

Fincza Dóra

joghallgató (PTE ÁJK), az ÓNSZ Bűnügyi Tagozatának tagja

**Az idegen test testüregben hagyása
a foglalkozási szabályszegés és a megengedett kockázat határán**

I. Bevezetés

„Az elképzeléstől a tettig hosszú az út. És éppúgy nem lehet a lépést visszavonni, mint a sakkban. Ha minden kockázatot előre lehetne látni, a játszma már nem is volna érdekes.”¹

/André Gide/

Életünk kockázatok sorozatából áll. Nincs olyan élethelyzet, mely ne hordozna magában rizikófaktort. Gondoljunk csak bele egy hétköznapi élethelyzetbe, lemegyünk a boltba vásárolni és miközben az üzlet felé tartunk, egy rossz lépés és eltörhet a lábunk. Gyakorta előfordul tehát, hogy várt célkitűzéseinkkel ellentétes eredmény következik be. Nincs ez másképp a gyógyító tevékenység során sem. Az orvosi hivatás véleményem szerint a legszebb és egyben egyik legtöbb kockázati tényezőt magában rejtő foglalkozás. Amikor az orvosok kezeire bízva, mi páciensek alávétjük magunkat egy gyógyító eljárásnak, például egy műtéti beavatkozásnak, számolnunk kell azzal, hogy előfordulhatnak olyan előre nem látható események, amelyek mind a beteg, mind pedig az orvos célkitűzéseivel ellentétesek lehetnek. Ilyen előre nem látható esemény az idegen test testben hagyása is, mely valamennyi műtéti beavatkozás során előfordulhat. Az operációk alkalmával leggyakrabban törülő, relatív gyakorisággal pedig műszer, illetőleg varrótű marad a feltárt beteg testében.²

Dolgozatomban az idegen test testben hagyását kívánom vizsgálni az orvos büntetőjogi felelősségre vonása szempontjából. Arra keresem a választ munkámban, hogy a bennhagyás ténye önmagában foglalkozási szabályszegésnek minősül-e, és ezáltal alapot adhat-e az orvos büntetőjogi felelősségre vonására, vagy pedig az orvosi tevékenység megengedett kockázatának körébe tartozik. Büntetőjogi szempontból azért releváns ezen kérdéskör vizsgálata, mert előbbi esetben felmerülhet, míg utóbbi esetben fel sem vetődhet az orvos büntetőjogi felelőssége.

¹ <https://www.idezet.hu/idezet/7751/motivacio.html> (2017.03.20.)

² Sebészeti Szakmai Kollégium: Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Műtéti területen véletlenül visszahagyott idegen testek kérdése. http://www.kk.pte.hu/docs/protokollok/SEBIdegentestek_P.pdf (2017.04.05.)

Munkám első fejezeteiben elméleti síkon vizsgálom a választott jogintézményt. Dolgozatom második szerkezeti egységében az orvos büntetőjogi felelősségre vonásának indokait ismertetem, továbbá arra keresem a választ, hogy milyen feltételek megvalósulása szükségeltetik a büntetőjogi felelősség megállapításához. Ebben a fejezetben azt vizsgálom, hogy mi tekinthető foglalkozásnak, illetőleg foglalkozási szabálynak, valamint milyen egyéb kritériumok megvalósulására van szükség a büntetőjogi felelősség megállapításához. A harmadik egységtől kezdődően az orvosi tevékenység megengedett kockázatának kérdéskörét helyezem vizsgálódásim középpontjába. Ebben a fejezetben a megengedett kockázat történeti gyökereitől kiindulva szeretném ismertetni a gyógyítás megengedett kockázatának orvosi, illetve jogi fogalmi distinkcióit, továbbá az orvosi tevékenység megengedett kockázatának ismérveit, illetőleg kialakulását kívánom bemutatni. Az idegen test esetleges testben hagyása az operációk során fordulhat elő, ezért feladatomban tartom, hogy a műtéti beavatkozások megengedett kockázatáról nyújtsak rövid áttekintést, ezen belül is nagy hangsúlyt fektetve a megfelelő tájékoztatás adására az orvos részéről, a beteg oldaláról a hozzájáruló nyilatkozat megtételére.

