch, R.M.: The Impossibility of a Morality Internal to Medicine. *Journal of Medicine and Philosophy* 2001;26:621-642.

<sup>213</sup> Beauchamp, T.L.: Internal and External Standards for Medical Morality *Uo.* 601-619.

pontosan a fentebbi kérdések megoldása, illetve a nehézségek áthidalása céljából, **konszenzuson alapuló** megoldásra törekedett. Legelterjedtebb formája, a négy alapelven nyugvó principializmus, látszólag meg is oldotta a problémák nagy részét. Átvette a hippokratészi tradícióból a „ne árts!” elvét és a jótékonyág parancsát, s bevezette az autonómia és az igazságosság elvét, amelyek a modern kor szükségleteiből desztillálódtak. Mint Jenei Ilona írja, ezek az alapelvek legitimációjukat különböző forrásból merítik, egymásra nem reflektálnak és nem alkotnak egy egységes elméletet. További problémát jelent a hagyományos normatív szabályozás és a kritikai reflexió összeegyeztetése. Jenei Ilona tanulmánya a bioetikai paradigmaváltás lehetőségét boncolgatva, az ide tartozó problémákat érzékenyen elemezve végül kimondja a bioetika melletti legfőbb érvet: a négy alapelv működik, funkcionál. <sup>(214)</sup> Mint a történeti fejezet biotekáról szóló részében már utaltunk rá, a bioetika még napjainkban sem egy lezárt, befejezett tudomány, de kétségtelen, hogy a négy alapelv mára már beépült a legtöbb fejlett ország medicinális etikájába.

Az alapelvek **gyakorlati alkalmazása** és annak nehézségei egy másik kérdés, amelyre ezúttal nem térünk ki, hiszen óriási szakirodalom elemzi ezt a témakört. A páciensautonómia értelmezése, az orvosi segítségnyújtás kötelezettségével való összeütközése és az ebből eredő konfliktusok a német szakirodalomnak különösen kedvelt témái.

Kétségtelen tény azonban, hogy a hagyományos orvosi hivatásetika számára óriási **kihívás** volt – és még ma is az – a bioetika megjelenése. Véleményünk szerint a hivatásetika adaptációs képességének egyik próbája és egész megújulásának egyik fő kérdése, hogy „mit tud kezdeni” a bioetika elveivel és egész szemléletmódjával. Nem csak arról van szó, hogy az orvosok a napi munkájuk során tiszteletben tartják -e a páciensek autonómiáját, tekintettel vannak -e az igazságosság elvére, hanem arról, hogy a hivatásetika képes-e integrálni – részben vagy egészen – egy tőle idegen erkölcsi rendszer, illetve etikai irányzat elveit és normáit?

**Összegezve** azt mondhatjuk, hogy a medicina inherens sajátosságaiból következik a medicina etikájának léte. Korunkban azonban a döntően természettudományos megalapozású és irányultságú orvostudomány idegenként tekint a saját morálját reflektáló

---

<sup>214</sup> Jenei Ilona: Orvosetikai paradigmaváltás gyakorlati következményei Magyarországon a betegjogok és a bioetika oktatásában MBSZ 1999;5(3):3-15.

etikára mint filozófiai diszciplínára. A medicina etikájának külső vagy belső megalapozása a XXI. században is aktuális kérdésként vetődik fel. A modern medicina korában az orvosi hivatásetika hagyományos témái és normái már nem fedik le az egészségügy komplex struktúráját. A modern egészségügy szereplőinek kapcsolatrendszere, értékstruktúrája és normarendszere nem írható le egyetlen etika keretében. Napjainkban tulajdonképpen három „bázis” szolgáltatja az alapot a medicina etikája számára: a tradicionális hippokratészi etika orvost irányító normái; a bioetika konszenzusos normái (részleges egyezéssel a hippokratészi normákkal); és a jog (az egyes országok egészségügyi törvényei).

## **VI. 2. A hivatásetika dokumentumai**

Mint „A hivatásetika története” c. fejezetben láttuk, az orvosi hivatás történetét végigkísérik az „etikai dokumentumok”: *eskük, fogadalmak, imák, szabályzatok, kódexek*. Legtöbbjüket írásba is foglalták. Közös jellemzőjük, hogy viszonylag rövidek, normatív jellegű, felszólító vagy leíró kijelentéseket tartalmaznak. Fontos tény, hogy orvosok fogalmazták meg őket – orvosok számára.

A dokumentumok *tematikailag* a „jó orvos”-sal szemben támasztott – egyéni és társadalmi – követelményeket sorolják fel, a hivatásrend ideális önarcképét közvetítik mind a tagok, mind a közönség számára. Funkciójuk alapvetően a hivatás monopóliumának megerősítése, a hivatás céljainak és feladatainak deklarálása, valamint a belső szabályozás és kontroll biztosítása volt. Ezt a szabályozást az eskük és fogadalmak deontológiai, normatív jellege hosszú időn keresztül megfelelő módon tudta biztosítani. A sikeresség másik oka az volt, hogy az orvoslás korlátozottabb tudományos és technikai lehetőségei között az orvosi köteleességek egyértelmű, normatív felsorolása és azok követése működőképes gyakorlatnak bizonyult. Mindez azonban alapvetően megváltozott a XX. században. <sup>(215)</sup>

### **VI. 2. 1. Kodifikálás: deklarációk, nyilatkozatok, állásfoglalások, irányelvek, ajánlások**

A XX. század, és különösen annak második fele, az orvosi etika *kodifikálásának* szinte robbanásszerű *terjedését* hozta magával. A Nürnbergi Kódex és a Genfi Deklaráció megjelenése óta számtalan nemzetközi dokumentum jelent meg : Helsinkai Deklaráció (többször módosítva), Sydney nyilatkozat, Oslói nyilatkozat, Tokiói nyilatkozat, Hawaii

---

<sup>215</sup> vö: Kapocsi Erzsébet – Jenei Ilona: A bioetika és az orvosi eskü. Orvosi Hetilap 2003;29:1447-1453.

nyilatkozat, Európai Bioetikai Konvenció – hogy csak a legfontosabbakat soroljuk fel. **Tematikájukat** tekintve ezek a dokumentumok az orvosi hivatással, az emberi jogokkal, a páciensjogokkal, a kutatások és kísérletek szabályozásával, az élet kezdetével és végével kapcsolatos állásfoglalásokat és nyilatkozatokat tartalmaznak. Megjelenésük kétségtelenül összefügg a bioetikai szemléletmód terjedésével. Jellegüknél fogva gyorsabban reagáltak a tudomány és a technika új kihívásaira, valamint a bioetika megjelenésére, mint pl. a hagyományosabb eszközövek, jobban is tükrözik annak hatását és felfogását.

A szabályozás egy másik formáját jelentik az egyes országok **egészségügyi törvényei**. A törvényeken kívül szinte minden ország orvosi kamarája illetve hasonló típusú egyesülete megfogalmazza a maga **etikai kódexét**, amelyek az adott ország, társadalom és kultúra sajátosságait is tükrözik. A törvényi szabályozást jelen esetben figyelmen kívül hagyva, most az etikai típusú szabályozásnak csak a legalapvetőbb kérdéseit vesszük számba.

Az etikai dokumentumok rendkívül **nagy száma és nemzetközi jellege** arra enged következtetni, hogy globalizálódó világunkban a medicina területén olyan azonos, vagy lényegében hasonló problémák léptek fel, amelyek megoldása nemzetközi összefogást sürget. A kodifikálási hullám azt is jelzi, hogy a medicina tudományos és technikai potenciálja gyorsabban fejlődik, mint a vele való bánás képessége. A törvényalkotás mindig hosszadalmasabb és bonyolultabb procedura, semhogy a gyors változásokat követni tudná. Szükség van olyan szabályozásra, amely gyorsabb és – elfogadása esetén – megfelelő kereteket nyújt a gyakorlati tevékenység számára. Mivel az etika a hivatás kezdetei óta betölti a szakmai és főként erkölcsi szabályozás és kontroll funkcióját, alkalmasnak tűnik a feladatok megoldására.

Pozitívumai mellett azonban ez a típusú szabályozás nagyon sok **kérdést** is felvet: ki, hogyan és mit szabályozzon és milyen kötelező, illetve legitimációs ereje van az egyes dokumentumoknak? A kodifikálási hullám ugyanis jól mutatja, hogy a gyógyítás és a kutatás, sőt az egész egészségügy területét különböző szinteken és különböző értékek sőt érdekek mentén lehet szabályozni.

#### **VI. 2.2 Legitimitás, kontrolláló és szabályozó funkció**

Ma már olyan sok és sokféle dokumentum létezik, hogy óhatatlanul is felvetődik azok tényleges szerepének és súlyának a kérdése. Nagyon lényeges kérdés, hogy milyen **kötelező erővel** bírnak ezek a dokumentumok, mi a viszonyuk a törvényi szabályozáshoz? Szokás a kódexeket, deklarációkat, nyilatkozatokat, stb „soft law”-nak nevezni mint a



törvények alternatíváit, illetve előfutárait. <sup>(216)</sup> A nemzetközi szervezetek, tömörülések dokumentumi akkor kötelezőek egy országra nézve, ha az illető ország tagja az adott szervezetnek, illetve, ha nem tagja, akkor valamilyen hivatalos formában, elfogadja őket. Ilyenek pl. az Európai Unió dokumentumai, többek között a „Bioetikai konvenció” De mi a helyzet nemzetközi orvosi társaságok vagy szövetségek deklarációival, milyen kötelező erejük, illetve legitimáló funkciójuk van egy – egy ország orvosai számára? Az elfogadás itt is döntő szempont, de az irányelvek követése az etikai önszabályozás és kontroll hatáskörébe tartozik.

További kérdés, hogy az egymástól különböző kultúrájú, eltérő értékrendszerű országok számára lehetséges-e *egységes erkölcsi irányelvek* és etikai normák elfogadása? Ha csak a legáltalánosabb, mindenki számára elfogadható elveket és normákat fektet le, akkor a dokumentumok nagyon általános szinten fognak mozogni és éppen a konkrét tevékenységhez nyújtanak kevés fogódzót. Ha „csupán” az általánosan vállalható alapelvek deklarálása a cél, akkor az ilyen típusú dokumentumok inkább alkalmasak az orvosi hivatásrend egységes állásfoglalásainak kinyilvánítására, mintsem az orvosok magatartásának szabályozására.

Ideális állapotban a törvényi és etikai, illetve a nemzetközi és országon belüli szabályozás *összhangban* van egymással és kiegészíti egymást. Ideális állapot azonban a mai, folyton változó, permanens átalakulásban levő egészségügyben talán sehol sem létezik. Felmerül a kérdés, hogy e sokféle szabály, követelmény, norma közül melyik legyen, vagy melyek legyenek az abszolút irányadók? Melyiket kell, vagy legalább lehet követni konfliktus esetén? A „beteg üdve” legyen a legfőbb törvény vagy a „beteg akarata”, a szakmai protokoll vagy az intézmény anyagi lehetőségei? Lehet-e kompromisszumot elérni, közös nevezőre hozni az eltérő érdekeket?

A *megoldás* az egészségügy céljainak, prioritásainak a társadalommal közösen való meghatározása lehetne, az ebből következő legfontosabb értékek feltárása, ezekből az elvek és konkrét normák meghatározása. Ez a mai értékpluralista társadalmakat, átalakulóban levő egészségügyi rendszereket és helyüket kereső egészségügyi hivatásokat tekintve, nem rövid távú cél. Az orvosoknak (és betegeknek) azonban szükségük van orientációs pontokra és betartható, egyértelmű normákra.

---

<sup>216</sup> Tröhler, U., Reiter-Theil, S.(eds): Ethik und Medizin. Was leistet die Kodifizierung von Ethik? Einführung des Herausgeber. Wallstein Verlag, Göttingen, 1997. 15.o.

A *bioetika* által kínált kiút - a konszenzuson alapuló, erkölcsileg elfogadható (kompromisszumos) megoldások kiválasztása a lehetséges alternatívák közül – ha nem is problémamentes, de működő, a mindennapokban alkalmazható eljárás. Az orvosi hivatásrend számára lehetséges másik út: a *hivatásetika* megtartása, annak minden előnyével és hátrányával együtt.

*Összegezve* elmondható, hogy az orvosi etika dokumentumai a kezdetektől fogva végig kísérik a hivatás történetét és fontos szerepet töltenek be mind az erkölcsi – etikai bázis megteremtésében mind a hivatásnak mint morális közösségnek a deklarálásában. Lényeges szerepük volt a kollektíva és az egyén moráljának alakításában és az orvosi magatartás szabályozásában. A XX. században az orvosi etika kodifikálásának terjedése figyelhető meg; a sokféle szabályozás azonban kérdéseket vet fel a legitimitás, a kontrolláló igény és a szabályozó funkció tekintetében. A bioetika konszenzusos normái a gyakorlatban jól funkcionálnak, de nem teszik feleslegessé a hivatásetikát.

### VI.3. A hivatásetika modern értelmezése

Mint e fejezet bevezetőjében már szó volt róla, egy modern, komplex egészségügyi rendszer érték- és normarendszere ma már nem foglalható össze egyetlen szerep - vagy hivatás-specifikus etika keretében. Ezt jelzik a – Magyarországon és más országokban egyaránt - használatos elnevezések: „orvosi etika”, „medicinális etika” vagy „biomedicinális” illetve „biomedikális etika”, „egészségügyi etika”. Az elnevezések sokfélesége nem pusztán stílárius kérdés, hanem általában tartalmi különbségeket is jelez.

Véleményünk szerint az orvosi etika illetve orvosi hivatásetika *nem azonos* a bioetikával, a medicinális etikával, az egészségügyi etikával. Ez utóbbi három etika tágabb területet ölel fel; az orvos – beteg kapcsolaton túl a medicina, illetve az egészségügyi ellátó rendszer erkölcsi kérdéseit is tárgyalják. A *bioetika* egyik értelmezésben a bioszférával kapcsolatos emberi magatartást, annak erkölcsi vonatkozásait öleli fel. Másik értelmezésben a biomedikális etikával szinonim fogalom és a biológiai tudományok által felvetett, az orvoslásban is megjelenő erkölcsi kérdésekkel foglalkozik (abortusz, eutanázia, szervátültetés, mesterséges megtermékenyítés, prenatális diagnosztika). <sup>(217)</sup> Az *egészségügyi etika* az egészségügy mint rendszer által felvetett problémák erkölcsi vonatkozásait tárgyalja (igazságosság, allokáció, szolidaritás, szubszidiaritás), sőt egy

---

<sup>217</sup> Korff, W.: Einführung in das Projekt Bioethik. 1. Begriff und Gegenstandsbereich. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon der Bioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 7-8.o.

modern egészségügyi etikának feltétlenül tartalmaznia kell a paramedikális hivatások etikáját is (nővéretika, egészségfejlesztés, egészségnevelés etikája, stb).

Fontos kérdés, hogy az *orvosi etika* és az *orvosi hivatásetika* azonos fogalmak-e, pontosabban: szemantikailag azonos-e a jelentésük (az a tartalom, amire utalnak)? Mint a történeti fejezetben láttuk, az „orvosi etika” a kezdetektől fogva „az orvos etikája” volt, vagy még pontosabban – Jenei Ilona kifejezésével – „az orvoslás etikája”. A minta az egyszemélyes gyógyítás modellje volt: egy orvos és egy beteg személyes kapcsolata. Ez az orvosi etika elsősorban a beteggel szembeni kötelességek megfogalmazásában nyert kifejezést (nem ártani, segíteni, az életet védeni, titoktartás), megjelenési formáját tekintve pedig eskük, kódexek és deklarációk formájában hagyományozódott nemzedékről nemzedékre. A normatív módon megfogalmazott kötelességek konkrét realizálása az egyes orvos kompetenciájába tartozott. Az orvos személyisége, betegség értelmezése, a gyógyítás lehetőségeiről és hatáiról vallott felfogása, a beteg emberhez való viszonyulása óhatatlanul tükröződtek erkölcsi elveiben és morális gyakorlatában.<sup>(218)</sup> Ezért is volt olyan fontos az orvosi erények hangsúlyozása – az erények jelentették a „standardot”.

