

Orvosi teendők a kórházon kívül bekövetkezett halál esetén

Kereszty Éva Margit dr.

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ,
Igazságügyi Intézet, Szeged

A szerző egy konkrét esethez kapcsolódva elemzi a kórházon kívül bekövetkezett évi 50 000 hazai halálesetben követendő eljárást, különös tekintettel a halál tényének és módjának megállapítására. Ismerteti a háziorvos (alapel-látás) kötelező feladatait, a halál megállapítás jelentőségét, a rendkívüli haláleset formáit és a rendőrhatalósági eljárás-ban részt vevő alapellátási orvos szerepét. A szerző bemutatja az eljárással és a boncolással kapcsolatos döntések meghozatalának rendjét, az ebben érvényesülő ellenőrzési mechanizmust, amelynek eredménye, hogy soha nem egyetlen személy döntése alapján állapítják meg a halál okát. Az eset apropóján bemutatásra kerülnek a magyar eljárás-garanciális szabályai és gyöngeségei, hogy több mint 100 éve miért a háziorvos feladata a halottvizsgálat. Legfonto-sabb tanulságként levonható, hogy a hazai szakmai és jogi előírások nem teszik kötelezővé a halotti epikrízis elkészí-tését a kórházon kívüli halálesetek bekövetkeztekor, ami minőségbiztosítási, egészségpolitikai és a vitatott vagy kifo-gásolt ellátási esetekben is hasznos lenne. *Orv. Hetil.*, 2011, 152, 1808–1812.

Kulcsszavak: kórházon kívüli halál, halál megállapítás, háziorvos, boncolás, tisztiorvos

Duties of the physician in the case of death out-of-hospital

Concerning a concrete case the author analyses the process of death detection that occurs out-of-hospitals in ap-proximately 50,000 cases per year in Hungary, focusing the declaration of the fact and the type (natural/unnatural) of death. Author presents obligatory tasks of the primary care physician, the importance of the death examination, subtypes of unnatural death, and the role of the physician in the legal procedure performed by the police. The deci-sion making process and its control mechanisms are also presented proving that there is no case in which only one person is entitled to make final decisions. Strength and weakness of the Hungarian legislation are enlightened to ar-gue for the traditional death detection by the primary care physician. The most important conclusion is that the final case summary ("cadaveric epicrisis") made by the primary care doctor would be useful in out-of-hospital death cases for the purpose of quality insurance, health policy planning and malpractice claims raised later. *Orv. Hetil.*, 2011, 152, 1808–1812.

Keywords: death out-of-hospital, death detection, primary care physician, autopsy, medical officer

(Beérkezett: 2011. szeptember 7.; elfogadva: 2011. szeptember 20.)

A nyár közepén járta be a hír a magyar sajtót, hogy a nagy melegben négy órán keresztül maradt a tűző na-pon, a mezőn legeltetés közben elhunyt férfi, mivel a helyi háziorvos nem volt hajlandó a halottvizsgálatot elvégezni. Tette ezt annak ellenére, hogy a halál tényét a mentők megállapították, de a halál oka tekintetében a helyszínre érkező rendőrök „ragaszkodtak az orvos odahívásához”. Arra hivatkoztak, hogy az illető koráb-ban a betege volt és ezért „összeférhetetlen” lenne, hogy ő végezze a vizsgálatot, s ennek alátámasztására utalt a

„Shipman-ügyre”, az angliai sorozatgyilkos háziorvos esetére. A vizsgálatot végül szívességből egy közeli település háziorvosa végezte el, de ekkorra a halott – a sajtó által az előrehaladott bomlási folyamat eufemisztikus megfogalmazása szerint – „felpuffedt”.

Az eset apropóján, de nem annak részleteit elemezve a következőkben bemutatom a magyar halottkémlési rendszer jogi és orvosi előírásait, illetve ennek hiányos-ságait a kórházon kívül bekövetkezett halálesetekre vo-natkozóan.