Dolgozatom negyedik szerkezeti egységében gyakorlati oldalról szeretném megközelíteni a választott témát. Az idegen test testben hagyásának orvosi és jogi megítélése közti ellentétet kívánom bemutatni, ugyanis a kettő gyakran nem esik egybe abból a szempontból, hogy a bennhagyást foglalkozási szabályszegésnek minősítsék, vagy a műtéti beavatkozások megengedett kockázatának körébe tartozónak tekintsék. Ebben a fejezetben a bírói gyakorlatot kívánom bemutatni néhány idegen test tárgyában hozott bírósági határozaton keresztül.

II. Az orvos büntetőjogi felelősségre vonásának kulcskérdései

II.1. Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozásának indokai

Az orvosi tevékenység jogi tárgya az élet, testi épség, valamint az egészség. Határozottan állíthatjuk, hogy a legfontosabb védendő értékekről van szó. A gyógyító tevékenység egy rendkívül veszélyes terület. Nem maga a célja veszélyes, ugyanis a beteg emberek gyógyítása társadalmilag hasznos tevékenység. A veszélyt a gyógyítás céljának elérése érdekében tett lépések során bekövetkező káros következmény hordozza, mely akár halálos eredménnyel is végződhet. A fokozottan veszélyes tevékenységet fokozott felelősség kell, hogy kísérje. Ebből kifolyólag az államnak olyan szabályrendszert kell kiépítenie, amely biztosítja, hogy az élet,

testi épség, valamint az egészség megfelelő védelemben részesül.³ E jogi értékelés megvalósulhat például közigazgatási szabályok, polgári jogi szabályok alapján, végső fokon a büntetőjog ultima ratio jellegével is.

A büntetőjogi szint kétségkívül szükséges, hiszen kikényszeríti a maximális odafigyelést az ellátást végző orvostól, illetőleg orvosoktól. Ez azért fontos, mert az orvos a páciens életét, testi épségét, egészségét teszi kockára, ha hanyag módon jár el.⁴ A büntetőjog ultima ratio jellegéből adódóan azonban nem tipikusak az orvosok elleni büntetőpercek. Adódhatnak azonban olyan esetek, ahol elengedhetetlenül szükséges az állami büntetőhatalom érvényesítése, a betegek életének, testi épségének védelme érdekében.⁵

II.2. A foglalkozási szabályszegés, mint az orvos büntetőjogi felelősségre vonásának kulcskérdése

Az orvosi tevékenységet a jogalkotó a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállásán belül szabályozza, melyet a Btk. XV. fejezetében találunk az élet, testi épség és egészség elleni bűncselekmények körében.

Az orvosi tevékenység által okozott halál, vagy testi sértés - miatti büntetést már a Csemegi - Kódex is szabályozta. Ekkor még a gondatlan emberölés, illetve a súlyos testi sértés minősített esete volt, ha valaki a foglalkozása körében követte el a cselekményt.⁶

A 2012. évi C. törvény 165.§ (1) bekezdése értelmében „Aki foglalkozási szabály megszegésével más vagy mások életét, testi épségét vagy egészségét gondatlanságból közvetlen veszélynek teszi ki, vagy testi sértést okoz, vétség miatt egy évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”.⁷

II.2.1. Mit értünk foglalkozási szabály alatt?

Az orvos büntetőjogi felelősségre vonásának egyik kulcskérdése, hogy mi tekinthető foglalkozásnak, illetve foglalkozási szabálynak. A taxatív felsorolás nem lehetséges, így ha valaki foglalkozási szabályt szegett, minden esetben szakértő bevonása szükségeltetik. Dezső László különbséget tesz az írott kógens, az írott diszpozitív, illetve a szakma íratlan szabályai között.

³*Busch Béla*: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása; In: Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006. 157.o.

⁴*Madai Sándor*: Az orvosi műhiba gyakorlati problémáihoz; In: Keresztmetszet, Szeged, 2005. 147.o.

⁵*Mészáros Bence*: Primum non nocere – Az orvos büntetőjogi felelősségéről; In: Dezső László emlékkönyv, PTE-ÁJK, Pécs, 2005.113.o.

⁶*Busch Béla*: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása; In: Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség, Semmelweis kiadó, Budapest, 2006. 227.o.