Az orvosi hivatásrend kialakulása egyfelől, az orvosi kapcsolatrendszer bonyolultabbá válása másfelől magukkal hozták az „*orvosi hivatásetika*” kialakulását: az orvosi hivatásrend - mint szakmai és mint morális közösség - által kollektíven (és egyénileg is) vállalt és gyakorolt erkölcsi elvek és normák összességét. Az orvosi hivatásetika kiemelt témája továbbra is az orvos – beteg kapcsolat, de helyet kap benne a hivatásnak mint egységes társadalmi csoportnak a társadalomhoz való viszonya, az orvosnak a gyógyító személyzethez (nővérek, ápolók) valamint a gyógyszerészekhez való viszonya, továbbá az orvosnak kollégáihoz és saját hivatásához való viszonya. Ha az „orvosi etika” példájának a Hippokratészi esküt tekintjük, akkor az „orvosi hivatásetika” első modellje Percival etikája lehet.

A fentiek alapján azt mondhatjuk, hogy az orvosi hivatásetika – a magyar etika kifejezés kettős jelentése miatt – értelmezhető, mint:

- a.) *hivatáserkölc*s: az orvosi hivatásrend - mint szakmai és mint morális közösség - által kollektíve deklarált erkölcsi elvek és normák komplexuma, amelyek minden egyes orvost, mint hivatásának gyakorlóját, tevékenysége során és személyében (magatartásában) irányítják és kötelezik. Két, egymással összefüggő oldala: az individuális morál és a kollektív erkölcs.

---

<sup>218</sup> Engelhardt, D.von: Zur Systematik und Geschichte der Medizinischen Ethik. In: Engelhardt, D.von: (ed.) Ethik im Alltag der Medizin. Birkhäuser Verlag, Basel /Boston/Berlin 1997. 4.o.

b.) **hivatásetika**: elméleti diszciplína, az orvosi hivatás sajátosságaiból adódó erkölcsi követelmények tudományos igényű reflexiója. Mint ilyen, alkalmazott etika.

Mindkét fentebbi meghatározás szempontjából döntő jelentőségű a **hivatás** definiálása és értelmezése. Mivel a hivatást úgy definiáltuk, mint amelynek **konstitutív eleme** az erkölcsi – etikai dimenzió, a hivatáserkölc megszünésével a hivatás „foglalkozássá” válna / válik. Itt nem a deklarált normákon van a hangsúly, pl. egy etikai kódex meglétén avagy hiányán, hanem a gyógyító szerepből és a professzionális státusból adódó erkölcsi – morális kötelességek meglétén vagy hiányán, illetve ezek teljesítésén. Ha a hivatás megszűnik „morális vállalkozás” lenni, akkor megszűnik „hivatás” státusza is. Lehet nagyon magas presztízsű, jól megfizetett és tekintélyes foglalkozás, de nem hivatás. Ha viszont a hivatás fogalmát módosítjuk (vö. V.2.9 és V.4.5. fejezetek), akkor a hivatásetika fogalmát is módosítanunk kell.

#### **VI. 4. „Új professzionalizáció” – új hivatásetika ?**

Mint a hivatás jövőjéről szóló fejezetben láttuk, az orvosi hivatást képviselők, illetve az orvosi hivatással foglalkozók döntő többsége, a hivatás jövőjét tekintve, a tradicionális orvosi hivatás megújítását tekinti a járható útnak. Ez a klasszikus elemek (szaktudás, szolgálat, erkölcsiség) megőrzését, modern viszonyokhoz való alkalmazását és új elemek (autonómia, igazságosság) integrálását jelenti. Az egész folyamat egyik kulcseleme: az erkölcsi értékek megerősítése és az orvostársadalom morális megújulása. Új típusú etikáról nem esik szó a szakirodalomban, annál több a **klasszikus értékekről és normákról**: az élet tisztelete, a beteg érdekének előtérbe helyezése, az orvos saját érdekeinek háttérbe szorítása, altruizmus, szolgálat.

Ez a törekvés feltétlenül tiszteletet érdemel, van azonban **két kérdés**, amelyeket fel kell vetnünk, akkor is, ha nem kapunk rá egyértelmű válaszokat. Az egyik kérdés, hogy *a hivatásetika évszázados, sőt évezredes normái hogyan funkcionálnak egy posztmodern medicina keretei között?* Vajon adekvát útmutatást adnak-e az orvosnak egy alapvetően megváltozott társadalomban és egy modern, komplex egészségügyi rendszerben? Vagy éppen ellenkezőleg: talán akadályozzák is a hivatás jelen körülményekhez való alkalmazkodását? A másik kérdés: *hogyan integrálhatók a tradíció alapuló és tradíciókra támaszkodó hivatásetikába a bioetika konszenzusos normái?* Elképzelhető-e egy szerves egység pl. a páciensautonómia elve és az altruista szolgálat attitűdje között? Vajon ez azt jelentené, hogy a páciens minden igényét ki kellene szolgálnia az orvosnak?

A feltett kérdésekre úgy kaphatunk választ, ha megnézzük, hogy az eddigi modernizációs törekvések milyen eredménnyel jártak

#### **VI.4.1. Az Orvosi Charta**

A „Medical Professionalism Project” chartájáról, mint az orvosok és a társadalom közötti szerződésről, annak pozitívumai ról és negatívumairól már volt szó. Egy modern hivatásetika szempontjából a charta fontos tanulságokkal szolgál. A preambulum szerint az orvosokat érő kihívások a technológia robbanásszerű fejlődéséből, a piaci törekvésekből, az egészségügy problémáiból, a bioterrorizmusból és a globalizációból származnak. Ezek azok a körülmények, amelyek a hivatás alapvető és univerzális elvei és értékei újjáélesztésének és megerősítésének igényét kiváltották. A hivatás univerzalitásának egyik záloga a gyógyító szerep, amely Hippokrátészig nyúlik vissza.

A charta **három alapelve** közül csak az **első**, a *páciens jóllétének elsődlegessége*, ered a hivatás évezredek hagyományaiból. A páciens érdekeinek szolgálata, az altruizmus, a bizalom továbbra is lényegi elemei az orvos beteg kapcsolatnak. A **második alapelv**, a *páciens autonómiájának tisztelete*, a bioetika elvének átvételét jelenti. Az orvosnak őszintének kell lennie a pácienshez, meg kell adnia minden információt, amire a betegnek, döntéséhez, szüksége van. Találkozunk itt azonban egy elgondolkodtató félmondattal: „a páciens saját ellátásáról való döntése mindenek felett áll, mindaddig, amíg ezek a döntések összhangban vannak az etikai gyakorlattal ...”.<sup>(219)</sup> Kinek az etikai gyakorlatáról van szó, az orvosról vagy a társadalomról és ki dönti el, hogy ellentétben vagy összhangban van-e vele a páciens döntése? Bár a szövegből ez nem derül ki, valószínűsíthető, hogy az orvos illetve a hivatás erkölcsi normái jelentik a mércét. Ehhez viszont pontosan lefektetett és közösen elfogadott normák megléte szükséges, amelyeknek az értelmezése is egységes. A **harmadik alapelv**, az *össztársadalmi (szociális) igazságosság elve*, az egész egészségügyi ellátó rendszerre vonatkozik, beleértve a szűkös források igazságos elosztását is. Ez az alapelv kötelességévé teszi az orvosoknak mindenfajta diszkrimináció elutasítását is.

A charta három alapelve közül tehát kettő vonatkozik az orvos – beteg kapcsolatra, egy pedig a társadalommal való viszonyra, de mindhárom elv tükrözi a **hivatásetika klasszikus nézőpontját**, vagyis az orvosok kötelességeit sorolja fel. A nézőpont a hivatás kötelességeinek a felsorolásánál is változatlan marad.

---

<sup>219</sup> Medical Professionalism Project: Medical professionalism in the new millennium: a physicians’ Carter. Lancet 2002; 359: 520.o.

A *tíz pontban felsorolt kötelességek* közül három vonatkozik a páciensekkel való kapcsolatra: a *páciensekkel szembeni őszinteség* elve, a *páciensekkel szembeni bizalom* elve és az *elkötelezettség a páciensekkel szembeni megfelelő viszony fenntartására*. Mindhárom elv, illetve elkötelezettség lényege megtalálható a klasszikus hivatásetikában is, úgymint a titoktartás elve, a bizalom fontossága, a szexuális visszaélés tilalma, a beteg védelme kiszolgáltatott helyzetében. Ami új, az a *bioetika hatását* tükrözi. Ilyen a beteg teljes körű felvilágosítása, bevonása az őt illető döntésekbe. Egészen új szempont, hogy a beteget azonnal tájékoztatni kell az esetleges hibákról és tévedésekről, amelyek a kezelés során történtek vele, mert a hibák és tévedések megrendítik mind a páciens, mind a társadalom bizalmát. Ez a kitétel nyilvánvalóan a sorozatos műhibaperek nyomán került be a szövegbe, amely arról is szól, hogy az orvosok illetve az egészségügyi személyzet részéről elkövetett hibák megelőzésére megfelelő stratégiát kell kidolgozni. A titoktartás elve kibővül az elektronikus információkra és a genetikai információkra vonatkozóan is.

A *további hét elkötelezettség* tulajdonképpen a hivatás tagjainak önmagukkal, hivatásukkal, illetve más egészségügyi dolgozókkal szembeni kötelességeire vonatkozik. „Tisztán” a professzionális státuszról eredő, azzal összefüggő kötelességeket fogalmazzak meg a *kompetencia fenntartása, a tudományos ismeretek alkalmazása és a hivatásbeli felelősség* elvei. Mindhárom elv hangsúlyozza a hivatás tagjainak személyes felelősségét és a hivatás egészének felelősségét a szakmai kompetencia állandó fenntartása és megújítása, a modern tudásbázis megfelelő használata és a megfelelő színvonalú oktatás tekintetében. A másik négy elv illetve elkötelezettség (*megfelelő minőségű ellátás biztosítása, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása, a korlátozott anyagi erőforrások igazságos elosztása, az érdekonfliktusok kezelése a bizalom fenntartásával*) „vegyes” tartalmú. Találhatók bennük a hivatás önmagával szembeni kötelességeire vonatkozó kitételek, a társadalommal szembeni kötelességek, az egészségügyben betöltött szerepből adódó kötelességek és a más hivatásokkal való együttműködés elvei. Ezek a „vegyes” elvek a *modern kor kihívásaira reflektálnak* és egy modern egészségügy keretei között dolgozó orvosnak próbálnak meg irányelveket adni.

*Összegezve* elmondhatjuk, hogy a charta nem annyira az orvos gyógyító szerepéből, mint inkább a professzionális státuszából adódó kötelességeket sorakoztatja fel. Nyilván ez felel meg jobban az új professzionalizáció eszméjének, amelynek keretében a szöveg megfogalmazódott. A charta kimondottan a társadalom és a hivatás közötti szerződés dokumentumának készült. Bár a preambulum deklarálja a páciens érdekeinek elsőségét,

nem annyira az egyes orvos és az egyes páciens, mint inkább a *társadalom / közösség és a hivatás közötti viszony* jellege körvonalazódik

A társadalom és az orvosi hivatás közötti viszonyt mint szerződésnek a felfogása felveti a kérdést, hogy akkor az *orvos – beteg kapcsolat* is e szerződés keretei között értelmezendő, tehát az is szerződéses jellegű-e? Egy szerződés esetében mindegyik fél a saját érdekeinek a képviselője, holott az orvosnak – hivatása értelmében – a beteg érdekeit kell szem előtt tartania. Úgy gondoljuk, a medicina belső, inherens morálja egy „*erkölcsi szerződést*” tenne szükségessé, amely azonban nem jogi formulákon, hanem kölcsönös bizalmon, tiszteleten alapulna.

#### **VI.4.2. Az orvosi eskü modernizálása**

A hagyományos hivatásetika modernizálására tett kísérletként értékelhetjük az orvosi eskük megreformálásának szándékát is. Az eskük, és főként a hippokratészi eskü, mindig is fontos szerepet töltek be a hivatás önképének meghatározásában. Jelezték az évszázados tradíciókhoz való kötődést, deklarálták a személyes elköteleződést és jelezték a hivatás tagjainak közösségét. Az Amerikai Orvosok Szövetsége (AMA) és a Brit Orvosok Szövetsége (BMA) 1997-ben kezdeményezték a hippokratészi *orvosi eskü szövegének újrafogalmazását*.<sup>(220)</sup> Az új esküvel szeretnék elérni, hogy a szakma ismét elkötelezze magát a betegek érdeke mellett úgy, hogy új, modern értékeket is, mint pl. a betegek önrendelkezési jogát, fontosnak nyilvánítsanak.

Az új tervezetben nem található meg az esküszövegek klasszikus formája („esküszöm, becsületesen fogadom”), helyette a hivatás minősítését találjuk: „A z orvoslás olyan privilégium, amely fokozott felelősséggel jár”.<sup>(221)</sup> A *hivatás lényege* – a tradíciónak megfelelően – a betegek orvosi érdekének, üdvének szem előtt tartása, a jótékonyág, valamint az ártalom elkerülése. A hagyományos *orvosi erényekből* a becsületesség, a betegek iránti tisztelet és részvétel szerepelnek.

A modern idők és a modern *bioetikai szemlélet* hatását mutatja több passzus. A legfontosabb talán a páciensek jogainak tiszteletben tartása, a döntéseikhez szükséges őszinte információk rendelkezésre bocsátása és a páciens döntésének elfogadása (hacsak az nem jelent kockázatot vagy veszélyt másokra nézve).

Az eskü-tervezet az orvos kötelességévé teszi azon csoportok *jogainak* tiszteletben tartását, akik koruknál, helyzetüknél vagy mentál is állapotuknál fogva nem tudják

---

<sup>220</sup> The Modern Oath of Hippocrates. <http://www.imagerynet.com/hippo.ama.html>

<sup>221</sup> Uo.

megfelelő módon és megfelelő eszközökkel kifejezni érdekeiket. A korlátozott döntési képességgel rendelkező betegek lehetőségek szerinti bevonása az őket érintő döntésekbe teljesen új eleme az eskünek.

A hivatás függetlenségének elve, a politikai befolyásolás visszautasítása és a páciensek (szociális helyzet szerinti) megkülönböztetésének elutasítása a hivatás *pozitív önképét* sugallják és a *páciensek bizalmának* a megerősítését szolgálják. Új és nagyon érdekes az a kitétel, mely szerint az orvos sem személyes hasznát, sem hivatali előmenetelét nem helyezheti a betegek iránti kötelességei fölé.

Az *emberi élet* különleges értékének és méltóságának elismerése tulajdonképpen a hippokratészi eskü óta meglévő eleme minden fogadalomnak, de a törvényileg szabályozott abortusz elfogadása már eltérés a több évszázados tradíciótól.

Minőségileg új gondolat annak elismerése, hogy „az emberi élet meghosszabbítása nem kizárólagos célja az egészségügyi ellátásnak”. Lényeges változás az értelmetlen, illetve eredménytelen kezeléstről való lemondás, és az is, hogy az orvosnak el kell ismerni az informált és kompetens betegnek *a kezelés visszautasításához való jogát*.