Jogi áttekintés – A halottakat érintő szabályok az egészségügyben

A magyar jogban a halott vagy a kegyeleti szolgáltatások tárgya (temetkezési szabályok, temetőfenntartás, orvosi eljárást követő halottkezelés) vagy pedig orvosi eljárások alanya, azaz beteg. Hatályos egészségügyi törvényünk értelmező rendelkezése a „beteg” fogalmába sorolja a halottat [1], amennyiben orvosi eljárások, beavatkozások történnek a holttesttel. Ez alapozza meg azt, hogy a klinikai halál (amely az átmeneti állapotot jelenti az élő beteg és halott között) állapotában az újraélesztésről dönteni kell, hogy a hagyományos kórbontani patológia orvosi működésnek minősül, hogy az orvosi titoktartás a halott adatait is érinti, valamint, hogy a haláleseteket orvosi dokumentációba kell foglalni stb.

A haláleset azonban nemcsak az orvostudomány érdeklődésének tárgya, hanem a mindenkori állam is érdekelt abban, hogy tisztázza annak okát és körülményeit. A modern államok – természetesen – népegészségügyi, egészségpolitikai okokból is fontosnak tartják ezt, de a történelem folyamán elsődlegesen az állam, a társadalom rendjét sértő cselekmények és események tisztázása céljából vizsgálták a halál körülményeit. A halál tényének megállapítása manapság „hivatalos személy hivatalos eljárása”, tipikusan többlépcsős eljárás.

A halálhoz kapcsolódó – az állam és az orvostudomány számára releváns – információ három fő csoportba sorolható: ténye, módja és a halál oka [2]. Az államhatalom számára minden történelmi korban a legnagyobb jelentőségű a halál bekövetkezésének módja volt. Az erőszakos halál, a jogellenes cselekmény eredményeként bekövetkező halálesetek kivizsgálása, büntetése érdekében vonta az állam ellenőrzése alá a halálesetek megállapítását, illetve szabályozta a kivizsgálás rendjét már azelőtt, hogy a klinikai orvoslásra szabályokat alkotott volna. Ezzel szemben a halál okának vizsgálata jelenti az orvosi, tudományos célú vizsgálatot, amelynek legcélravezetőbb eszköze máig is a boncolás.

A halál utáni orvosi beavatkozásokat illetően az egészségügyi törvény önálló fejezete rendelkezik, a transzplantációs fejezet speciálisan foglalkozik a cadaverdonációval. A temetői törvény [3] számos egészségügyi vonatkozású elemet tartalmaz. E kettőre épül az a három miniszter által kiadott közös rendelet [4], amely a törvény végrehajtásának részleteit szabályozza, s amely az orvosi területen a leginkább fontos. A temetői törvény végrehajtási rendelete és a transzplantációs miniszteri rendelet lényeges részkérdéseket tárgyal. Az egészségügyi adatkezelési törvény [5] a halál után történő adatkezelésről rendelkezik. A háziorvosok számára pedig a feladatokat illető alapvető kiindulási pont a szakmai rendelet [6] 4. § (2) bekezdés *b*) pontjában kötelező feladatként előírt halottvizsgálat. Kiegészítésként, irányelvként figyelembe kell venni a megújítás alatt álló, az Országos Igazságügyi Orvostani Intézet által kiadott 6. számú módszertani levelet, amelynek szakmai

tartalma – a már hatálytalan jogszabályi hivatkozásoktól eltekintve – érvényes, és nemcsak a szakértőkre vonatkozik, hanem az általános halottkémlésre is. A háziorvosi halottvizsgálat szakszerűsége tekintetében a szakfelügyeleti feladatokat az igazságügyi orvostan szakfelügyelői látják el, nem a háziorvosi szakfelügyeleti rendszer.

A halál megállapítás eljárási szabályai

A halál tényének megállapítása az esetek zömében egészségügyi szakismereteket igényel. A történelem folyamán azonban a „laikus halál megállapítás” volt gyakoribb, amit mára az orvosi halottkémlés váltott fel. Fő szabályként mindenütt a területileg illetékes orvos jár el, aki általában a kezelőorvos, megfelelően tudja értékelni a halál orvosi körülményeit és annak patofiziológiáját. Az állami halottkémi (angolszász rendszerben „coroner”-i) vizsgálat mindig második lépcsőben, azt követően történt és történik, hogy a halál tényét és rendkívüli módjának gyanúját már klinikusok megállapították. Manapság erre az elsődleges megállapításra az adott terület általános, alapellátási orvosa vagy a betegellátást végző sürgősségi orvosi személyzet jogosult és köteles. A kórházon kívüli halálesetek száma évente körülbelül 50 000 eset, amelynek közel 80%-ában nem történik boncolás [7].