⁷2012. évi C. törvény (Btk.) 165. § (1)

a) Írott kógens: Egészségügyi törvény egyes rendelkezései, új eljárások bevezetésével kapcsolatos és a gyógyszerek rendelkezésére vonatkozó szabályok, vérátömlesztésre, védőoltásra vonatkozó egészségügyi miniszteri rendeletek, gyógyszerek rendelésére vonatkozó utasítások, rendeletek, orvos gyógykezelési kötelezettsége.

Kógens szabályokkal csak elvétve találkozhatunk.

b) Írott diszpozitív: Egészségügyi törvény rendelkezéseinek nagy része, az egyetemi könyvekben és szakfolyóiratokban, az egyetemi előadási jegyzetekben, a gyógyszerek mellékleteinek utasításaiban, a különböző szakcsoportok határozataiban foglaltak.

c.) Íratlan: a „*Non nocere!*” („Ne árts!”) és a „*Salus aegroti suprema lex!*” („A beteg érdeke a legfőbb törvény!”).⁸

Irreleváns, hogy az adott tevékenységhez szükséges-e valamilyen végzettség, hogy főállásban vagy mellékállásban, illetve hogy ellenszolgáltatásért vagy ingyenesen végzi-e azt valaki. A foglalkozási szabály meghatározása szempontjából a tényállás keretdiszpozíciónak minősül, annak tartalmát az adott foglalkozásra vonatkozó más jogszabályokba foglalt szabályok, munkaköri leírások, foglalkozás gyakorlásával kapcsolatos tudományos szabályok, vagy a szakma által kialakított szokások töltik ki.⁹ Foglalkozási szabályszegés abban az esetben állapítható meg, ha az orvos a tevékenységét nem szabályszerűen (*lege artis*) végezte.¹⁰ Orvosi műhibáról van szó akkor, ha a betegség gyógykezelése, a sérülés ellátása vagy a műtéti beavatkozás során az orvosi foglalkozással kapcsolatos orvostudományi szabályok szerinti eljárást megsértik.¹¹ Mind aktív, mind passzív magatartással megvalósítható. A foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés eredmény bűncselekmény. A bűncselekmény megvalósulásához az eredmény bekövetkezése is szükségeltetik.¹²

II.3. Az orvos büntetőjogi felelősségre vonásának egyéb kritériumai

Az orvos büntetőjogi felelősségének megállapításához a foglalkozási szabályszegésen túlmenően az alábbi feltételek megvalósulása szükséges:

1. a foglalkozási szabályszegés bűnösen történjen
2. a szabályszegésnek bűnösen létrehozott következménye (közvetlen veszély)

legyen, vagy konkrét sérelem (eredmény) következzen be

⁸Dezső László: Az orvos büntetőjogi felelőssége. BM Könyvkiadó, Budapest, 1979. 189 -191.o.

⁹Belovics Ervin – Molnár Gábor – Sinku Pál: Büntetőjog különös rész, HVG ORAC, Budapest, 2002. 112.o.

¹⁰Dezső: i. m. 189.o.

¹¹BH2002.129

¹²Tóth Mihály – Nagy Zoltán: Magyar büntetőjog – Különös rész, Osiris Kiadó, Budapest, 2014. 70.o.

3. a bűnösen létrehozott következmény (eredmény) a foglalkozási szabályszegéssel okozati összefüggésben álljon.¹³

Bármelyik feltétel hiányában nem állapítható meg a Büntető törvénykönyvről szóló 2012. évi C. törvény 165. §-ban szabályozott foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállása, vagyis az orvos mentesül a büntetőjogi felelősségre vonás alól. Ebben az esetben az eredmény a megengedett kockázat, vagy a diagnosztikus tévedés körébe tartozik. Az orvosi veszélyeztetés (műhiba) csak abban az esetben von maga után büntetőjogi felelősségre vonást, ha az orvos tevékenységét nem *lege artis* és bűnösen végezte.¹⁴ Orvosi műhibáról beszélhetünk, ha a betegség gyógykezelése, a sérülés ellátása, vagy a műtéti beavatkozás során az orvosi foglalkozással kapcsolatos orvostudományi szabályok szerinti eljárást megsértik.¹⁵

II.3.1. Mikor valósul meg a veszélyeztetés?