Ehhez csatlakozik az *orvosi tudás határainak elismerése* és a kollégákkal való konzultáció mint erkölcsi követelmény beiktatása a szövegbe. A tudományos haladással való lépéstartás pozitív kötelessége más esküszövegekben – pl. magyar fogadalmakban – is szerepel, újdonság itt a „nem megfelelő gyógymódok” leküzdésére tett ígélet. A *kollégákkal való* hagyományos *szolidaritás* ebben az esküben is szerepel, a munkatársak iránti tisztelet, a tudás megosztásának etikai követelményével együtt.

Különösen figyelemre méltó, és a hagyományos eskükben nem szereplő, erkölcsi parancs a *tévedések, hibák elismerése és bevallása*, valamint a kollégák figyelmeztetése saját hibáikra.

A tervezet utolsó passzusa az *orvosnak a közösség iránti elkötelezettségével* és felelősségével foglalkozik. Ilyen típusú elköteleződés nem szokatlan az újkor kezdete óta használatos eskükben, de ebben a változatban felerősödik a hivatás felelőssége és ezzel összefüggésben önként vállalt erkölcsi szerepe: az orvos kötelezi magát, hogy szembeszegül a nemzetközileg elfogadott emberi jogok megsértőivel. Továbbá kötelezi magát, hogy igyekszik megváltoztatni azt a jogrendet, amely ellentétes a páciensek érdekeivel és az orvosi etikával.

Végül egy egészen új, a XX. század változásaival is összefüggő és szintén a bioetika hatását mutató elem található még az esküben en: *az anyagi eszközök igazságos és humánus elosztásáról* szóló ígélet. Ennek pontos értelmezése azonban gondot jelent a gyakorlatban.



A tervezett új eskü *formailag* kevésbé emlékeztet a hagyományos fogadalmakra. Több benne a leíró elem, a felsorolás és kevesebb a felhívó, felszólító megfogalmazás. Bár egy etikailag fontos szövegről van szó, maga az „etika” kifejezés összesen kétszer fordul elő benne. Gersten véleménye szerint az új eskü-tervezetben „nincs elég szív. Nem ösztönöz és nem lelkesít.”<sup>(222)</sup>

Ami elgondolkodtató: az új eskü ugyanúgy *normatív szabályozásra* törekszik, mint a hagyományos eskük, vagyis kötelező jelleggel írja elő az orvosoknak az egyes normák betartását. Macara az esküt kommentálva hangsúlyozza: nagyon fontos, hogy az orvosoknak legyenek egységesen lefektetett etikai elvei, amelyek nyilvánosan is megerősítik a hivatás által vállalt felelősséget. Ezeknek az elveknek útmutatóul kell szolgálniuk az egyre bonyolultabbá váló etikai döntésekben, amelyekkel az orvosok működésük során találkozni fognak.<sup>(223)</sup>

#### **VI.4.3. A charta és az eskü értékelése**

Ha a millenniumi Charta az orvosi *hivatás és a társadalom* közötti szerződés dokumentumaként jelent meg, akkor az új eskü tervezetét az egyes orvos *személyes morális elköteleződésének* kinyilvánításaként értékelhetjük. Mindkettőben megtalálható a tradicionális értékek felsorolása és hangsúlyozása (az élet tisztelete, ne árts!, jótekonyság, titoktartás, altruizmus). Ezek a klasszikus normák a *gyógyító szerepből* erednek, az orvos – beteg kapcsolatra vonatkoznak. Mindkét dokumentum alapelveként felveszi a régiek mellé a páciens autonómiájának elvét, a teljes körű tájékoztatás kötelezettségét és a páciens döntésének tiszteletben tartását.

A *bioetikai elvek* beépülése a hagyományos hivatásetikába azonban korántsem problémamentes. Az autonómia elv alapjaiban rendíti meg a hagyományos paternalisztikus szemléletmódot és egy új típusú, partneri együttműködést követel meg orvostól és páciensről egyaránt. Ugyanakkor az orvos szakmai tudása és a beteg kiszolgáltatottsága továbbra is az orvosi oldal fölénye felé billentik a mérleg nyelvét. A mindenre kiterjedő tájékoztatás ugyan kötelessége az orvosnak, de az információk adagolása vagy csoportosítása történhet – tudatosan vagy öntudatlanul – manipulatív formában is. Az a tény pedig, hogy az orvosi beavatkozás legitimitása a páciens beleegyezésétől függ, a hivatás autonómiájának egyértelmű csökkenését jelenti. Mindkét dokumentum a minél

---

<sup>222</sup> The Modern Oath of Hippocrates. <http://www.imagerynet.com/hippo.ama.html>

<sup>223</sup> Uo.

szélesebb körű nemzetközi elfogadtatás igényével készült, de számolni kell azzal, hogy az autonómia elv sok országban ellenkezik az uralkodó kulturális hagyománnyal. <sup>(224)</sup>

További problémákat okoz, ha *az alapelvek ellentétbe kerülnek egymással*. A kezelés visszautasítása esetében például az orvos nem tudja érvényesíteni segítségnyújtási kötelezettségét és ezt kudarcként, frusztráló szituációként fogja megélni. Kérdés az is, hogy milyen esetben utasíthatja vissza az orvos a beteg autonóm igényeit, például pénzügyi vagy morális okokból? Ehhez a „*finom szabályozáshoz*” ma nincsenek meg a megfelelő normák és egységes értelmezési standardok. A hagyományos hivatásetika működésének évszázadai alatt a tradíció, a megszokás, az elődöktől átvett minták segítették az orvost a „kényes szituációk” megoldásában. Ma azonban pontosan a tradíció rendült meg és a hagyomány már nem elegendő a modern kor által felvetett erkölcsi problémák megoldásához. Biztos támpontok hiányában az orvosok sokszor inkább a „defenzív medicinát” választják, betartják a betegjogokat, de nem annyira meggyőződésből, mint inkább a következményektől való félelem miatt.

Mindkét dokumentum hangsúlyosan foglalkozik az orvosi *műhibák és tévedések* kérdésével, ami egészen új elem a hivatásetikában. Az orvosi hivatás egyik évszázados kiváltsága és autonómiájának egyik tartópillére volt az orvosi hibák és tévedések csak és kizárólag orvosok által történt minősítése. Annak a „műhibaper robbanásnak”, ami a fejlett világ szinte minden országában az utóbbi évtizedekben tapasztalható, a legfontosabb oka és egyben következménye az egyéni és a társadalmi *bizalom megrendülése* az orvosokban.<sup>(225)</sup> Valószínűleg ezért tartja mindkét dokumentum olyan fontosnak a páciens őszinte tájékoztatását a hibáról és tévedésről, annak jóvátételét, sőt a kollégák figyelmeztetését saját hibáikra. A szándék őszinteségében nem kételkedhetünk, de kérdés, hogy *reálisan megvalósítható* elvekről, illetve normákról van-e szó. Ha más nem, az orvos (és a hivatás) egzisztenciális érdeke ki fogja kényszeríteni a műhibák minimalizálására tett intézkedéseket, de ez még nem jelenti azt, hogy ezek az erőfeszítések belső morális parancsból fakadnak.

A *szociális igazságosság* és a limitált anyagi erőforrások igazságos elosztása mint a hivatás alapvető erkölcsi felelőssége szintén mindkét dokumentumban szerepel. Nyilvánvalóan ez is a XX. század utolsó harmadában bekövetkezett egészségügyi gazdasági kihívásokra adott válasz, ami azonban további bonyolult kérdéseket vet fel. A hivatás deklarált erkölcsi felelőssége mit jelent a gyakorlatban? Az orvos személyes

<sup>224</sup> Irvine, R. - McPee, J. - Kerridge, I.: The challenge of cultural and ethical pluralism to medical practice. EMJA 2002;176 4:174-175

<sup>225</sup> Cusack, D.A.: Ireland: breakdown of trust between doctor and Patient Lancet 2000;356:1431-32.

felelőssége-e, ha egy páciens nem juthat a szükséges kezelésekhez? Tájékoztatnia kell -e a páciensnek arról, ha más intézményben van erre lehetősége? Ajánlhat -e számára olyan kezelést, amit a biztosító nem fedez? Vajon konfliktus esetén az orvos konkrét páciense vagy az elvont közösség érdekeit tekintse-e elsődlegesnek?

A felvetődő kérdések ellenére azt mondhatjuk, hogy a két dokumentumnak a páciensautonómiára vonatkozó elemei *reálisan megvalósíthatónak* tûnnek, mivel harmonizálnak a legtöbb európai és Európán kívüli angolszász országban már elterjedt modern bioetikai szemléletmóddal. *Kételyeket* támasztanak azonban a hivatás önmagával szemben támasztott követelményei: a saját érdek háttérbe szorítása, a hibák beismerése, a közösség pozitív befolyásolása, a jog megváltoztatásának igénye. Ezek olyan hivatásképet sugallnak, amely összességében bizalomkeltő és erkölcsi elismerésre tarthat számot, de ismételten felveti a kérdést: vajon *reálisak-e ezek az elvárások* az orvosokkal szemben és a páciensek joggal támaszkodhatnak-e rájuk az orvos - beteg kapcsolatban?

## Összegzés

A fentieket összefoglalva úgy fogalmazhatnánk, hogy a *hagyományos hivatásetika* erkölcsje, tradicionális ethosza és normái, valamint a *modern bioetika* elvei és normái ma inkább *együtt élnek és nem képeznek integráns egységet*. Egyszerűbben és kissé sarkítva a dolgot azt mondhatnánk, az autonómia tisztelete, a beteg felvilágosítása, a döntésbe való bevonása, esetleg döntésének elfogadása ma még nem a hivatás erkölcsiségéből fakadnak, hanem a törvény betartásából. Ez különösen igaz az európai (főként kelet-európai) országokra, ahol mindössze 10 – 15 év állt rendelkezésre ahhoz, hogy egy, a tradicionális szemlélettel merőben ellentétes attitűdöt elsajátítsanak az orvosok. Még az olyan, mélyebb demokratikus hagyományokkal rendelkező országban, mint Németország is, állandó vita tárgya a „gyenge” illetve „erős” autonómia elv. Magyarországon egy átfogó ombudsmani vizsgálat megállapításai is alátámasztják azt, hogy az orvosok nehezen tudnak azonosulni az újfajta szemléletmóddal. <sup>(226)</sup> Lehetséges, hogy a hivatás és a hivatásetika további fejlődésével, egy – két generáció múlva, szervezettebb lesz a kapcsolat a hivatásetika és a bioetika között, de ez attól is függ, hogy a lehetséges hivatásmodellek közül melyik lesz az igazán elfogadott: megmarad -e a hagyományos, szolgáló hivatás vagy végérvényesen felváltják más típusok (szerződéses, szolgáltató, alkalmazotti hivatás) .

---

<sup>226</sup> [http://www.origo.hu/print/itthon/200306\\_24embertelen.html](http://www.origo.hu/print/itthon/200306_24embertelen.html)

#### VI:4.4. A MOK Etikai Kódexe

A hagyományos erkölcsi elvek és a bioetika egymás mellett élésére jó példa a Magyar Orvosi Kamara elfogadás előtt álló Etikai Kódexe. A Kódex szisztematikus és részletes tartalmi elemzésére nincsen módunk, csupán a fentieket szeretnénk alátámasztani *néhány példa* segítségével.<sup>(227)</sup>

A bevezető rész *a hagyományos hivatásetikai normák és a korszerű bioetikai szemléletmód* ötvözete. A hivatás átfogó etikai követelményeiről szóló rész megállapítja, hogy az alapvető etikai normák általános erkölcsi értékeken, évezredes hagyományokon alapulnak. Az orvosnak kerülnie kell a patriarchális magatartást, a beteget egyenrangú partnernek kell tekinteni. Az orvosnak hivatása, kollégái, a társadalom iránti kötelezettségei lényegében megegyeznek a *klasszikus hivatásetikai normákkal*. A kollégák figyelmeztetése hibáikra szintén szerepel a normák között, de ez ne legyen a másik orvos „lejárata” a beteg előtt. A titoktartás kötelezettsége, az eutanázia tilalma, az öngyilkosságban való közreműködés tilalma itt is megtalálhatók. Követelményként szerepel az etikai normák ismerete és betartása.

A Kódex bevezető részében azt olvashatjuk, hogy „Az orvosi hivatás alapvető törvénye: az emberi élet tisztelete és védelme. Az élet alapvetően a legnagyobb érték, amitől a többi érték függ. Az élet a fogamzással kezdődik és a halállal ér véget.” A Kódex *hat orvosetikai alapelvet* sorol fel: az élet és az emberi méltóság tisztelete; mindig jót tenni és nem ártani; az egyenjogúság és a kölcsönös bizalom; az autonómia és a személyi integritás tisztelete; az igazságosság; a betegek és hátrányos helyzetűek fokozott védelme. Látható, hogy a *hippokratészi hagyomány alapelvei*, az élet feltétlen védelme és a „mindig jót tenni és nem ártani” megelőzik az autonómia tiszteletét, ami a hat alapelv közül a negyedik. Ez valószínűleg azt is jelenti, hogy konfliktus esetén ezek erősebb elvek, mint a beteg autonóm döntése.

Ha megnézzük például a „terhesség megszakítás” fejezetet, abban olvashatjuk, hogy „az orvos kötelessége, hogy a terhesség megtartása érdekében érveljen”. Bármi mellett, vagy bármi ellen való érvelés a beteg befolyásolását jelenti, ami nem azonos a tárgyilagos tájékoztatással. Az egészségügyi törvény a mesterséges megtermékenyítés során megmaradt, ún. „felesleges” embriókról úgy rendelkezik, hogy azok kísérleti célra is felhasználhatók<sup>(228)</sup> Az Etikai Kódex szerint viszont „etikailag aggályos a felesleges

<sup>227</sup> Minden további idézet helye: [http://www.mok.hu/mok/mok\\_2048/2.19.htm](http://www.mok.hu/mok/mok_2048/2.19.htm).

<sup>228</sup> CLIV. Törvény az egészségügyről. 174.§ (3); 180.§. Népjóléti Közlöny 1997.119.szám

embriók megsemmisítése, tilos azok kutatási célokra való felhasználása.” Az eutanáziáról szóló rész egyértelműen leszögezi, hogy „az ember életének kioltását célzó tevékenység mind az orvosi hivatással, mind az orvosi etikával összeegyeztethetetlen”. Megállapítja azt is, hogy „az orvos gondoskodási kötelezettsége szembe kerülhet a beteg személyiségi jogaival”, de az orvos nem követ el etikai vétéséget, ha – kellő felvilágosítás után - az elutasított kezelési módokat nem alkalmazza.

Az orvos betegellátó tevékenységének etikai szabályai között nagyon sok olyat találunk, amelyek az 1997-es **egészségügyi törvény rendelkezéseit** ismétlik meg, illetve a Ptk. egyes paragrafusaira utalnak. Ez kétségtelen pozitívum, hiszen egy etikai kódex nem lehet ellentétben a hatályos törvényekkel, de az etikai kódexnek a törvénynél „finomabb” szabályozás lenne a feladata. A prenatális diagnosztikáról szóló passzus szerint „a prenatális diagnosztika elvé gzésénél szem előtt kell tartani az embrió (magzat) integritását és védelmét” – de kérdés, hogy ez mit jelent konkrétan a gyakorlatban? A gazdasági intézkedések orvosetikai vonatkozásai c. részben olvashatjuk, hogy „az orvosetikai normák nem függhetnek a gazdasági helyzettől. Alapjuk ma is a „Salus aegroti suprema lex esto” – de az orvosok az etikai alapelveknek a gazdasági korlátok miatt sokszor csak részben tudnak megfelelni. Ugyanakkor az orvosnak erkölcsi kötelessége a takarékosagra törekvés. Egyszerűen fogalmazva: az orvosnak figyelembe kell vennie a beteg üdvét („ne árts!”) és a gazdasági megszorításokat („ne költsékezz!”) egyaránt, de hogy konfliktus esetén mit tegyen, arra vonatkozóan nincs iránymutatás a Kódexben. Csupán a felelősség elhárítása: „A gazdasági megszorítások miatt fellépő esetleges egészségkárosodásokért nem lehet az orvost felelőssé tenni”. Adott esetben azonban mérlegelni kell, hogy mennyi szerepe van az orvosi mulasztásnak és mennyi a gazdasági korlátok következményeinek.