A halottszemlélt és a halotti bizonyítványt Magyarországon az 1876. évi közegészségügyi törvény tette kötelező érvényűvé. Ha a halottkém semmilyen gyanús jelet nem talált, akkor megállapította a temetés idejét (a hűtés hiányában maximált, de biztonsági okból minimumidőpont meghatározása is szabályokon alapult), és kiállította a halottvizsgálati bizonyítványt, amelynek alapján a helyi hatóság megadta a temetési engedélyt, és bevezette az anyakönyvbe a halálesetet. Fertőző betegség vagy erőszakos halálok gyanúja esetén a halottkém az állami és rendőri hatóságnak jelentette az esetet. 1908-tól a körzetében történő halottkémlés elvégzése a körorvos feladata volt, illetve annak felügyelete az általa ellátott nagyobb területen akkor is, ha nem orvos halottkém vizsgálta a halottat [8]. A halál tényének megállapítását végző személy dönti el, hogy rendkívüli halál gyanúja miatt értesíti-e a hatóságot.

A szabályozás a halál helye szerint határozta meg a halottkémlésre jogosult személyeket. Az otthon meghaltak esetében a község orvosa, a képzett halottkém, de sokszor a képzés nélküli községi elöljáró végezte a halottkémlést. A halottkém gyors és szakszerű eljárását segítve, az elhunyt személy kezelőorvosa köteles volt írásban nyilatkozni a betegség lefolyásáról és a halál (általán megállapított vagy feltételezett) okáról.

Az 1972. évi törvény orvosi privilégiummá tette a halál tényének megállapítását, és „orvosi halottvizsgálatról” szólt, ami a mentőgépjárműben bekövetkezett halálesetknél indokolatlanul megakadályozta a halál beálltának mihamarabbi megállapítását [9].

Az 1997-es egészségügyi törvény változtatása szerint az orvosokon kívül a mentőtisztek is jogosultak a halál tényének megállapítására. Ez utóbbiak azonban csak a mentés során, a mentőgépjárműben bekövetkezett halál esetében, azaz szolgálatuk teljesítése során történhet. A szolgálatát ellátó mentőtiszt mellett a kezelőorvos, illetve – végső soron – az elhalálozás helye szerint területileg illetékes háziorvos nemcsak jogosult, hanem köteles is a halál tényének megállapítására [10]. A mentőtiszt felvetheti a rendkívüli halál gyanúját, ekkor maga is intézkedhet a rendőrség helyszínre hívásáról, de nem nyilatkozhat a halál okáról. Ezt az orvos természetes halál esetében kezelőorvosi vagy körzeti feladatot ellátó háziorvosi minőségében, vagy a rendőrség kirendelése alapján a szemle során eljáró szakértőként teszi meg. Mindkét esetben kötelezettséget teljesít az orvos, s csak igen szűk körben lehet elfogultságra vagy összeférhetetlenségre hivatkozni. Az a tény, hogy az elhunyt betege volt az orvosnak, nem alapozza meg az elfogultságot, éppen ebben a mivoltában köteles a halott epikrízisét és a halálokra vonatkozó diagnózisát felállítani, mint ahogy az a kórházi osztályon is történik. A háziorvos szolgálati idején (amelybe a beteglátogatási idő is beleszámít) kívül az ügyelet látja el a halottvizsgálatot.

Orvosi kötelezettségek – A halálmegállapítás szakmai szabályai, szempontjai

E helyen a részletes szakmai szabályok ismertetésére nincs mód, csak egyes lényegi pontokat emelek ki. A háziorvosi halottvizsgálat történhet a halálozás helyszíne szerint lakáson, közterületen, közintézményben vagy a rendelőben (esetleg mentőgépjárművön). A lakásban, „védett”, elkülönített helyen bekövetkező halálesetnél a helyszínre érkezés szempontjából tágabb időkorlátok érvényesülnek (hat óra), mint a közterületen, ahol a járókelőket sokkoló helyzet és a közszolgáltatások akadályoztatása miatt hamarabb kell elvégezni ezt a feladatot (két órán belül).