Veszélyről abban az esetben van szó, ha a sérelem ugyan még nem következett be, de annak reális lehetősége fennáll. A pécsi büntetőjogi tanszék az absztrakt, illetve a konkrét veszély közt tesz különbséget. Utóbbi két csoportra osztva megkülönbözteti a távoli és a közeli (közvetlen) veszélyt. Az orvos büntetőjogi felelősségének megállapításához közvetlen veszély megléte szükséges. Az absztrakt veszély nem alapozza meg a felelősségre vonást, ahogyan a távoli veszély sem.

Közvetlen veszély alatt olyan helyzet értendő, amikor az élet, testi épség, illetve az egészség sérelmének a veszélye határozott és külsőleg felismerhető formában, egyes személyekhez, vagy meghatározott személyhez kapcsolódva jelentkezik.¹⁶ „Nem valósítja meg a foglalkozás körében elkövetett halált okozó gondatlan veszélyeztetés vétségét az orvos, aki „formális” szabályszegéseivel nem veszélyeztette közvetlenül a beteg életét, testi épségét, vagy egészségét, illetve a közvetlen veszély nem a foglalkozási szabályszegése folytán következett be.”¹⁷

II.3.2. A sértő eredmény

Az alaptényállás sértő eredménye a testi sértés okozása. A testi sérülés lehet 8 napon belüli, illetve azon túl gyógyuló is, ennek a büntetés kiszabásánál van jelentősége. Abban az esetben,

¹³Dezső László: i. m. 269- 270. o.

¹⁴Horváth Tibor: Az élet, testi épség, egészség büntetőjogi védelme. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest, 1965. 432.o.

¹⁵BH2002.129.

¹⁶Tóth Mihály – Nagy Zoltán: i. m. 209.o.

¹⁷BH1996.182.

ha a testi sértés maradandó fogyatékoságot, vagy súlyos egészségromlást okoz, azt már a minősített esetek körében kell értékelnünk.¹⁸

Kiemelendő a minősített esetekben megfogalmazott eredményekkel kapcsolatban, hogy azokra az elkövetőnek kizárólag csak gondatlansága terjedhet ki. A Kúria 41. számú Büntető Kollégiumi véleménye szerint a szándékos veszélyeztetési bűncselekmények esetében az elkövetőnek a veszélyhelyzet előidézésén túlmenően, a minősített alakzatokba foglalt bármely káros eredményre kizárólag csak gondatlansága terjedhet ki.¹⁹ Abban az esetben, ha bebizonyosodik, hogy az elkövető szándéka a veszélyhelyzet okozásán túlmenően a káros eredményre is kiterjedt, akkor a ténylegesen létrejött eredményhez képest kell cselekményét minősíteni, mert ebben az esetben a „sértő” bűncselekmény valósul meg, nem pedig a „veszélyeztető”.²⁰ Ezt az állítást alátámasztandó, ha az elkövető szándéka a maradandó fogyatékoság okozására, illetve a halál előidézésére irányult, akkor már nem a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés bűncselekménye miatt történik a büntetőjogi felelősségre vonás, hanem a testi sértés minősített esetének megvalósítása, illetőleg emberölés büntettének elkövetése miatt kell felelnie.

II.3.3. Az okozati összefüggés

Az elkövető büntetőjogi felelőssége csak akkor állapítható meg, ha a foglalkozása szabályait szándékosan vagy gondatlanul megszegő tevékenységével okozati összefüggésben áll elő a káros eredmény.²¹ Nem elegendő a foglalkozási szabályszegés és az eredmény bekövetkezése, a bűncselekmény megvalósulásához elengedhetetlen, hogy okozati összefüggés legyen a kettő között. Ha a foglalkozási szabályszegés nem releváns oka az eredmény bekövetkeztének, akkor nem állapíthatjuk meg az okozati összefüggést az elkövetési magatartás és az eredmény között.²² Akkor sem, ha az eredmény kizárólag a sértett, vagy más személy felróható magatartása miatt következett be, illetve ha az eredmény objektíve nem volt elhárítható, azaz a szabályszegő magatartás nélkül is bekövetkezett volna.²³

Materiális bűncselekményről van szó, befejezetté akkor válik, ha a közvetlen veszély vagy a testi sérülés bekövetkezett. A foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés

¹⁸Tóth Mihály – Nagy Zoltán: i. m. 72.o.