Az orvosi ténykedések **hirdetése** c. rész tulajdonképpen a régi kódex, illetve a hagyományos rendelkezések megismétlése a tárgyszerű adatközlésről, a reklám tilalmáról, stb. Az elektronikus médiában (interneten) jelenleg található magyarországi magánvállalkozások és cégek hirdetései nagyon sok tekintetben eltérnek a Kódex kívánalmaitól, azokban a kereskedelmi jellegű hirdetések, páciens – csábítások szinte minden jellemzője megtalálható (akciók, árengedmények, árukapcsolás).

**Összegezve** azt mondhatjuk, hogy a MOK elfogadás előtt álló új Etikai Kódexe egy korszerű bevezetés után, bizonyos részekenél a konszenzusos álláspont elfogadását tükrözi, de a normák többsége hagyományos orvosetikai alapelvek hagyományos értelmezésén

alapul. A bioetikai szemléletmód a törvényi szinten van jelen; konfliktus esetén nincs iránymutató norma, illetve az orvos lelkiismerete a döntő.

## VI. 5. Hivatás-modellek, hivatásetikák

A hivatás jövőjével foglalkozó fejezetben láttuk, hogy a jelenlegi változások és tendenciák nem zárják ki sem a deprofesszionalizációt (vagyis a hivatás hivatás voltának megszűnését), sem új típusú hivatások kialakulását. Ahogyan az egyes hivatás – modellek (lehetőségei) már most kirajzolódnak, úgy körvonalazódnak az új etika – típusok is.

A szakmai etika *különbéle modelljeit* Thompson és mtsai is elemezték, mint amelyek a modern egészségügyi rendszerekben már ma is léteznek és egymással versengenek. A „*gondoskodás etikája*” az individualista segítő szerepet helyezi a középpontba és munkájában a másokért való gondoskodás értékei élveznek elsőbbséget. Ez a modell követi a legjobban a hagyományos, altruista hivatásetikát. A könyv magyar fordításában „szolgálati etika” típusnak nevezett modell inkább a „*szolgálati etika*” modelljét jeleníti meg. Ez „magánosított kétszereplős etika”, azaz bizalmas magánkapcsolat, amelyben a kölcsönös jogok és kötelességek elismerése dominál és magántermészetű számonkérhetőségen és titoktartáson alapul. A „*közalkalmazotti etikában*” a közjó szolgálata élvez elsőbbséget. Ez a modell a kölcsönös jogok és kötelességek elismerésén és a nyilvános számonkérhetőség elfogadásán alapul. Az „*üzleti etika*” önérvényesítő és versengő jellegű, amelyben a személyes jólétre és kibontakozásra való törekvés szabadsága és az üzleti haszon élvez elsőbbséget. Ebben a modellben az autonómia elve és a személyes jogok játszanak kiemelt szerepet. <sup>(229)</sup>

Nagyon valószínű, hogy a belátható jövőben különböző hivatás – modellek és nekik megfelelő etikák egymás mellett élésére és versengésére lehet majd számítani. Ezt prognosztizálja Pellegrino is. <sup>(230)</sup> A mai orvosi hivatás (amennyiben még lehet szó egységes, viszonylag homogén hivatásról) vagy képes lesz integrálni a különböző modelleket, vagy szerep-specifikus hivatásetikák lépnek „az” orvosi hivatásetika helyébe.

<sup>229</sup> Thompson, I.E., Melia, K.M., Boyd, K.M.: Ápolási Etika. Medicina, Budapest, 1999. 143-145.o.

<sup>230</sup> Pellegrino, E.D.: Die medizinische Ethik in den USA. - Die Situation heute und die Aussichten für Morgen. In: Sass, H.M. (ed) Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen. Springer Verlag Berlin Heidelberg 1988. 15.o.

## VI. 6. Orvosi hivatásetika a XXI. században

A fejezet összefoglalásaként válaszolnunk kell a bevezetőben feltett kérdésre: *szükség van-e (még) orvosi hivatásetikára* – mint egy elkülönült csoport partikuláris etikájára – a XXI. században? Ha elfogadjuk a dolgozat korábbi fejezeteiben már többször kifejtett álláspontot, miszerint a hivatások integráns része, konstitutív eleme az erkölcsi – etikai dimenzió, valamint, hogy az orvosi hivatás fejlődésének egyik legvalószínűbb és sokak szerint legkívánatosabb útja a klasszikus orvosi hivatás megújítása, akkor a kérdésre *igennel* kell válaszolnunk. Az „igen”-ből további lényeges kérdések következnek. A hivatásetikára vonatkozóan tisztázandó kérdés, hogy mit tartalmazzon, hogyan szabályozzon és mi legyen a viszonya más etikákhoz.

Mint az eddigi modernizációs törekvésekből láttuk, egy modern hivatáserkölcnek *tartalmaznia kell* a gyógyító szerephez közvetlenül kapcsolódó normákat, amelyeket a hagyományos, hippokratészi tradíció foglal össze „időtlenül”, valamint a modern bioetikai elveket (autonómia, igazságosság). További normákat a kollégákkal, a paramedikális hivatásokkal és a társadalommal kapcsolatban, oly módon, hogy a normák megfeleljenek a modern egészségügy komplex kapcsolatrendszerének. A *szabályozás módját* tekintve, úgy tűnik, megmarad a *hagyományos, normatív szabályozás* igénye, annak minden előnyével és hátrányával együtt. A modern egészségügy komplex rendszerét tekintve elképzelhető *különböző*, szerepekhez kötött *etikák* (orvosi hivatásetika, paramedikális hivatások etikája, az egészségügy rendszer–etikája), amelyek egymás kiegészítői lehetnek. Mivel az egészségügyi ellátó rendszeren belül, illetve egy intézményen belül is, különböző szereplők különböző szerepeit és ehhez kapcsolódó normáit kell egymással összhangba hozni, szükség van intézményi etikára, amely az adott intézmény specifikumait (klinikák és kórházak osztályai, ambulanciák, palliatív részleg, hospice részleg) is figyelembe véve, biztosítaná az intézményben dolgozók zavartalan, a beteg érdekeit szolgáló, együttműködését.

A hivatásetikára vonatkozóan tisztázandó *kérdések*: mivel *a hivatásetika az orvosi hivatás önmeghatározásának és önértékelésének konstitutív eleme*, egy modern hivatásetikának (mint a hivatáserkölcstre reflektáló diszciplinának) napjainkban több kihívásra kell választ találnia:

- a.) a klasszikus hivatásbeli attitűd és ehhez kapcsolódó normák és a modern bioetikai szemléletmód és normák összeegyeztetése;
- b.) a szabályozó, kontrolláló funkció és ennek realizálhatósága közötti feszültség;

- c.) a morális viselkedés és annak etikai megalapozása közötti differencia (a régi tradicionális megalapozás már nem elég)
- d.) a testületi etika és az individuális etika követelményeinek összeegyeztetése.

**Összegezve:** egy XXI. századi orvosi hivatásetikában vitathatatlan az új szemléletmód szükségessége, amit elősegíthet a bioetika inspiráló hatása. Napjaink realitásait tekintve biztosan megmarad a bioetika mint a biológiai és élettudományokra - beleértve az orvostudományokat is - reflektáló értéketika, a maga konszenzuson alapuló elveivel. A bioetika azonban, jelenlegi formájában, nem teszi feleslegessé a különböző hivatásetikákat, így az orvosi etikát sem. A hivatásetikák funkciója lehet a szerepekhez kötött erkölcsi elvek és normák reflexiója. Fontos szerepe lehetne az orvosi hivatásetikának abban, hogy olyan elveket és normákat fogalmazzon meg, amelyek orvosnak és betegnek egyaránt orientációs bázist jelenthetnek.



## VII. Befejezés

„A hivatás közös értékeinek továbbadása megköveteli mind a gyógyító szerep, mind a professzionális szerep explicit oktatását.” (Cruess & Cruess )

### VII.1. Kitekintés: oktatás és felkészülés az orvosi hivatásra

A dolgozat orvosi etikát oktató szerzője számára korántsem mellékes dolog, hogy a leírtakból milyen tanulságok vonhatók le az orvos - és fogorvostanhallgatók, gyógyszerészhallgatók egyetemi oktatására vonatkozóan. Az oktatás kérdése azért is fontos szempont, mert azt az új professzionális izmus képviselői is döntő jelentőségűnek tartják a hivatás magújítása szempontjából.

Az etikaoktatás intézményi kereteivel hazánkban nincs probléma; minden magyarországi orvoskaron illetve egyetemen kötelező stúdium keretében valósul meg és lényegében ugyanazt a törzsanyagot öleli fel. Ugyanakkor mégis felvethető a kérdés: mit oktassunk a hallgatóknak, hivatásetikát vagy bioetikát? Orvosközpontú etikát vagy betegközpontú etikát?

Az etikai stúdium csak egyik, bár nagyon fontos, tényezője a hivatásra való felkészítésnek. A XXI. század elején joggal merül fel az a kérdés is: felkészíti-e az egyetem a hallgatókat az új század tudományos, technikai és erkölcsi kihívásaira? A ma orvostanhallgatói a század közepén, a 40-es években, még aktív dolgozók lesznek és a maitól sok tekintetben különböző körülmények befolyásolják a munkájukat. Európában, és az anglo-amerikai világban is, egy lényegesen megváltozott korosztályú, jól informált, minőségi szolgáltatásokat elváró társadalomban és egy lényegi pontokon megváltozott egészségügyi rendszerben fognak dolgozni.<sup>(231)</sup> Ha eleget akarnak tenni a megváltozott követelményeknek, akkor már ma szükség van az orvosképzés jelentős átalakítására. A tudás passzív befogadása helyett aktív tanulás, tények és adatok recitálása helyett klinikai kompetencia megszerzése, merev képzési programok helyett jobban adaptálható flexibilis képzés. Mindehhez pedig diákcentrikus oktatás ahol (a magyar viszonyok ismeretében talán hozzátehetjük) a tanárok nem sokadrangú nyûgnek, hanem megtestesítő feladatnak tekintik a tanítást. <sup>(232)</sup>

<sup>231</sup> Clift, A., Short, R.V.: Medical education for the doctors of tomorrow. Lancet, 2000;354:siv34.

<sup>232</sup> World Summit on Medical Education: The Changing medical profession. BMJ 1994;309:749.

Az egészségügyi ellátás fókuszának eltolódása megköveteli a jövőre orvosok szemlélet - és attitűd változását, amelyre már az egyetemi évek alatt fel kell készülniük. A XXI. század egészségügyi ellátása Jones és mtsai. szerint a következőképpen módosul: az ellátás fókusza az egyénről a közösségre tevődik; a betegségek gyógyítása helyett a prevenció és egészségmegőrzés kerül előtérbe; az esetenkénti ellátást folyamatos és átfogó ellátás váltja fel; az egyén – központú, egyes orvosok általi ellátás helyére a teljes körű, közösség – bázisú ellátás lép, amelyet orvosi csapatok biztosítanak; a paternalisztikus szemléletmódot felváltja az orvos, a páciens és a menedzsment partneri kapcsolata, amely ösztönzi az együttműködést és páciensek autonómiáját; a centralizált rendszer helyett az alapellátásból kiinduló egészségügyi szolgáltatások lesznek jellemzőek. <sup>(233)</sup>

Miettinen véleménye szerint az orvostanhallgatóknak nem csak egyszerűen tantárgyakat kellene tanulniuk (anatómia, mikrobiológia, toxikológia, stb.), hanem magának a medicinának a modern koncepcióját kellene megérteniük, valamint azt a szemléletet elsajátítani, hogy a modern medicina tudás, képességek és készségek speciális együttesét kívánja meg a jövőre orvosoktól. Nemcsak a betegségek nevét és leírását kell megtanulniuk, hanem a betegség és egészség értelmezését és ezek jelentőségét az egyén és a közösség életében. <sup>(234)</sup> Bár a szerző erre nem tér ki külön, úgy gondoljuk, hogy a fenti szemléletmód és értelmezés elsajátításában a humán tárgyaknak (antropológia, szociológia, pszichológia és etika ) kiemelkedő fontossága lehet.

Cruess és Cruess több közleményükben is felvetik, mennyire fontos lenne, hogy az orvosok megértsék saját hivatásuk lényegét és alapjait. Különösen az utóbbi évtizedek változásainak fényében nyer jelentőséget, hogy tisztában legyenek gyógyító szerepük és professzionális státuszuk sajátosságaival, az ezekből eredő feladatokkal és kötelezettségekkel, különösen a morális kötelezettségekkel.

Amíg az orvosi hivatás létszámában kisebb, összetételében homogénebb volt és egységes etikai normákat vallott és követett, a hivatásra való felkészülés, azaz a szocializációs folyamat, magának a képzésnek a – nem elkülönült – része volt. Ma az orvosi hivatás, szinte minden országban, nagy létszámú, tagjai eltérő kulturális, etnikai milióból származnak, státuszuk, anyagi bázisuk még a hivatáson belül sem egységes. Az orvosok tudása és ismeretei saját hivatásuk alapjairól, jellemzőiről, a „társadalommal kötött szerződésről” esetleges és nem kielégítő. Szükség lenne – vetik fel a szerzők – az

---

<sup>233</sup> Jones, R, Higgs, R., Angelis C. de, Prideaux, D.: Medical education: Changing face of medical curricula. Lancet 2001; 357:699-703

<sup>234</sup> Miettinen, O.S.: The modern scientific physician: 8. Educational preparation. CMAJ 2001;165(11):1501-3.

orvosi hivatás sajátosságainak explicit, strukturált módon történő oktatására. <sup>(235)</sup> A szerzőpáros a curriculumba beépülő, elkülönült tantárgyat tartaná legjobbnak, mind a graduális, mind a posztgraduális (rezidens) képzésben. A külön tantárgy keretében való oktatás szükségességét megerősíti Swick és mtsai felmérése, amely azt mutatja, hogy a professzionális magatartással, attitűdökkel, kötelességekkel, stb. kapcsolatos ismereteket az USA „medical school”-jaiban nagyon különböző módon és nem adekvát stratégiákkal oktatják. <sup>(236)</sup>

Cruess és szerzőtársa az oktatás tartalmi komponenseit is felsorolják: közöttük megtaláljuk, hogy orvosnak lenni nem jog, hanem privilégium, amely a gyógyítás, a szolgálat régi tradícióján alapul. A témák között szerepel a hivatás világos definíciója és jellemző jegyei; a gyógyító szerep és a professzionális státusz sajátosságai; az orvosi szerep változásai századunkban; az „elhivatás” és az altruizmus értelmezése; az etikai elvek és erkölcsi normák értelmezése és ezek kiemelt fontossága, stb. <sup>(237)</sup>

A dolgozat szerzője – engedtessek meg neki ennyi elfogultság saját témájával szemben – maximálisan egyetért az orvosi hivatás oktatásának gondolatával, mind a koncepció, mind a tartalom vonatkozásában. A magyarországi orvosképzés curriculumait tekintve egy külön tantárgy az orvosi hivatásról nem tűnik reálisan megvalósíthatónak, de egy „hivatás blokk” valamelyik tantárgy keretében már igen. Mind a négy hazai orvostudományi karon, illetve egyetemen oktatnak az első évben bevezető jellegű tárgyat (bevezetés az orvostudományba, az orvostudomány története), amelynek keretében egy vagy néhány előadás, illetve szeminárium keretében lehetne időt szakítani az orvosi hivatás lényegi sajátosságainak megbeszélésére. Tisztázni lehetne a hivatás státuszát, szerepét, a társadalmi presztízsváltozás okait. A témák között szerepelhetnének olyan alapvető kategóriák, mint „szolgálat” és „szolgáltatás”, „elhivatottság”, „altruizmus”, „moralitás” stb. Az első éves orvostanhallgatók oktatása során szerzett tapasztalataink azt mutatják, hogy a hallgatókban van ilyen irányú érdeklődés és szívesen beszélgetnek ezekről a kérdésekről. A fogorvostan hallgatók képzésére lényegében ugyanezek vonatkoznak. Ami a gyógyszerészhallgatókat illeti, az etika stúdium keretében, egy bevezető órán, velük is meg lehet beszélni hivatásuk alapvető jellemzőit és a XXI. századi kihívásokat.