A halott vizsgálata magában foglalja a holttest külső – különösen a sérüléseket érintő – vizsgálatát, a halál módjára és okára vonatkozó elsődleges iránydiagnózis felállítását. A kezelőorvos a meghalt személy betegségére, az alkalmazott gyógykezelésre vagy az orvosi beavatkozásra vonatkozó felvilágosítást az orvosi titokra való hivatkozással a halottszemlét végző orvosnak vagy a kirendelő szerv eljáró tagjának nem tagadhatja meg. Az egészségügyi adatok kezelése napjaink érzékeny kérdése, de ezekben az esetekben nemcsak a szakértői rendelet írja elő az adatok átadását, hanem az egészségügyi adatkezelési törvény is.

Rendkívüli halálnak minősül minden erőszakos haláleset (emberölés, öngyilkosság, foglalkozási és közlekedési baleset, és ezek gyanúja, valamint az egyéb baleset

és mérgezés is, ha a felelősség vizsgálata szükséges), továbbá az egészségügyi ellátással kapcsolatos halálesetek, ha egészségügyi dolgozó szabályszegése merül fel. Rendkívüli az olyan haláleset, amelynél a bekövetkezett (nem orvosi) előzményei, körülményei ismeretlenek, illetve a fogvatartott halála is az. A személyazonosításig az ismeretlen holttest esetében is a rendkívüli halál szabályait kell alkalmazni.

A hatósági boncolás „elrendelője” nem az orvos. A rendkívüli halál gyanújának megállapítását követően a rendőrség feladata, hogy a rendelkezésre álló elsődleges adatok alapján eldöntse, valóban rendkívüli halálesetről van-e szó. Amennyiben igen, ezt szinte azonnal követi a második döntés: a haláleset kivizsgálására büntetőeljárásban vagy közigazgatási eljárásban kerüljön sor. Ha a rendőrség nem találja rendkívülinek a halálesetet, akkor a továbbiakban a természetes halálesetre vonatkozó szabályok szerint jár el az orvos, de ilyenkor mindenképpen javasolt, hogy az elhunyt kórboncolása megtörténjen, hiszen eredetileg nem értett egyet az orvos és a rendőrség. Rendkívüli halál helyszínén a rendőrség saját rendőrorvos szakértője közreműködésével is eljárhat, de ennek hiányában a halottvizsgálatot végző orvos eseti szakértőként kirendelhető a rendőrségi helyszíni szemle orvosi feladataira. Ekkor érvényesül a szakértői kényszer, azaz az orvos nem tagadhatja meg ezt a feladatot. (Az ekkor ellátandó feladatokról a tatárszentgyörgyi halálesetet követően országos továbbképzéseket szervezett a rendőrség és az ÁNTSZ.)

A halottszemle a helyszíni szemle speciális formája, amelynek során a helyszín megfigyelése nélkülözhetetlen, a későbbi (szakértői) bizonyításhoz szükséges orvosi adatok, vizsgálati minták biztosítása és rögzítése pedig nem tűr halasztást, mert ezek egy része az idő múlásával megsemmisülne, elenyészne. Ilyen lehet például a holttest kivérzett állapotának észlelése a boncolás során, amely a helyszínen talált vér hiányában arra utalhat, hogy a halál nem „a holttest feltalálása” helyén következett be. A helyszínen vizsgált hullamerevség ugyancsak fontos jel a halál időpontjára vonatkozóan, de ezt a vizsgálatot megismételni nem lehet, és nagy esélye van annak, hogy a holttest elmozdítása és szállítása miatt ez a jelenség érdemben vizsgálhatatlanná válik.

A szemle tekintetében is hasznos a már hivatkozott Módszertani levél ismerete. Ez három fő részből áll: a halottszemle, a boncolás és a kihantolás szakmai eljárásrendjét határozza meg. A halottszemlét szabályozó rész első fejezete orvosszakmai összefoglalást ad a hullajelek értékeléséről, objektív besorolási rendszert állít fel a hatóság eljárása során feltett kérdések megválaszolásához. Második fejezete a halottszemle végrehajtására ad fogódzkodót, ez a kötelezően elvégzendő vizsgálatokat és ezek differenciáldiagnosztikai értékelését foglalja össze, külön kiemelve a laikus szemlélő által félreérthető jelek szerepét, illetve a nehezen felismerhető tünetek célzott vizsgálatát.