¹⁹Kúria 41. számú Büntető Kollégiumi véleménye

²⁰Tóth Mihály – Nagy Zoltán: i. m. 71.o.

²¹EBH2007.1586

²²Nem valósítja meg a foglalkozás körében elkövetet halált okozó gondatlan veszélyeztetést az orvos, ha formális szabályszegésével nem veszélyeztette közvetlenül a beteg életét, testi épségét, egészségét, illetőleg a közvetlen veszély nem a foglalkozási szabályszegése folytán következett be (BH1996. 182.)

²³Belovics Ervin – Molnár Gábor – Sinku Pál: Büntetőjog különös rész, HVG ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2002. 126.o.

kísérlete fogalmilag kizárt, szándékos veszélyeztetés esetén lehetséges a kísérlet, abban az esetben, ha a foglalkozási szabályszegés szándékos, mégsem következett be a veszélyhelyzet.²⁴

II.3.4. A bűnösség

A bűncselekmény fogalmának harmadik eleme a bűnösség. Ebből következik, hogy bűnösség nélkül nincs bűncselekmény, tehát nincs helye büntetőjogi felelősségre vonásnak sem. A foglalkozási szabályszegést szándékosan, illetőleg gondatlanul is megvalósíthatja az aktív alany. Abban az esetben szegi meg bűnösen az elkövető foglalkozási szabályait, ha:

a) felismeri, hogy a foglalkozásának szabályai meghatározott magatartásra kötelezik, mégsem így cselekszik (ebben az esetben a foglalkozási szabályszegés szándékos);

b) ha ismeri az adott foglalkozási szabályt, de a tőle elvárható figyelem és körültekintés elmulasztása miatt nem ismeri fel, hogy az adott helyzetben az milyen magatartásra kötelezi (ebben az esetben a foglalkozási szabályszegés gondatlan);

c) ha a tőle elvárható figyelem és körültekintés elmulasztása miatt az adott szituációban irányadó foglalkozási szabályt sem ismeri (ebben az esetben a foglalkozási szabályszegés gondatlan).²⁵

Abban az esetben, ha a foglalkozási szabályszegés szándékos, ahhoz, hogy a cselekmény gondatlan veszélyeztetésnek minősüljön a veszélyhelyzet létrehozására az elkövetőnek csak gondatlansága terjedhet ki. Ha azonban a foglalkozási szabályszegés gondatlan, fogalmilag kizárt, hogy az elkövető szándéka az eredmény létrehozására kiterjedjen.²⁶

A foglalkozás körében elkövetett szándékos veszélyeztetést a Btk. 165. § (3) bekezdése szabályozza. Ebben az esetben arról van szó, hogy mind a foglalkozási szabályszegés, mind a veszélyhelyzet előidézése szándékos. Az aktív alany, azaz az orvos szándéka csupán a közvetlen veszélyhelyzetre terjedhet ki, a testi sértés, illetve halál bekövetkeztére nem. Ezt nevezzük limitált veszélyeztetési szándéknak.²⁷ Az elkövető felelősségét nem állapíthatjuk meg abban az esetben, ha a foglalkozási szabályszegéssel kapcsolatban még gondatlanság

²⁴Tóth Mihály – Nagy Zoltán: i. m. 71.o.

²⁵Horváth Tibor: i. m. 437.o. Idézi: Dezső: i. m. 268-269.o.

²⁶Tóth Mihály – Nagy Zoltán: i. m. 71.o.