---

<sup>235</sup> Cruess, S.R., Cruess, R.L.: Professionalism must be taught BMJ 1997;315:1674-1677

<sup>236</sup> Swick, H.M., Szenas, P., Danoff, D., Whitcomb, M.E.: Teaching Professionalism in Undergraduate Medical Education JAMA 1999;282:830-832.

<sup>237</sup> Cruess, S.R., Cruess, R.L.: Professionalism must be taught BMJ 1997;315:1674-1677

## **Összegzés:**

A medicina társadalomban betöltött helyének módosulása és a páciensek orvosokkal szemben támasztott elvárásainak változása együttesen azt eredményezik, hogy az orvosképzési curriculumnak is változnia kell. A XXI. század orvosai egy lényegesen megváltozott korosztályú, jól informált, minőségi szolgáltatásokat elváró társadalomban és egy lényegi pontokon megváltozott egészségügyi rendszerben fognak dolgozni. A hivatásra való felkészítésben, a modern medicina gyakorlásához szükséges szemléletmód és attitűdök elsajátításában kiemelkedő szerepe van, illetve lesz az ún. humán tárgyakkal. A külföldi szakirodalom által felvetett lehetőséget, az orvosi hivatás jellemzőinek és sajátosságainak tantárgyi keretben való oktatását, a magyarországi viszonyok között is reálisan megvalósíthatónak és feltétlenül szükségesnek érezzük.

## **VII. 2. Utószó**

Az ezredforduló évében, 2000. nyarán, orvosi konferenciát rendeztek Szegeden, amelyről a helyi sajtó is tudósított. <sup>(238)</sup> A konferencia mottója így hangzott: „A XXI. század technikájával – a XX. század etikájával”. Ez a hitvallás elgondolkodtatott. Ha pozitív módon interpretáljuk a dolgot, akkor ez azt akarja jelenteni, hogy az orvosok a XXI. század fantasztikus technikai vívmányai között is ragaszkodnak a tradícióhoz, a hagyományos erkölcsi értékekhez, s ebben a hivatás egyik tiszteletre méltó, szép vonása nyilvánul meg. Ha szó szerint vesszük a fenti mottót, akkor az azt jelenti, hogy az orvosok a medicina XXI. századi kihívásai között is a XX. század erkölcsi hozzáállásával, attitűdjével szeretnének helytállni. Az orvosi hivatással és hivatásetikával foglalkozó szakember számára felvetődik a kérdés: *lehetséges-e az orvostudomány XXI. századi lehetőségeiből adódó etikai problémákra a XX. század erkölcsi és morális mentalitásával válaszolni?*

És vajon „melyik XX. század” etikájával szeretnének belépni a magyar orvosok a XXI. századba? A század első felének hagyományos, paternalisztikus szemléletével, mint a páciensek helyett mindent tudó és mindent megoldó jóságos segítők? Vagy az orvosi hivatás fennkölt diadalt sugárzó képével, mint „félistenek fehérben”? Esetleg a század végének több kételyt és kérdést felvető, mint megválaszoló hivatásetikájával, amely maga is orientációs problémákkal és identitászavarral küzd? Egyáltalán: milyen etika felel meg a XXI. század medicinájának és technikájának? Kereskedői – szolgáltatói etika, szerződés

---

<sup>238</sup> Délmagyarország, 2000. Július 17.

etika, vagy a régi altruista szolgáló etika? Kinek az értékeit és normáit tükrözi vagy tükrözze az etika: az orvosét, a páciensét, a társadalomét, a biztosító társaságokét, a gyógyszergyárakét, esetleg a profitorientált egészségügyi cégekét?

Félő, hogy a kérdéseket könnyebb feltenni, mint megválaszolni. A válaszok olyan sok és komplex tényezőtől függenek, s maguk is olyan összetettek, hogy szinte lehetetlen egyértelműsíteni őket. Talán eredmény már az is, ha a mai helyzetben a kérdéseket adekvátan megfogalmazzuk.

Az egészségügy átalakítása kapcsán az orvosi professzió előtt álló feladatokat nem a hivatásnak egyedül kell megoldania, de *a hivatás erkölcsi és morális megújulásának* útját csak maguk az orvosok járhatják végig. Ettől is függ, hogy megőrzik -e hivatásuk erkölcsi auráját a XXI. század technomedicinájában is.

A XXI. század csillogó – villogó technikai eszközeihez és hûvös racionalitásához nem illik a pátosz, mint ahogy a dolgozat előszavában említett kopott orvosi bőrtáska sem. De a XX. és XXI. század orvosi hivatás éthosza talán nem is áll olyan messze egymástól, mint gondolnánk. A század elején született, híres német orvostörténész, Heinrich Schipperges professzor, így foglalta össze az orvosi hivatást választók mindenkori feladatát: „Nemcsak azért vagyunk, hogy a vérzést csillapítsuk, hanem azért is, hogy a könnyeket letöröljük.”. Egy első éves szegedi orvostanhallgató, a „Jó orvos”-ról szóló esszéjében ezt írta: „A betegek ne csak egészségesebbek, hanem boldogabbak, nyugodtabbak, vidámabbak legyenek, ha tőlem elmennek.” (M. Klára, 1999.)

S hogy milyen legyen a jó orvos és az orvosi hivatás a jövőben? Íme a válaszok, szintén elsőéves orvostanhallgatóktól:

„Az ideális orvos nem egy DNS – bázisbár sorrenddel meghatározható fehérjekomplexum, hanem egy olyan személy, amelyet minden beteg szeretne kezelőorvosának és amilyené az orvostanhallgatók szeretnének vál ni.” (V. István, 2000.)

„Kívánom, hogy az orvosi hivatás ismét a régi fényét élhesse, amikor az orvost szerették, tisztelték, becsülték, megbíztak benne, de nem tekintették ellenségnek és semmiképpen sem félték tőle.” (H. Gábor, 2000.)

### VII.3. Összefoglalás

Az *orvosi hivatás* a társadalmi struktúra fontos eleme és összetevője. Elemzése a szakirodalomban mindeddig főként szociológiai alapon és annak módszereivel történt. A szociológia a hivatás strukturális – funkcionális jellemzőit emeli ki, miközben annak erkölcsi bázisa és etikai vonatkozásai irrelevánsak elemzése számára.

Az *etikai szempontú* megközelítés szerint a strukturális és funkcionális jellemzők meghatározása szükséges, de nem elégséges feltétele a professziók definiálásának. Az etikai elemzés számára a hivatások különleges megkülönböztető jegye: az erkölcsi – etikai dimenzió. A hivatásetika – mint a hivatás erkölcsi normáinak komplexuma és mint annak bázisára reflektáló diszciplína - ebben a felfogásban nem járulékos, hanem konstitutív eleme a hivatásnak.

Értelmezésünkben az orvosi hivatás *két alapvető komponense*: a *gyógyító szerep* és a *professzionális státusz*. Az első Hippokratésztől eredeztethető; lényege a testi – lelki bajban való segítségnyújtás (gyógyítás). Elemei: szaktudás, készségek (erények) és moralitás. Ebben az értelemben az orvoslás tudomány, gyakorlat és művészet, mégpedig a tudás felhasználásának művészete, ami nem más, mint a páciensekkel való bánás mikéntje.

A második komponens történetileg a középkorból eredeztethető és a gyógyító szerep mellett társadalmi szerepet is kijelöl, minden egyes hivatásbeli és az egész hivatás számára is: a társadalom különleges értékeinek (test, lélek, egészség) szolgálatát. Ez a szerep adja a hivatás társadalmi funkcióját. Alapja: a tudás és készségek speciális együttese, amelyet a társadalom a közösségi érdek szempontjából alapvető fontosságúnak tart. A morális bázishoz ezzel egy közösségi erkölcsi elkötelezettség is társul. A társadalommal való viszony egy implicit szerződés-ként értelmezhető, amelyben mindkét félnek vannak jogai és kötelességei. A társadalom exkluzív jogokat és privilégiumokat adományoz a hivatásnak (szakmai és etikai autonómia, képzés kontrollja, praxis és morális viselkedés kontrollja, szankcionálás joga), s mindehhez magas presztízs, kiemelt társadalmi státusz és jó anyagiak járnak. Cserébe az egyének és a közösség altruista szolgálatát várja el a hivatástól, valamint azt, hogy megszabja és fenntartsa a hivatás szakmai és etikai kompetencia standardjait.

A gyógyító szerep és a professzionális státusz kijelölik a hivatás funkcióját (segítségnyújtás, gyógyítás, egészségvédelem), összefonódásuk képezi a hivatás struktúrájának bázisát. Az oktatás és szakképzés szakmai felépítése, a működés feltételeinek és gyakorlatának, a viselkedés standardjainak kialakítása, valamint a szankcionálás joga - röviden: a szakmai és etikai önszabályozás – a hivatás belügye.

*A XX. század második felében* két – egymástól nem független - tendencia mentén kezdődött meg a hivatás strukturális és funkcionális átalakulása, s a változások nem hagyták érintetlenül a hivatás erkölcsi – morális bázisát sem. Az első tendencia véleményünk szerint: a gyógyító szerep és a professzionális státusz fokozatos eltávolodása, sőt, időnként ellentétbe kerülése egymással. A második – a szakirodalom által kimerítőbben tárgyalt – tendencia: az orvosi hivatás és a társadalom közötti implicit szerződés megrendülése. Mindkét tendencia (természetesen más okokkal együtt) *lényegében* érinti a hivatás etikai dimenzióját. Mind az orvos – beteg kapcsolatban, mind a társadalom „szolgálatának” értelmezésében alapvető változások történetek: a duális orvos – beteg kapcsolat egyre ritkább, a paternalista szemléletet fokozatosan felváltja a páciens ek autonómiájának elve; a karitatív, szolgáló „hivatás” eszméje mellett egyre hangsúlyosabb a professzionális szaktudáson alapuló, profitorientált „szolgáltatás” gondolata.

*A hivatássá válás* útján nyomon követhetjük a professzionalizálódás folyamata t, s ebben a folyamatban a hivatásetika a hivatássá válás lényegi tényezőjeként jelenik meg. A klasszikus orvosi hivatás kialakulása az ókori mesteremberektől a tanult (egyetemet végzett) és esküt tett orvosokig húzódik. Fontos állomások a hivatássá válás útján az egységes képesítési követelmények megfogalmazása, a gyakorlat megkezdése feltételeinek rögzítése, a szakmai szervezetekbe tömörülés, a szakmai és erkölcsi önkontroll kialakulása és állandósulása. Ezek biztosították a szakmai identitást és növelték az orvosi rend tekintélyét. Kormányzati követelmények, társadalmi elvárások és magának a hivatásnak az érdekei egyaránt hozzájárultak a professzió egységesüléséhez és homogenizálódásához. A XIX. század döntő fordulatot hoz a hivatássá válás folyamatában: ekkor válik az orvoslás természettudományosan megalapozott, speciális technikai eszközöket igénybe vevő diszciplínává, amelyben laikusok nem kompetensek. Ugyanekkor a társadalom és a hivatás közötti viszony is minőségi változáson megy keresztül: a gyógyítás és az egészség megőrzése társadalmi megbízatásként és felhatalmazásként értelmeződik és a hivatásrend exkluzív feladata lesz.

Az *orvosi hivatásetika* két és félezer éves fejlődéstörténetében tematikai bővülést és koncepcionális változást figyelhetünk meg. Megállapítható, hogy az általában egységesnek tekintett európai tradícióban három nagy áramlat sűrűsödött össze az évszázadok folyamán: a hippokratészi hagyomány, a vallásos megalapozású erkölcsi normák és a felvilágosodás emberi jogi eszméi. Bár az orvosi etikát széles körűen a hippokratészi életmûre alapozottnak tekintették és tekintik ma is, annak bizonyos elemeit nem vitte

tovább az évszázados hagyomány. Szolgáltatói etikai jellege szinte teljesen háttérbe szorult, s helyére a keresztény felfogásban gyökerező, az önfeláldozásig menően önzetlen, betegeknek szolgáló orvos ideálképe lépett. Némileg egyszerűsítve a dolgot azt mondhatjuk, hogy a hippokratészi eskü alapvető erkölcsi normái (ne árts, segíts, titoktartás) egy eredendően vallásos megalapozású, karitatív indíttatású egészségügyi szolgáltatás eszmeiségébe épülnek be, s tulajdonképpen e kettő együtt válik az európai orvoslási hagyománnyá.

A XVIII. században az orvosi hivatásnak egy újabb aspektusa válik hangsúlyossá: *az orvoslás és orvos szerepe a társadalomban és az orvos kötelességei a közösséggel szemben*. Erkölcsi problémaként, és ezzel erkölcsileg szabályozandó kérdésként, jelenik meg az orvosi rend és a társadalom kapcsolata, valamint az orvos (mint hivatásának képviselője) és a társadalom közötti viszony, s ez nem csak tematikai bővülést jelent a hagyományos orvosi etikákban, hanem alapvető szemléletváltást is.

1947-ben, a nürnbergi perben, lett először nyilvánvalóvá a hippokratészi eskü elégtelensége. A XX. században - főként annak második felében - olyan mélyreható változások mentek végbe a medicinát körülvevő társadalmi térben és magában a medicinában is, amelyeknek a tradícióra alapozott orvosi etika már nem tudott megfelelni. Ugyanaz a szituáció lépett fel, mint Arisztotelész idejében: a tradíció megrendült, szükségessé vált az erkölcs és morál racionális megalapozása. Ennek a racionális megalapozásnak az igénye vezetett a filozófiai etikákhoz való forduláshoz, s ezzel párhuzamosan egy gyakorlati vagyis alkalmazott medicinális etika kidolgozásához, azaz: a bioetika kialakulásához.

A **bioetika** a biológiai- és élettudományok valamint a humán értékrend szintézisének kísérleteként jött létre, a XX. század második felében, mint interdiszciplináris tudomány. Eredeti értelmétől némileg eltávolodva fokozatosan a *biomedicinális etika* szinonimájává vált. Legismertebb és legelterjedtebb formája a principializmus, amely négy alapvető elvet sorol fel (az autonómia tisztelete, „ne árts!”, jótékonyosság, igazságosság). Jellemző rá a filozófiai alapvetés, az utilitarista etikai kalkulus felhasználása és a konszenzusra törekvés. A bioetika az elmúlt évtizedekben is folyamatosan változott, különböző ágai és irányzatai alakultak ki. Folyamatos recepciója egyben felszínre hozta alapvetésének a kialakulása körülményeihez való kötődését és kérdésessé teszi más kultúrákba való adaptálásának zavartalanságát. Minden problematikus ellenére a bioetika paradigmátikus változást indított el a hagyományos orvosi etikában, főként az orvos – beteg kapcsolatban, valamint az egészségügyi etika makro- és mikroallokációs kérdéseiben is.