Az Európa Tanács 1999-ben fogadta el a medicolegális boncolás harmonizálásáról szóló ajánlását [11]. Ennek első része a helyszíni vizsgálatról szól, tartalmát tekintve a halottszemle irányelveit határozza meg. Ez az ajánlás is foglalkozási szabálynak tekinthető annak ellenére, hogy jogszabály nem teszi kötelezővé az alkalmazását.

A boncolással kapcsolatos döntés

A háziorvos a halál okának megállapításakor lehet teljesen bizonyos az orvosi okot tekintve, de lehet, hogy a hirtelen vagy váratlan halál vagy egyéb körülmények miatt célszerűbb, ha más orvos állapítja meg a halálokot. Ez a patológus és a klinikai boncolás feladata. Hazánkban a boncoláshoz nem szükséges a hozzátartozó hozzájárulása. A magyar jog, a világon egyedülállóan, minden halálesetnél kötelezővé teszi a boncolást és a hozzátartozók kezdeményezésére (amelyet a háziorvosnak írásba kell foglaltatnia, de ennek nincs kötelező formája) lehet a boncolás mellőzéséről dönteni. Így tehát a hozzátartozó nem akadályozhatja meg a boncolást, ha az orvos ahhoz szakmailag megalapozottan ragaszkodik. (Rendkívüli halálesetnél nincs mód a mellőzésre, itt mindig kötelező a boncolás.) A boncolás esetén a kezelőorvos, illetve a halottvizsgálatot végző háziorvos kontrollja a patológus. A boncolás mellőzésekor az ÁNTSz helyi szakigazgatási szerve vizsgálja meg a rendelkezésre álló adatokat és dönt a mellőzésről (egészségügyi törvény 219. §). Ez a kontroll ugyan relatíve gyenge, de azt jelenti, hogy minden esetben van a halottvizsgálatot végző orvos felett egy olyan szakmai hatósági kontroll, amely vitás, gyanús vagy orvosilag nyitott kérdések felmerülésekor ellenőrzést, patológiai vizsgálatot vagy rendkívüli haláleseti eljárást kezdeményezhet.

Az ÁNTSz döntése tartalmazza egyben a temetési engedélyt, tehát a kezelőorvosnak nincs módja esetleges kezelési hibáit úgy eltussolni, hogy saját maga intézkedik a temetésről. Ha a hozzátartozó bármely okból kéri a boncolást, akkor ennek elvégzése kötelező, tehát az elégedetlen hozzátartozó akár az ÁNTSz-en keresztül is eljárhat a kezelés korrektségének tisztázása érdekében.

Az orvosi halálmegállapítás adatai, az észlelt körülmények, a temetési engedély, a rendkívüli haláleset észlelése és a speciális – itt nem tárgyalt – egyéb adatok a halottvizsgálati bizonyítványban kerülnek rögzítésre, amelyben az orvosi halállok részt a háziorvos csak akkor tölti ki, ha a boncolás mellőzésére tesz javaslatot.

Az analógiaként hivatkozott ügy: Harold Shipman ügye – a sorozatgyilkos háziorvos Harold Shipman angol háziorvos (GP) 2000-ben életfogytiglani szabadságvesztés büntetést kapott 15 esetben bizonyított emberölés miatt. Ténylegesen mintegy 215–250-re teszi az áldozatai számát, akiket morfintúladagolással ölt meg, mindannyiszor a hagyatékából való jelentős része-

sedése érdekében. Áldozatai háziorvosaként tartós gondozásukat végezte. Esetükben ő végezte a halottvizsgálatot is, és kiadta a temetési engedélyt. Shipman 2004 januárjában a börtönben akasztásos öngyilkosságot követett el.