²⁷Tóth Mihály- Nagy Zoltán: i. m. 71.o.

sem terheli, továbbá akkor sem, ha a szabály felismerése ellenére a szabályszegő magatartásra és az ebből következő veszélyhelyzet elhárítására nincs más cselekvési lehetősége.²⁸

III. Az orvosi tevékenység megengedett kockázata

III.1. A megengedett kockázatvállalás történeti gyökerei

A kockázatvállalás alatt egy olyan helyzet értendő, amikor fennáll a Btk. Különös Részében meghatározott bűncselekmény törvényi tényállásába foglalt eredmény, például halál, vagy testi sértés bekövetkezésének esélye, azonban az is előfordulhat, hogy elmarad a káros eredmény, illetőleg, hogy a végeredmény társadalmilag előnyös lesz.²⁹

A kockázatvállalás történeti gyökereit tekintve a bűnösség, ezen belül a tudatos gondatlanság körében jelent meg, relevanciája abból a szempontból volt, hogy a káros eredmény elmaradásába vetett bizalom könnyelmű vagy alapos volt-e.

A kockázatvállalás akkor számított megengedettnek, egyúttal büntetőjogi felelősséget kizáró oknak, ha megvalósulása olyan cél érdekében történt, mely közösségi szinten előnnyel járt, az előny elérésére reális esély volt, illetőleg az előny jóval nagyobb sikert eredményezett, mely a kockázat vállalása nélkül nem tudott volna bekövetkezni. A kockázatvállalás indokoltságának, vagy indokolatlanságának megítélése kizárólagosan objektív alapon történt.³⁰

A jogirodalom a későbbiekben a jellemzőket kiszélesítette az alábbiakkal:

1. a kockázatvállalás alapját valamely konkrét társadalmi szükségességnek kell alkotnia,
2. a kockázatvállalással létrehozott veszélynek arányosnak kell lennie a várható társadalmi haszonnal,
3. a kockázatvállalásnak magába kell foglalnia a szükséges biztonsági feltételeket,
4. a kockázaton alapuló döntés reálisan megalapozott legyen,
5. a kockázatos döntést társadalmilag hasznos célkitűzés irányítsa³¹

A megengedett kockázat büntetőjogi felelősséget kizáró okainak jellegét tekintve nézetkülönbségek alakultak ki. Viski László nézete szerint a megengedett kockázat a

²⁸Kereszty Béla – Maráz Vilmosné – Nagy Ferenc – Vida Mihály: A magyar büntetőjog különös része, Korona Kiadó, Budapest, 2004. 127.o.

²⁹Belovics Ervin: Az érték- érdek összeütközések mint a büntethetőséget kizáró okok. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, Pécs, 2007. 196-197.o. Doktori értekezés <http://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/belovics-ervin/belovics-ervin-vedes-ertekezes.pdf> (2017.03.22.)

³⁰Belovics Ervin: i. m. 196.o.

<http://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/belovics-ervin/belovics-ervin-vedes-ertekezes.pdf> (2017.03.22.)

³¹Erdősy Emil: Véleményeltérések a kockázatvállalás büntetőjogi értelmezésében. Büntetőjogi Szakirodalomgyűjtemény, Tankönyvkiadó, Budapest, 1987. 397. o.

cselekmény társadalomra veszélyességét, azaz a jogellenességet zárja ki. Dezsó László álláspontja szerint azonban a kockázatvállaló személy bűnösségét zárja ki.

Erdősy Emil álláspontja szerint a nézetek közti eltérés abból fakad, hogy a különféle elméletek képviselői a kockázatot absztrakt értelemben veszik figyelembe és azt „az egyes kockázatformák egyedi sajátosságaira tekintet nélkül egysíkián, általános jellegében alkalmazzák valamennyi veszélyeztető cselekményre”³²

Erdősy nézete szerint a kockázatot differenciáltan kell értelmezni, ennek megfelelően az alábbi kockázattípusokat különbözteti meg:

1. az élet, testi épség, egészség kockázata: orvosi kockázat, sportkockázat;
2. az élet, testi épség, egészség és anyagi javak kockázata: technikai kockázat, közlekedési kockázat;
3. anyagi javak kockázata: termelési kockázat.³³

A megengedett kockázat általános hatását, a büntetőjogi felelősség kizárását az egyes kockázattípusok viszonylatában kell vizsgálni. A megengedett kockázat büntetőjogi rendszerben való helyének jellemzésére az is - is kötőszópárt kell alkalmazni. Tehát a megengedett kockázat egyes esetekben a jogellenességet, míg más esetekben az elkövető bűnösségét zárja ki.³⁴