Az orvosi hivatás lényegét jelentő gyógyító tevékenység központjában évezredekén keresztül az orvos – beteg kapcsolat állt és áll ma is. Azonban az eredetileg egy szerű, kétpólusú viszony helyére a XX. – XXI. században személyek, intézmények és módszerek bonyolult együttese lépett. Az orvos és betege körül kialakult a *modern medicina* a maga gyógyító és szolgáltató komplexumával. Fontos jellemzői: a betegségek gyógyításának és az egészség megőrzésének szinte parttalanra növelt hatóköre, a kórházak és klinikák „nagyüzemi működése”, a technomedicina kialakulása és rohamos térhódítása, a szolgáltatói funkció megerősödése.

A *medicina mint „társadalmi megbízatás”* ezzel *kettős státuszt* kapott: egyrészt az orvosi hivatás működési területe és ennek szervezeti kerete lett; másrészt a társadalom egyik részegysége. A kettős státusz viszont felveti a zavartalan működés lehetőségének kérdését és feltételeit. Ki és milyen elvek illetve értékek mentén határozza meg a medicina céljait, prioritásait, ki rendelkezzen a megvalósításhoz szükséges anyagi és tudományos – szellemi eszközök fölött?

A modern medicina számára kulcsfontosságú az *egészség és a betegség* fogalmának meghatározása és interpretációja, mert ezekből kiindulva határozható meg hatóköre, célja és prioritásai. Továbbá az egészség és betegség értelmezése döntő módon hat az orvos – beteg viszonyra, valamint a medicina és a társadalom kapcsolatára is. Mindezekből továbbá lényeges következmények adódnak medicina és gazdaság, medicina és technika, valamint az allokációs problémák vonatkozásában is.

A *medicina céljainak és prioritásainak* átrendeződése szorosan összefügg a modern medicinában lejátszódó egyéb változásokkal és a társadalom medicina iránti elvárásainak alakulásával. A medicina belső dinamikája, a tudományos és technikai eszközök fejlődése, valamint az orvosi hivatásrend érdekei – különösen a XX. század második felétől - gyors, expanzív fejlődést diktálnak. A gazdaság által lehetővé tett és a társadalom által rendelkezésre bocsátott anyagi eszközök korlátozott volta, valamint a társadalom erkölcsi kontrolljának erősödése ezt a fejlődést, az utóbbi évtizedekben egyre erőteljesebben, határok közé szorítja. Ez az ellentét az egyik forrása az orvosi hivatás és a társadalom közötti viszony romlásának.

Az **orvosi hivatás a modern medicina korában** lényeges strukturális és funkcionális változásokon ment keresztül. Mind a hivatás, mind az egyes orvos vonatkozásában jellemző az orvosi szaktudás és gyógyítási potenciál sokszoros megnövekedése; de ezzel párhuzamosan a fokozódó specializálódás, technicizálódás, fragmentálódás. A XX. század

végének – XXI. század elejének egyik nagy dilemmája az orvosi hivatásnak mint altruista szolgálatnak, illetve mint profitorientált szolgáltatásnak az értelmezése és gyakorlása. A hivatás lényegi meghatározó jegyeit illető változások közül döntő faktor a hivatás autonómiájának csökkenése. Az állam részéről az anyagi eszközök limitálása, esetleg csökkentése, a menedzsment elterjedése (tehát az, hogy az intézmények vezetése nem orvosi kézben van), a praxist egyre sűrűbb hálóként beborító törvények, irányelvek, protokollok, stb a külső kontroll megjelenését és erősödését jelzik.

A *társadalom részéről* egyre nagyobb az igény, hogy részt vegyen az egészségügyet érintő döntésekben. Nyilvánosságot, átláthatóságot követel és egyre következetesebben fogalmazza meg, hogy a medicina lehetőségei közül mire ad közösségi felhatalmazást és mire nem. A társadalmi nyilvánosság részvételének különösen markáns területe a bioetikai viták (abortusz vita, eutanázia vita, Magyarországon a hálapénz vita), amelyek jelzik, hogy az állampolgárok az orvoslás erkölcsi kérdéseiben legalább olyan illetékesnek érzik magukat, mint az orvosok.

Döntő faktor a *páciensek* megváltozott viszonya saját egészségükhöz, egészségüket illető döntésekhez és az egészségügyi ellátáshoz. A „modern páciens” tanult, jól képzett, kulturált, rengeteg egészségügyi információval rendelkezik, igényli és gyakorolja is a beleszólást nemcsak a személyes egészségét illető döntésekbe, hanem az egészségügyi ellátó rendszer nagy kérdéseibe is, vagyis abba, hogyan használják fel adóforintjait. A XX. és még inkább a XXI. században a páciens már nem passzív résztvevője, hanem aktív fogyasztója kíván lenni az egészségügyi szolgáltatásoknak. A „civil kontroll” az egészségügy egyre több lépcsőfokán jelenik meg, akár közvetlenül, akár közvetve az az képviselők útján. Az orvos – beteg kapcsolatban paradigmaticus jelentőségű a páciensautonómia elvének megjelenése a bioetikában, illetve a betegjogok törvénybe iktatása.

A változások következménye, hogy az orvosi hivatás a modern medicina korában szerepváltsággal és identifikációs problémákkal küzd. A duális orvos – beteg viszonyra épülő „egydimenziós” szerepfelfogás és szerepkészlet már nem adekvát a XX. és XXI. századi, technika által uralt, üzemszerűen működő egészségügyben. Az orvosi szerepek sokfélesége csak „fragmentálódott identitásokat” tesz lehetővé. Az orvos modern identitása a gyógyító szerep, a professzionális státusz és a hivatás erkölcsi-etikai bázisnak együttesében ragadható meg.

A **jövőt illetően** elmondható, hogy az orvosi hivatás XXI. századi alakulás át több tényező befolyásolja: az egészségügy változásai, a társadalmi igények és elvárások, a paramedikális hivatások valamint az alternatív gyógyászat térnyerése, a hagyományos orvosi hivatás belső poralizálódása. A jelenlegi tendenciák alapján valószínű különböző hivatásmodellek egymás mellett létezése. Az angol és a német szakirodalom döntő többsége a klasszikus orvosi hivatás megújulását és hagyományos elköteleződésének (páciensek és a társadalom érdeke, altruizmus, erkölcsi értéktöltet) megújítását tartaná a követendő útnak. Ennek révén véli megtarthatónak a hivatás autonómiáját, társadalmi státuszát és presztízsét.

A **modern medicina korában az orvosi hivatásetika** hagyományos tematikája és normái már nem fedik le az egészségügy komplex struktúráját. A modern egészségügy szereplőinek értékrendje, normarendszere és kapcsolatrendszere nem írható le egyetlen etika keretében. Napjainkban tulajdonképpen három „bázis” szolgáltatja az alapot a medicina etikája számára: a tradicionális hippokratészi etika orvost irányító normái; a bioetika konszenzusos normái (részleges egyezéssel a hippokratészi normákkal); és a jog (az egyes országok egészségügyi törvényei). A XX. században az orvosi etika kodifikálásának terjedése figyelhető meg; a sokféle szabályozás azonban kérdéseket vet fel a legitimitás, a kontrolláló igény és a szabályozó funkció tekintetében.

A XX. század változásai mellett, azokkal párhuzamosan, a hagyományos orvosi hivatásetika számára óriási **kihívás** volt – és még ma is az – a bioetika megjelenése. Véleményünk szerint a hivatásetika adaptációs képességének egyik próbája és egészség megújulásának egyik fő kérdése, hogy mit tud kezdeni a bioetika elveivel és szemléletmódjával. Értelmezésünkben az orvosi etika illetve orvosi hivatásetika **nem azonos** a bioetikával, a medicinális etikával, az egészségügyi etikával. Ez utóbbi három etika tágabb területet ölel fel; az orvos – beteg kapcsolaton túl a medicina, illetve az egészségügyi ellátó rendszer erkölcsi kérdéseit is tárgyalják. A **bioetika** egyik értelmezésben a bioszférával kapcsolatos emberi magatartást, annak erkölcsi vonatkozásait öleli fel. Másik értelmezésben a biomedikális etikával szinonim fogalom és a biológiai tudományok által felvetett, az orvoslásban is megjelenő erkölcsi kérdésekkel foglalkozik (abortusz, eutanázia, szervátültetés, mesterséges megtermékenyítés, prenatális diagnosztika). Az **egészségügyi etika** az egészségügy mint rendszer által felvetett problémák erkölcsi vonatkozásait tárgyalja (igazságosság, allokáció, szolidaritás, szubszidiaritás), sőt egy modern egészségügyi etikának feltétlenül tartalmaznia kell a

paramedikális hivatások etikáját is (nővéretika, egészségfejlesztés, egészségnevelés etikája, stb).

Releváns etikai dokumentumokat elemezve **a jelenlegi helyzetet** úgy jellemezhetnénk, hogy a *hagyományos hivatásetika* erkölcsse, tradicionális ethosza és normái, valamint a *modern bioetika* elvei és normái ma inkább *egymás mellett élnek és nem képeznek integráns egységet*. Egyszerűbben és kissé sarkítva a dolgot azt mondhatnánk, az autonómia tisztelete, a beteg felvilágosítása, a döntésbe való bevonása, esetleg döntésének elfogadása ma még nem a hivatás erkölcsiségéből fakadnak, hanem a törvény betartásából. Lehetséges, hogy a hivatás és a hivatásetika további fejlődésével, egy – két generáció múlva, szervezesebb lesz a kapcsolat a hivatásetika és a bioetika között, de ez attól is függ, hogy a lehetséges hivatásmodellek közül melyik lesz az igazán elfogadott: megmarad-e a hagyományos, szolgáló hivatás vagy végérvényesen felváltják más típusok (szerződéses, szolgáltató, alkalmazotti hivatás)

**A jövőt illetően:** egy XXI. századi orvosi hivatásetikában vitathatatlan az új szemléletmód szükségessége, amit elősegíthet a bioetika inspiráló hatása. Napjaink realitásait tekintve biztosan megmarad a bioetika mint a biológiai és élettudományokra - beleértve az orvostudományokat is - reflektáló értéketika, a maga konszenzuson alapuló elveivel. A bioetika azonban, jelenlegi formájában, nem teszi feleslegessé a különböző hivatásetikákat, így az orvosi etikát sem. A hivatásetikák funkciója lehet a szerepekhez kötött erkölcsi elvek és normák reflexiója. Fontos szerepe lehetne az orvosi hivatásetikának abban, hogy olyan elveket és normákat fogalmazzon meg, amelyek orvosnak és betegnek egyaránt orientációs bázist jelenthetnek.

#### **VII.4.. *Eredmények és következtetések***

##### **Eredmények**

Az utóbbi 10 – 15 év német nyelvű (német, osztrák, svájci) szakirodalmának feldolgozása és bemutatása, ami egy más típusú szemléletmód érvényesítését is jelenti a döntően angolszász irodalomra támaszkodó, orvosi etikával ill. bioetikával foglalkozó, magyar szakirodalomban.

A modern orvosi hivatás jellemzőinek összefoglalása és annak megállapítása, hogy az erkölcsi – etikai dimenzió nem járulékos, hanem konstitutív eleme minden hivatásnak, így az orvosinak is; nélküle a hivatás nem hivatás, „csak” foglalkozás. A hivatásetika és a hivatáserkölcs definiálása.

Az orvosi hivatásetika történetének felvázolása és annak bemutatása, hogyan befolyásolták azt az egyes történelmi korszakok általános etikai irányzatai, valamint saját, belső fejlődéstörténete. Annak megállapítása, hogy az egységesnek és homogénnek tekintett európai tradícióban a hippokratészi hagyomány, a vallásos megalapozású erkölcsi normák és a felvilágosodás emberi jogi eszméi együtt vannak jelen.

A modern medicina definiálása és jellemzése. Annak bemutatása, hogy a medicina kettős státuszából adódó dilemmák hogyan hatnak az orvosi hivatás és a társadalom kapcsolatára; valamint, hogy a modern medicina komplex struktúrája hogyan változtatja meg a hagyományos, duális orvos – beteg kapcsolatot.

Az orvosi hivatás XX. – XXI. századi változásainak összefoglalása. Kiemelendő a hivatás autonómiájának csökkenése, amelyet a szakirodalom *deprofesszionalizációként* jellemez. Ez a folyamat és következményei megkérdőjelezi az orvosi hivatás hivatás jellegét, s így a deprofesszionalizáció egyszerre jelent és jelez szerepválságot és identifikációs problémát. Véleményünk szerint a modern orvosi identitás a gyógyító szerep, a professzionális státusz és az erkölcsi - morális bázis együttesében ragadható meg.

Az orvosi hivatás jövőjének, a válságából kivezető lehetséges utaknak a felvázolása; az „új professzionalizáció” célkitűzéseinek és eddigi eredményeinek bemutatása.

A bioetika és az orvosi etika összeegyeztethetőségének vizsgálata; annak megállapítása, hogy napjaink gyakorlatában inkább a kettő egymás mellett éléséről, semmint szerves egységről beszélhetünk. Egy modern orvosi etika szükségességének és lehetőségének vázolója.

Az oktatás szerepének vizsgálata - különös tekintettel a humán tárgyakra - az orvosi hivatásra való felkészítésben.

### **Következtetések**

A biológiai- és élettudományok, az orvostudomány és az orvosi technika, valamint az egészségügy fejlődése a XX. század második felében az orvoslás, gyógyítás és egészségvédelem lehetőségeinek szinte határtalan perspektíváit nyitották meg. Ugyanakkor, paradox módon, az orvosi hivatás modern kori történetének egyik mély válságát éli át a XX. – XXI. század fordulóján. A deprofesszionalizálódás, azaz a hivatás klasszikus szakmai és erkölcsi autonómiájának erodálódása, az orvosok számára nap mint nap érzékelhető folyamat. A hivatás (anyagi és erkölcsi) presztízsének csökkenése, a társadalmi bizalom megingása, az orvosi pálya csekély vonzereje a fiatalok számára ennek a folyamatnak a másik oldala.

A válságból kivezető út a hivatás klasszikus értékeinek (szaktudás, altruizmus, erkölcsiség) és a modern kor követelményeinek (partnerei viszony a páciensekkel, folyamatos párbeszéd a társadalommal, kiegyensúlyozott kapcsolatrendszer a paramedikális hivatásokkal) összeegyeztetése révén valósítható meg. Valószínűsíthető különböző hivatásmodellek egymás mellett élése. A megújulással párhuzamosan szükség van a modern orvosi identitás megfogalmazására és az új viszonyoknak megfelelő orvosi szerepkészlet kimunkálására.

Az erkölcsi – etikai dimenzióknak mint a hivatás konstitutív elemének az értelmezése szükségessé teszi a hivatásetika további fennmaradását. A bioetika és a hivatásetika szintézise - lényegi pontokon való különbözőségük miatt - nem tűnik reális lehetőségnek. Vitathatatlanul szükség van ugyanakkor az orvosi hivatásetika modernizálására, amit elősegíthet a bioetika inspiráló hatása.

A XXI. század orvosai egy lényegesen megváltozott korosztályú, jól informált, minőségi szolgáltatásokat elváró társadalomban és egy lényegi pontokon megváltozott egészségügyi rendszerben fognak dolgozni. Az orvosi hivatásra való felkészítésben, a modern medicina gyakorlásához szükséges szemléletmód és attitűdök elsajátításában kiemelkedő szerepe van, illetve lesz az ún. humán tárgyaknak (szociológia, pszichológia, etika, kommunikáció).