2000-ben, az ügy bírósági lezárását követően egy nyilvános jelentéssel záruló egészségügyi miniszteri vizsgálat indult, amely jogszabály-módosításokra is javaslatot tett. Ennél nagyobb visszhangja volt az angol legfelsőbb bíróság egyik tekintélyes bírónője által vezetett, független szakértőkből álló parlamenti vizsgálóbizottság létrehozásának, amely nyilvános vizsgálatot végzett, és végleges jelentését 2005-ben tette közzé (ebben Shipman teljes pályafutása minden esetét áttanulmányozták, így állapították meg a „tényleges” áldozatok számát) [12]. A későbbiekben a mi kamaránknak megfelelő orvosszervezet választott bírósága (etikai bizottsága) előtt „vádát emeltek” két orvos ellen, mivel nem jelentették, hogy Shipman egy asztmás betegének rohama miatt egy adagban 20 mg vénás morfint adott, amitől annak légzése leállt, s a kórházba szállítását követően két hónapig vegetatív állapotban volt, majd meghalt (Overton, Renate Eldtraude ügye). A jelentési kötelezettség elmulasztása egy ilyen nyilvánvalóan szakmai szabályellenes esetben súlyos foglalkozási szabályszegésnek minősült [13].

Az angol rendszerben a rendkívüli halálesetek bejelentése a coronerhez történik a klinikus halottvizsgálatát követően. Jelenleg Angliában (valamint a világ legtöbb országában) a boncolások aránya [14] olyan alacsony, hogy alig kerül sor nem hatósági vagy igazságügyi boncolásra, így a klinikai munka ezen természetes minőségbiztosítása elvész. A temetés engedélyezése is más, nem hatósági kontrollhoz kötötten zajlott. A Shipman-ügy tehát analógiaként semmiképpen nem alkalmazható, ráadásul ott a hagyatékából történő részesedés motiválta a doktort. (Hazánkban ez nem jellemző, ami a hálápénz-jelenség mechanizmusából is következik.)

Megbeszélés, következtetések

A magyar szabályozás nem ad lehetőséget annak mérlegelésére, hogy a területileg illetékes orvos elvégzi-e a halottvizsgálatot. Ez az egészségügyi törvényben és annak a halottakra vonatkozó végrehajtási rendeletében, valamint a háziorvosi rendeletben is egyértelmű kötelezettségként került megfogalmazásra.

A mentők halálmegállapítása a halálok tekintetében nem megengedett, és a hatósági eljárásról való döntés, illetve annak megindítása esetén is a háziorvos rendelhető ki szakértőként, akivel szemben csak igen kevés kimentési okot ismerünk (saját hozzátartozó ügyében zajló eljárás, az adott orvos ellen folyamatban lévő hatósági vagy peres eljárás az érintett beteg vagy családja részéről).

Az összeférhetetlenség eljárásjogi fogalom, amely objektív okok miatt kizárja a döntéshozatalból azokat,

akik a jogi tartalmú és következménnyel járó döntésben érdekelték. Az elfogultság jelenti azt a szubjektív kategóriát, amelyben a döntéshozótól – egyéb személyes indíttatása miatt – nem várható az elfogulatlan, jogszzerű döntés.

A háziorvos a halálok megállapításában nem ellenőrzés nélkül jár el, a főszabálynak tekintett boncolás esetében szakmai ellenőrzést gyakorol felette a boncoló orvos, akinek feladata, hogy a klinikai diagnózist (a háziorvosi megállapítást) és a patológiai diagnózist összevesse, a hibákat és azok súlyát értékelje, „műhiba” gyanúja esetén, rendkívüli haláleseti eljárást kérve, a rendőrségnek jelentse. A boncolás mellőzése csak a hozzátartozók kérése alapján és a háziorvos javaslatára, a tisztiorvos döntése szerint lehetséges, amelyhez a jogszabályban foglalt szakmai feltételek fennállását a tisztiorvos (is) ellenőrzi.

A bevezetőben hivatkozott esetben – az eddigieken túl – munkavégzés közben következett be a haláleset. Felmerül, hogy ennek tisztázására szakértőként is be kívánták vonni a háziorvost, így nemcsak a szakmai, hanem a szakértői kényszerrel kapcsolatos szabályokat is megsértette.

A halottvizsgálat elhúzódnása jelen helyzetben a korrekt halottvizsgálat elvégzését szakmailag is nehezítette, mivel a gyorsan előrehaladó oszlás miatt az esetleges külső sérülések megítélése és a hullajelek értékelése bizonytalanná válhatott.

A hozzátartozók érintettsége a kegyeleti jogok kapcsán merül fel, akik az orvos szabályszegése miatt olyan pszichotraumát élhettek át, amely nem vagyoni kár formájában, de akár egyes vagyoni károkat gerjesztve is hozzáadódhat a halott emberi méltóságához kötődő kegyeleti jogok sérelméhez, azaz nyitva áll az út a polgári peres kártérítési igény benyújtásához.