## ***Köszönetnyilvánítás***

Köszönetemet fejezem ki témavezetőmnek, ***Dr. Kovács Józsefnek***, aki hasznos tanácsaival segítette munkámat.

Köszönettel tartozom ***Dr. Barabás Katalinnak***, a Magatartástudományi Csoport vezetőjének, disszertációm elkészítéséhez nyújtott folyamatos támogatásáért és biztató szavaiért.

Köszönöm a ***Magatartástudományi Csoport minden munkatársának*** segítségét.

Köszönetemet fejezem ki ***Dr. Jenei Ilonának***, értékes javaslataiért.

Köszönetet mondok ***Prof. Dr. Franz-Josef Illhardt*** Professzor Úrnak, a Freiburgi Egyetem Etikai és Jogi Centruma vezetőjének, a német szakirodalom összegyűjtéséhez nyújtott segítségéért.

Hálával tartozom családomnak, ***férjemnek és Veronika lányomnak***, támogatásukért és kitartó türelmükért.

## IRODALOM

- Abelson, J., Maxwell, P.H., Maxwell, R.J.:** Do professions have a future? *BMJ* 1997;315:382.
- Armstrong, D.:** Medicine as a profession: times of change. *BMJ* 1990;301:691-693.
- Arras, J.D.:** A Method in Search of a Purpose: The Internal Morality of Medicine. *Journal of Medicine and Philosophy* 2001;26:643-662.
- Autiero, A.:** Religionen und medizinische Ethik. 2. Christentum.  
In: Eser, A., Lutterotti, M. von, Sporken, P.: (eds): *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. Herder Verlag, Freiburg Basel Wien, 1989. 909-915.o.
- Az orvosi műhibaperek.** Kerekasztal-beszélgetés. *Orvosvédelem* 1998;3. 2-13.
- Baier, H.:** Der Wertewandel im Gesundheitswesen in europäischer Perspektive.  
Passau: Wiss.-Verlag Rothe, 1995. Band 4. <http://www.klinik-angermuehle.de/a-band1.htm>
- Balázs Péter:** A gyógyítás erkölcsé és a hatalom ideológiája. *Valóság* 1992/8:39-49.
- Balázs Péter:** Piac vagy hivatástudat a gyógyításban? *Valóság* 1993/4:51-82.
- Balázs Péter:** Múlt és jelen ellentmondásai a modern orvosi etikában. *Valóság* 1995/6: 81-93.
- Balázs Péter:** Orvosi etika és gazdasági realitások. *Valóság* 1997/4:16-27.
- Balázs Péter:** Milyen jövő vár az orvosi hálapénzre? *Valóság* 1999/8:49-65.
- Balázs Péter:** Orvoslás pénzért és hivatástudatból. *Melania Kiadó, Budapest, 2002.*
- Barabás Katalin:** Bevezetés az orvostudományba SZTE ÁOK jegyzet Szeged, 2000.
- Barondess, J.A.:** Medicine and professionalis m. *Arch Intern Med.* 2003;163:145-149.
- Bauer, A.:** Braucht die Medizin Werte? Reflexionen über methodologische Probleme in der Bioethik. In: Bauer, A.(ed): *Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Barth Verlag, Heidelberg Leipzig 1998. 1-18.o.
- Baum, H.:** *Ethik sozialer Berufe*. Schöningh; Paderborn, München, Wien, Zürich, 1996.
- Beauchamp, T.L., Childress J.F.:** *Principles of Biomedical Ethics*. Fourth Edition. Oxford University Press, New York Oxford, 1994.
- Beauchamp, T.L.:** Internal and External Standards for Medical Morality.  
*Journal of Medicine and Philosophy* 2001;26:601-619.
- Bergdolt, K., Honnefelder, L., Fuchs, M., Engelhardt, D. von:** *Medizinische Ethik*. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): *Lexikon der Bioethik*. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 647-662.
- Bickeböller, R., Kramer, W.:** WIR Aerzte – Ist Charles Taylors Begriff der Identität zur Bestimmung einer ärztlichen Identität nützlich? In: „Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“ .Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen 5-7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Abstracts. *Ethik in der Medizin*. 2000. 12:196-197.



- Bierich, J.R.:** Arzt und Kranker: Wandlungen des Menschenbildes in der Medizin. In: Bierich, J.R. (ed) Arzt und Kranker. Ethische und humanitäre Fragen in der Medizin. Attempo-Verlag, Tübingen 1992.
- Blank, L., Kimball, H., McDonald, W., Merino, J.:** Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter 15 Months Later. *Ann Intern Med* 2003;138: 839-841.
- Blasszauer Béla:** Orvosi – egészségügyi etika. Orvostudományi Egyetemek- egységes jegyzet. Tankönyvkiadó, Budapest 1990.
- Blasszauer Béla:** Orvosi etika. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 1995.
- Blasszauer Béla:** A medicina célja: új prioritások meghatározása. Szervedélybetegségek V.évf. (1997) 4.sz.
- Bruchhausen, W.:** Medizin und Moral ohne Kontext. *Ethik in der Medizin* 2001;13:176-192.
- Breen, K.:** Physicians' charter and the new professionalism. *Lancet* 2002;359:2042.
- Buda László.:** Kultúra, tudomány és individuuum. Az alternatív medicina szerepe a gyógyításban. *LAM* 1996;6(11):670-675.
- Calman, K.I.:** The profession of medicine. *BMJ* 1994;309:1140-1144.
- Cascais, A.F.:** A bioetika története. A tudományág körébe tartozó kérdések és a bioetika tárgya. In: Susanne, C.(ed.): Bioetika. Dialóg Campus 1999.
- Chin, J.J.:** Ethical Sensitivity and the Goals of Medicine: Resisting the Tides of Medical Deprofessionalisation. *Singapore Med J.*2001;42:582-585.
- Clift, A., Short, R.V.:** Medical education for the doctors of tomorrow. *Lancet*, 2000;354:siv34.
- Cusack, D.A.:** Ireland: breakdown of trust between doctor and patient. *Lancet* 2000;356:1431-1432.
- Cruess, R.L., Cruess, S.R., Johnston, S.E.:** Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet* 2000;356:156-159.
- Cruess, R.L., Cruess, S.R., Johnston, S.E.:** Professionalism and Medicine's Social Contract *JBJS (The Journal of Bone and Joint Surgery)* 2000;82(8):1189-1194.
- Cruess, S.R., Cruess, R.L.:** Professionalism: a contract between medicine and society. *CMAJ (Canadian Medical Association Journal)* 2000;162:668-669.
- Cruess, S.R., Cruess, R.L.:** Professionalism must be taught *BMJ* 1997;315:1674-1677
- Cruess, S.R., Johnston, S., Cruess, R.L.:** Professionalism for medicine: opportunities and obligations *MJA (The Medical Journal of Australia)* 2002;177(4):208-211.
- Csabai Márta, Barta Krisztina:** Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről *LAM* 2000;10(7-8):638-644.
- Daele, van den W.:** Technik und Medizin. In: Eser A., Lutterotti M., Sporken P.(eds.) *Lexikon Medizin, Ethik, Recht.* Herder Verlag, Freiburg, Basel, Wien 1989. p. 1149-1154.

- Derosa, G.P., Hill, C., Carolina, N.:** Professionalism – Where Are All the Heroes?  
JBJS (The Journal of Bone and Joint Surgery )1996;78:1295-1299
- Doyal, L., Gillon,R.:** Az orvosi etika és jog mint az orvosképzés fő tárgyai  
BMJ Magyar Kiadás 1998/5:262-263.
- Duin, N - Sutcliffe, J.:** Az orvoslás története. Az ősidőktől 2020ig. Medicina Könyvkiadó Rt.  
Budapest 1993. 18-23.o.
- Dunning, A.J.:** Status of the doctor – present and future. Lancet, 1999; 354:Suppl. 4. 18.
- Eckart, W.U.:** Geschichte der Medizin. 2., komplett überarbeitete Auflage. Springer Verlag,  
Berlin Heidelberg New York 1994.
- Eckart, W.:** Medizinische Kultur ist mehr als die Summe der medizinisch-wissenschaftlichen  
Fortschritte. AerzteZeitung 2002. 01. 23.
- Editorial** Researcher, clinician or teacher? Lancet 2001;357: 1543.
- Edwards, N., Kornacki, M.J., Silversin, J.:** Unhappy doctors: what are the causes and what can be  
done? BMJ 2002;324:835-838.
- Eigler, J.:** Medizintechnischer Fortschritt und ärztliches Ethos. In: Jahrbuch für Wissenschaft  
und Ethik. Band 2. de Gryter, Berlin, New York 1997.
- Engelhardt, D.von:** Der Wandel der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit in der  
Geschichte der Medizin. Passau: Wiss.-Verlag Rothe, 1995.Band
- Engelhardt, D.von:** Zur Systematik und Geschichte der Medizinischen Ethik. In: Engelhardt,  
D.von: (ed.) Ethik im Alltag der Medizin. Birkhäuser Verlag, Basel /Boston/Berlin 1997.
- Faria, M.A.:** On the Moral Virtues and Evolving Professional Ethics: A Message to Physicians.  
<http://www.chalcedon.edu/report/97sep/faria.shtml>
- Ferencz Antal:** Etikai felfogások. MBSZ 2000/3:22-31.
- Ferencz Antal:** Az etika és a törvény hierarchikus kapcsolata és ennek jelentősége az orvosi etika  
Számára. MBSZ 2000/4:20-26.
- Ferencz Antal:** A bioetika alapjai. Szt István Társulat, Budapest 2001.
- Fletcher, R.H., Fletcher, S.W.** The future of medical journals in the western world  
Lancet 1998; 352: Supplement 2.
- Freidson, E.:** Der Ärztstand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer  
Profession. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1979.
- Freidson, E:** Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Dodd,  
Mead & Company, New York 1970.
- Freidson, E.:** Professionalism Reborn: Theory, Prophecy, and Policy. BMJ 1994;309:1175-1176.
- Gaizler Gyula:** Bioetika. Osiris Kft, Budapest 1999.
- Gaizler Gyula – Nyéki Kálmán:** Bioetika. Gondolat, Budapest 2003.

- Gárdai Miklós:** Etika az egészségügyben. Orvostovábbképző Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar - jegyzet. Budapest 1992.
- Geisler, L.S.:** Wie sollte moderne Medizin aussehen? Öffentliche Dialogveranstaltung der Schlußbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ vom 12.05.2002.2.Querschnittsthema. 2.1 Arzt-Patient-Verhältnis. 201-203.  
<http://dip.bundestag.de/btd/14/090/1409020.pdf>
- Geisler, L.S.:** Der gute Arzt. Auf der Suche nach einem verlorenen Ideal? Symposium in Werneck am 24. März.2004 anlässlich der Verabschiedung von Dr.med. Klaus Dufey.  
[http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter\\_arzt.html](http://www.linus-geisler.de/vortraege/0403guter_arzt.html)
- Geisler,L:** Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2004;129:453-456.
- Gesundheitsforschung** Forschung für den Menschen. Bundesministerium für Bildung und Forschung. November 2000. [www.bundesministerium.de](http://www.bundesministerium.de).
- Gillon, R.:** In defence of medical commitment ceremonies. J MedEthics 2002;28:5-6.
- Global minimum essential requirements in medical education**Core Committee, Institute for international medical education . Medical Teacher 2002;24(2):130-135
- Gray, J.A.M.:** Postmodern Medicine. Lancet 1999;354:1550-53.
- Haehn, K-D.:** Allroundspezialisten. Die historische und künftige Rolle der Allgemeinmedizin. In: Hausmann, W. (ed.): Medizin Morgen. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1980.
- Ham, C., Alberti, K.G.M.M.:** The medical profession, the public, and the government. BMJ 2002;324:838-842.
- Hardinghaus, W.:** Kooperation statt Konfrontation. In: „Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“.Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.,Göttingen 5-7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Abstracts. Ethik in der Medizin. 2000. 12:200.
- Haskell, C.M.:** Charter on Medical Professionalism: Putting the Charter into Practice. Annals of Internal Medicine 2003;138:852.
- Heene, D.I.** Ärztliches Selbstverständnis und ärztliches Handeln. In:Bauer, A.W. (ed): Medizinische Ethik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Heidelberg, Leipzig: Barth, 1998.
- Heister, E.:** Ethik in der ärztlichen Ausbildung. Freiburg Brsg. 1990.
- Hennekeuser, H.:** Zwischen Ethik und Wirtschaftlichkeitsgebot. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Band 3. Walter de Gruyter, Berlin-New York 1998.
- Heubel, F.:** Identität der Heilberufe: Was ist am Arztberuf moralish? In: „Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“.Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.,Göttingen 5.-7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Abstracts. Ethik in der Medizin. 2000. 12:202-203.
- Hondefelder, L.:** Bioethik im Streit. Zum Problem der Konsensfindung in der biomedizinischen Ethik. Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Band 1. Walter de Gruyter, Berlin New York 1996.
- Horváth Attila:** Orvosok - pedagógusok. Értelmiségi pályák presztízse. Valóság 1986/4.
- Illhardt, F.J.** Medizinische Ethik. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York Tokyo, 1985.

- Illhardt** F.J.: Bioethik: Herausforderungen - Positionen – Aktivitäten. Religionsunterricht an höheren Schulen 1999;42:273-281.
- Imre** József: Orvosi etika. Budapest 1925.
- Irrgang**, B: Grundriß der medizinischen Ethik. Ernst Reinhardt Verlag, München Basel 1995.
- Irrgang**, B.: Praktische Ethik aus hermeneutischer Sicht. Schöningh, Paderborn, München, Wien, Zürich, 1998.
- Irvine**, D.: The performance of doctors. I: professionalism and self regulation in a changing world. BMJ 1997;314:1540-1542.
- Irvine**, D.: The performance of doctors. II: Maintaining good practice, protecting patients from poor performance. BMJ 1997;314:1613-1615.
- Irvine**, D.: Doctors in the UK: new professionalism and its regulatory framework. Lancet 2001;358;1807-1810.
- Irvine**, D.: The changing relationship between the public and the medical profession. J R Soc. Med 2001;94: 162-169.
- Irvine**,R. - **McPee**,J.- **Kerridge**,I.:The challenge of cultural and ethical pluralism to medical practice. EMJA 2002;176 4:174-175
- Jávor** Tibor: A gyógyítás etikája. Golden Book Kiadó, 2003.
- Jäger**, W.: Die ärztliche Ethik in einer postkonfessionellen Gesellschaft. Ethik in der Medizin 1998;10:143-154.
- Jenei** Ilona: Orvosi etika vagy bioetika? MBSZ 1995/1-2:9-16.
- Jenei** Ilona: A modern orvosi etika. Alapelvek és alapkérdések. EMIKK Füzetek 3. szám 2. (átdolgozott) kiadás. Debrecen 1995.
- Jenei** Ilona: Orvosetikai paradigmaváltás gyakorlati következményei Magyarországon a betegjogok és a bioetika oktatásában MBSZ1999;5(3):3.15.
- Jones**, **R**, **Higgs**, **R**, **Angelis** C. de, **Prideaux**, D.: Medical education: Changing face of medical curricula. Lancet 2001; 357:699-703
- Jonsen**, A.R.: The Birth of Bioethics. Oxford University Press , New York Oxford 1998.
- Jonsen**, A.R.: A Short History of Medical Ethics. Oxford University Press,New York Oxford 2000.
- Käser**: Arzt, Tod und Text. [http://wanda.fh-aargau.ch/doz/kaeser/einleitung\\_arzt\\_tod\\_text.html](http://wanda.fh-aargau.ch/doz/kaeser/einleitung_arzt_tod_text.html).
- King**, L.S.: Medicine – Trade or Profession? JAMA 1985;253:2709-2710
- Klein**, R.: The state and the profession. Br Med J 1990;301:700-702.
- Korff**, W.: Einführung in das Projekt Bioethik. 1. Begriff und Gegenstandsbereich. In:Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon derBioethik. Band 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998.

- Korff, W.:** Sozialethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon der Bioethik. Band 3. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 377-388.o.
- Kovács József:** A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina Budapest 1997.
- Kovács J.:** Bioetika, orvosi etika. In:Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): Magatartástudományok. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 2001. 298-300.o.
- Labisch, A, Paul, N.:** Aertzliche Gelöbnisse. In: Korff, Beck, Mikat (eds.) Lexikon der Bioethik.1. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 249-255.o.
- Labish, A., Paul, N., Rager, G.:** Medizin. In: Korff W , Beck L, Mikat P (eds.): Lexikon der Bioethik. 2. Gütersloher Verrlagshaus, Gütersloh 1998. 630-646.o.
- Lanzerath,D.:** Biomedizinische Ethik in Europa zwischen Differenz und KonsensEinführung . Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik Band 3. Walter de Gruyter, Berlin New York 1998.
- Laufs, A.:** Arztrecht. In: Korff W , Beck L, Mikat P (eds.): Lexikon der Bioethik. Band 1. Gütersloher Verrlagshaus, Gütersloh 1998. 261-267.
- Lázaro, J.:** Doctors' status: changes in the past millennium. Lancet 2000;354:siv17.
- Le Goff, J.:** Az értelmiség a középkorban. Magveő Kiadó, Budapest 1979. 164.o.
- Leitner, H.:** Tugendethik. In: Korff, W., Beck, I., Mikat, P.(eds.): Lexikon der Bioethik.Band 3. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh 1998. 617 – 621.
- Leven, K-H:** The Invention of Hippocrates: Oath, Letters and Hippocratic Corpus. In: Tröhler, U. – Reiter-Theil, S. (eds): Ethics Codes in Medicine. Ashagate, Aldershot 1998.
- Levy, T.:** A filozófia és a technológia találkozása. In: Susanne, C.:(ed.): Bioetika. Dialóg Campus 1999. 71-100.o.
- Lewis, W.:** Medical Humanities. BMJ 2003;327:s65-s66.
- Lundberg, G.D.:** Medicine – A Profession in Trouble? JAMA 1985;253:2879-2880.
- Lundberg, G.D.:** The Business and Professionalism of Medicine. JAMA 1997;278:1703-1704.
- Lyons, A.S.:** Medicine: an illustrated history. Harry N. Abrams, New York 1978.
- Manz, H.G. von:** Typen medizinischer Ethik. In: Amelung, E.(ed.): Ethisches Denken in der Medizin. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg 1992.
- Martin,J., Dacre,J.:**Professional attitudes:why we should care. Clin Med JRCPL 2002;2:2182-2184.
- McKeown T.:** Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag 1982.
- Medical Professionalism Project** Medical professionalism in the new millennium: a physicians' Charter. Szimultán publikáció. Lancet 2002; 359: 520-22. Ann Intern Med 2002; 136: 243-46.
- Miettinen O.S.:** The modern scientific physician: 1. Can practice be science? CMAJ 2001;165(4):441-442.

- Miettinen**, O.S.: The modern scientific physician: 8. Educational preparation. CMAJ 2001;165(11): 1501-3.
- Miller**, F.G., **Brody**, H.: The Internal Morality of Medicine: An Evolutionary Perspective. Journal of Medicine and Philosophy 2001;26:581-599.
- Moynihan**, R., Smith, R.: Too much medicine? BMJ 2002;324:859-860.
- Münk**, H.J.: Berufsethik In: Korff W , Beck L, Mikat P (eds.): Lexikon der Bioethik.1. Gütersloher Verrlagshaus, Gütersloh 1998. 330-334
- Neitzke**, G.: Motivationen als identitätsstiftender Faktor in den Heilberufen. In: „Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“.Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen 5.-7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Abstracts. Ethik in der Medizin. 2000. 12:209-210.
- Paice**, E., **Heard**, S., **Moss**, F.: How important are role models in making good doctors? BMJ 2002;325:707-710.
- Paul**, Ch.: Internal and external morality of medicine: lessons from New Zeland. BMJ 2000;320:499-503.
- Pellegrino**, E.D.: Die medizinische Ethik in den USA.- Die Situation heute und die Aussichten für Morgen. In: Sass, H.M. (ed) Bioethik in den USA. Methoden, Themen, Positionen. Springer Verlag, Berlin Heidelberg 1988.
- Pellegrino**, E.D.: Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin. In: Sass, H.M (ed) Medizin und Ethik. Reclam Verlag, Stuttgart, 1989. 40-68.o.
- Pellegrino**, E.P.: Can Ethics be Taught? An Essay. In: Bevezetés a modern orvosi etikába. Szöveggyűjtemény – oktatási segédanyag. Szerkesztette és fordította: Tóth Adél SZOTE Magatartástudományi Csoport 1998. 5.o.
- Pellegrino**, E.D.: Professional Medical Associations. JAMA 1999;282:984-986.
- Pellegrino**, E.D.: The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions. Journal of Medicine and Philosophy 2001;26:559-579.
- Perspektiven der Gesundheitsforschung** BerliNews 23. Juni 2002.  
<http://www.berlinews.de/archiv-2002/1447.shtml>
- Pieper**, A.: Autonomie. In: Korff W , Beck L, Mikat P (eds.): Lexikon der Bioethik. 1. Gütersloher Verrlagshaus, Gütersloh 1998.
- Piko**, B.F., **Stempsey**, W.E.: Physicians of the future: renaissance of polymaths? The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health 2002;122(4):233-237.
- Pörzsi** Zsuzsanna: Szentől szemben a bioetikával. LAM 1999;9(12):985-989.
- Reed**, R.R., **Evans**, D.: The Deprofessionalization of Medicine. Causes, Effects and Responses. JAMA 1987;285: 3279-3282.
- Rehbock**, T.: Heilen und Pflegen - Zur Ethik der Heilberufe in der modernen Medizin. Abstracts „Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität“.Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.,Göttingen 5-7. Oktober 2000, Frankfurt/M. Ethik in der Medizin. 2000. 12: 212-13.

- Rehbock**, Th: Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. *Ethik in der Medizin* 2002;14:131-150.
- Reiser, S.J., Banner, R.S.:** The Charter on Medical Professionalism and the Limits of Medical Power. *Ann Intern Med* 2003;138:844-846.
- Reiter-Theil, S., Hiddemann, W.:** Ethik in der Medizin: Bedarf und Formen. *Der Internist* 1999 – 40:246-254.
- Reiter-Theil, S., Illhardt, F.J.:** Initiative zur Ethik-Beratung in der Medizin. *Ethik in der Medizin* 1999;11:219-221.
- Rohde, J.J.:** Krankenhausumbau. Ein Blick auf die Wandlungen im Klinikbetrieb. In: Hausmann, W. (ed): *Medizin Morgen*. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main, 1980.
- Sass, H.M.:** Einführung. In: Sass, H.M (ed.) *Medizin und Ethik*. Reclam Verlag, Stuttgart, 1989.
- Sauerteig, L.:** From Medical Ethics to Bioethics: Historical and Philosophical Perspectives *Ethik in der Medizin* 1999;11:43-44.
- Schipperges, H.:** Lebensqualität und medizin in der Welt von Morgen. Passau: Wiss.-Verlag Rothe, 1995. Band 5.
- Schott, H.:** A medicina krónikája. Officina Nova, 1993.
- Siegrist, J., Schreiber, H.-J., Heuer, S.:** Arzt-Patient-Beziehung. In: Korff W , Beck L, Mikat P (eds.): *Lexikon der Bioethik*. Band 1. Gütersloher VerlagsHaus, Gütersloh 1998. 238-248.
- Siep, L.:** Bioethik. In: Pieper, A., Thurnherr, U.(eds.): *Angewandte Ethik*. München, Beck 1998.
- Smith, R.:** Medicine's core values. *BMJ* 1994;309:1247-1248.
- Somfai Béla:** Bioetika. Vázlatok. Szeged 1995.
- Sporken, P.:** Medizinische Ethik. In: A.Eser - M.von Lutterotti - P.Sporcken (eds): *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. Herder Verlag, Freiburg Basel Wien, 1989. 713-14.o.
- Steinberg, A.:** Medical ethics in an interreligious comparison: Judaism. In: *Ethik in der Medizin* (1998)10:S112-S115
- Sullivan, W.M.:** Medicine under threat: professionalism and professional identity. *CMAJ* 2000;162(5)673-675.
- Susanne, C. (ed.):** Bioetika. Dialóg Campus 1999.
- Swick, H.M., Szenas, P., Danoff, D., Whitcomb, M.E.:** Teaching Professionalism in Undergraduate Medical Education *JAMA* 1999;282:830-832.
- Swick, H.M.:** Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Academic Medicine* 2000;75:612-616.
- Szell Kálmán:** Egészségügyi etika. POTE Egészségügyi Főiskolai Kar – jegyzet. Pécs 1995.
- Szántó Zsuzsa:** Orvosi szociológia. In: Buda Béla és Kopp Mária (szerk.) *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest 2001.
- Szilárd János:** Orvosi etika. SZOTE egyetemi jegyzet, Szeged 1972.

- Tealdi, J.C.:** Physicians' charter and the new professionalism. *Lancet* 2002;359:2042.
- The Modern Oath of Hippocrates** <http://www.imagerynet.com/hippo.ama.html>
- Thompson, I.E., Melia, K.M., Boyd, K.M.:** Ápolási etika. Medicina, Budapest 1999
- Tóth Adél** (szerkesztette és fordította): Bevezetés a modern orvosi etikába. Szöveggyűjtemény oktatási segédanyag. SZOTE, Magatartástudományi Csoport, Szeged 1998.
- Tröhler, U., Reiter-Theil, S.** (eds): Ethik und Medizin. Was leistet die Kodifizierung von Ethik? Einführung des Herausgeber. Wallstein Verlag, Göttingen 1997.
- Ulbing István:** Testületi etika. *MBSZ* 2002/4:19-22.
- Veatch, R.M.:** The Impossibility of a Morality Internal to Medicine. *Journal of Medicine and Philosophy* 2001;26:621-642.
- Vízy E. Szilveszter, Oberfrank Ferenc:** Az orvostudomány fenntartható fejlődése. In: Glatz Ferenc (szerk.) Népegészség, orvos, társadalom. MTA Budapest 1998.
- Wear, D.:** On White Coats and Professional Development. The Formal and the Hidden Curricula. *Annals of Internal Medicine* 1998;129:734-737.
- Weber, M.:** A protestáns etika és a kapitalizmus szelleme. Gondolat, Budapest, 1982.
- Wiesing, U.:** Wozu bedarf es eines Medizinethikers? *Ethik in der Medizin* 2001;13:258-266.
- Wildes, Kevin Wm S.J.:** The Crisis of Medicine: Pilosophy and the Social Construction of Medicine. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2001;11: 71-86.
- Wolff, H.P.:** Arzt und Patient. In: Sass, H.M. (ed): *Medizin und Ethik*. Reclam Verlag, Stuttgart 1989.
- World Summit on Medical Education** The Changing medical profession. *BMJ* 1994;309:749.
- Wynia, M.K., Latham, S.R., Kao, A.C., Berg, J.W., Emanuel, L.L.:** Medical Professionalism in Society. *NEJM /The New England Journal of Medicine* / 1999;341:1612-1616.



## Bibliográfia

### Az értekezés alapjául szolgáló saját közlemények

1. **Kapocsi E.** Az orvosi hivatás autonómiájának etikai vonatkozásai  
Lege Artis Medicinae 2000;10(4):358-364.
2. **Kapocsi E.** Orvosi hivatásetika a XXI. században  
Valóság 2001/4. 94-100.
3. **Kapocsi E.** High -Tech Medicine and the Physician– Patient Relationship.  
Ethics & Medicine 19:2(2003):69-74.
4. **Kapocsi E., Jenei I.:** A bioetika és az orvosi eskü  
Orvosi Hetilap 2003;144(29):1447-1453.
5. **Kapocsi E.** Válság vagy megújulás? Válaszúton az orvosi hivatás  
Lege Artis Medicinae 2004;14(1):72-75.
6. **Kapocsi E.** The medical profession, patients and society: a situation report from  
Hungary. Bulletin of Medical Ethics April 2004:13-17.

### Az értekezés témakörében megjelent egyéb közlemények

1. **Kapocsi E.** Az orvosi etika oktatása német és holland egyetemeken.  
Lege Artis Medicinae 1996;6(11):681-683.
2. **Kapocsi E.** Bioetikai körkép Németországból  
Lege Artis Medicinae 1999;9(11):892-895.
3. **Kapocsi E.** Egészség és erkölcsi felelősség  
Egészségnevelés 43. 85-88. 2002.
4. **Kapocsi E.** Aktuelle Fragen der Medizinethik in Ungarn- Tagungsbericht  
Ethik in der Medizin 14 (2002) 1, 36-37.
5. **Kapocsi E.** Az egészségnevelés/egészségfejlesztés etikai alapelvei  
Egészségnevelés 44. 218-222. 2003.

## **A témakörrel kapcsolatos tudományos előadások (absztraktok)**

1. **Kapocsi E.** Az etikaoktatás tapasztalatai az egészségfejlesztő-mentálhigiénikus Posztgraduális képzésben. In: Szakemberek és szakmaiság a mentálhigiénében Európában és Magyarországon. Nemzetközi Kongresszus Szeged 1998. Előadáskivonatok 55.o.
2. **Kapocsi E.** Postgraduale Fortbildung für Gesundheitsförderung und Mentalhygiene In. Dokumentation zur Konferenz „Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung“ vom 6-8. 10.1997 in Dresden. Sächsische Landesvereinigung für Gesundheitsförderung e.V. Dresden 1998. 25-30.
3. **Kapocsi E.** Az orvosi hivatás és hivatásetika a XXI. Században. Magyar Orvosi Kamara I.Országos Etikai Konferenciája. Budapest, 2000. Absztraktok 36.o.
4. **Kapocsi E.** A páciensetika (betegetika) és szerepe az orvos– beteg kapcsolatban Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) X. Nagygyűlése, Gyula, 2001. Előadáskivonatok 34.o.
5. **Kapocsi E.** A technomedicina hatása az orvos – beteg kapcsolatra. Magyar Orvosi Kamara II.Országos Etikai Konferenciája. Budapest, 2001. Absztraktok 18.o.
6. **Kapocsi E.** Bioetikai kérdések és az Európai Unió Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XI. Nagygyűlése, Nyíregyháza, 2002. Előadáskivonatok 34.o.
7. **Kapocsi E.** Bioetikai viták a német törvényhozásban III. Magatartástudományi Napok, Debrecen, 2002. Előadáskivonatok 21.o.
8. **Kapocsi E.** Az egészségfejlesztés etikai alapelvei. Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XII. Nagygyűlése, Hévíz, 2003. Előadáskivonatok 54.o.
9. **Kapocsi E.** Az etikaoktatás szerepe az egészségfejlesztést célzó pedagógusképzésben. V. Magatartástudományi Napok, Pécs, 2003. Előadáskivonatok 15.o.
10. **Kapocsi E.** Az egészség mint áru – az orvos mint üzletember Népegészségügyi Tudományos Társaság (NETT) XIII. Nagygyűlése, Szekszárd, 2004. Előadáskivonatok 96.o.