Etikai szempontból kifogásolható, hogy a kötelezettség teljesítésének megtagadásával egy háziorvos kollégájára indokolatlanul többletfeladatot és terhet rótt az orvos egy igen feszültté vált helyzetben.

A háziorvos analógiája, amely a Shipman-ügyre vonatkozott, az adott esetben semmilyen formában nem alkalmazható, elsősorban arra tekintettel, hogy hazánkban minden esetben ellenőrzött halottvizsgálat történik, és a magas boncolásszám is erőteljesebb szakmai kontrollt jelent.

A sajtó információi szerint az eljáró rendőrség kezdeményezte az ÁNTSz hatósági és a MOK etikai eljárását az ügyben.

Végül emeljük ki azt a pontot, amelyet a magyar szabályozás gyengéjének tekinthetünk! A kórházi halálesetknél, amelyekben részletes dokumentáció és számos vizsgálati eredmény áll rendelkezésre, többszörös kontroll alapján döntenek a boncolás mellőzéséről, a teljes kórdokumentáció és halotti epikrízis áttekintése után. A tisztiorvosi döntés általában minimális információ birtokában történik (bár semmi nem akadályozza, hogy beszerezze a tisztiorvos a háziorvostól a

szükséges adatokat), és csak egyszerű, egyszeres ellenőrzést jelent, esetleg olyan tisztiorvos vagy munkatárs révén, akinek nincs e területen szerzett vagy patológiai jártassága. Az összefoglaló, háziorvosi halotti epikrízis elkészítésére ma nincs kötelező szabály, így a boncolás mellőzésével a betegről nincs egészségügyi vagy kezelési összegző kórtörténet, ami szakmai, minőségbiztosítási és egészségpolitikai szempontból is veszteség, ne kívül m beszélve a később felmerülő, kezeléssel kapcsolatos kifogások vizsgálatának nehézségeiről. Ezt azonban nem oldja meg, ha a jogalkotó az elhunytat egyáltalán nem ismerő, semmiféle adattal nem rendelkező másik háziorvosra telepítené a halálmegállapítás feladatát.

Irodalom

- [1] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 3. §.
- [2] Kereszty É., Vadász G., Bodó M.: A halál jogi jelentősége, a halottakkal kapcsolatos szabályok. Orvosképzés, 2002, LXXVII, 1. szám.
- [3] 1999. évi XLIII. törvény a temetőkről és a temetkezésről.
- [4] 34/1999. (IX. 24.) BM–EüM–IM együttes rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a halottakkal kapcsolatos rendelkezései végrehajtásáról, valamint a rendkívüli halál esetén követendő eljárásról.
- [5] 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.
- [6] 4/2000. (II. 25.) EüM rendelet a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről.
- [7] Varga, T., Tiffinger, A., Kereszty, É. és mtsai: The occurrence of unnatural death in the autopsies performed in the cases of sudden unexpected death (2006–2010). 19th World Meeting of the International Association of Forensic Sciences, 12–17 September, 2011, Madeira, Portugal.
- [8] Az 1908. XXXVIII. tc.
- [9] Kereszty É.: Halottak, akik köztünk élnek. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2006.
- [10] Az egészségügyi törvény és a 34/1999. (IX. 24.) BM–EüM–IM együttes rendelet.
- [11] Recommendation No. R (99) 3 of the Committee of Ministers to Member States on the Harmonisation of Medico-Legal Autopsy Rules.
- [12] Sixth and Final Report of the Shipman Inquiry, on-line: <http://www.shipman-inquiry.org.uk>
- [13] Safeguarding Patients: Lessons from the Past – Proposals for the Future, paras 10.91–10.98; The Fifth Report of the Shipman Inquiry, on-line: <http://www.shipman-inquiry.org.uk>
- [14] Olayiwola, A. O., Olufunmilay, O. I., Abiodun, J. O. és mtsai: The autopsy – knowledge, attitude, and perceptions of doctors and relatives of the deceased. Arch. Pathol. Lab. Med., 2009, 133, 78–82.

(Kereszty Éva Margit dr.,
Szeged, Kossuth Lajos sgt. 40., 6724
e-mail: kereszty.eva.margit@med.u-szeged.hu)