Napjainkra a jogalkotási folyamat alapköveiben megváltozott, és a szóban forgó tevékenységekre részletes jogi szabályozás alkalmazandó. A foglalkozási szabályszegés tényállási elemként való szabályozásával, illetőleg a foglalkozási szabályok körülírásával a megengedett kockázatvállalás jelentősen veszített függetlenségéből.³⁵

III.2. A gyógyítás megengedett kockázatának fogalmi meghatározása

Erdősy Emil álláspontja szerint a gyógyító tevékenység bír a legnagyobb jelentőséggel az élet bármely tevékenységéhez képest, ugyanis az orvosi tevékenység célja, hogy az embernek, mint minden érték létrehozójának élet, illetve egészségét fenntartsa, valamint védelmi funkcióként megvédje a károsodástól. Az orvosnak a gyógyító tevékenység során meg kell ismernie az emberi szervezetet, az egyes szervek működésének törvényszerűségét, a betegségek okait, jellegzetességét. Az egészség újbóli helyreállítása céljából meg kell

³²Erdősy: i. m. 407.o. Idézi: Belovics: i. m. 197.o.

<http://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/belovics-ervin/belovics-ervin-vedes-ertekezes.pdf> (2017.03.22.)

³³Erdősy Emil: A megengedett kockázat a büntetőjogban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988. 93. o

³⁴Erdősy: Véleményeltérések... 407. o.

³⁵Belovics Ervin: i. m. 197.o.

<http://ajk.pte.hu/files/file/doktori-iskola/belovics-ervin/belovics-ervin-vedes-ertekezes.pdf> (2017.03.22.)

állapítania az új gyógyszeres kezelések, a lehetséges gyógyítási eljárások alkalmazásának feltételeit.

Az orvosi tevékenység, különös tekintettel a műtéti beavatkozások, az új gyógyítási eljárások bevezetése az érintettek életének, illetőleg egészségének kisebb - nagyobb veszélyével járhatnak. Az orvostudomány az ember életének és egészségének fenntartására és a károsodásoktól való óvására irányul - tekintettel arra, hogy az orvos „anyaga” az élő ember, nem pedig egy „holt anyag” -, nem kerülhető el az ember életének, illetve egészségének kockáztatása sem.³⁶

III.2.1. A gyógyítás megengedett kockázata fogalmának orvosi megközelítése

Az orvosi szakirodalomban elfogadott nézetek szerint a gyógyítás megengedett kockázatának körébe tartozik az orvos foglalkozási szabályainak megtartása mellett bekövetkező minden olyan káros következmény, mely a tudomány mindenkori állása szerint a beavatkozásnak nem szükségképpen velejárója, ebből kifolyólag nem lehet kiszámítani, illetve elkerülni.³⁷

A káros következmények a betegség átlagosnál lassabb, vagy kisebb súlyú gyógyulásában, valamint különféle szövődmények létrejöttében nyilvánulhatnak meg. A szövődmények valamely hányadát az orvos a tapasztalatok alapján számításba veszi, de ez nem jelenti azt, hogy ezekért a „várt” szövődményekért büntetőjogilag felelősségre lehet vonni őt.³⁸ A várható szövődményre példaként hozhatjuk fel a tüdőgyulladás kialakulását az intenzíven hosszú időn át fekvő páciensek esetében. A szövődmények másik felét nem lehet előre látni, ennek okai abban keresendők, hogy a betegek, illetve a betegségek is sajátos természetűek. Bizonyos betegségek saját magukban is nagyobb veszélyt hordoznak, így tehát súlyosabbak lehetnek a szövődményeik is.

Szövődmény alatt értünk minden olyan, akár a betegség lefolyására, akár a beteg gyógyulására károsan ható körülményt, amely az alapbetegségen kívül más megbetegedés, vagy a beteg szervezetének működési zavara folytán következik be.³⁹

Két csoportját⁴⁰ különítjük el, melyek megkülönböztetése azért releváns, mert előbbi esetben fel sem merülhet az orvos foglalkozási szabályszegése, míg utóbbinál igen.

³⁶Erdősy: A megengedett kockázat... 94. o.

³⁷Harsányi László – Szuchowszky Gyula: A gyermekorvos szakmai felelőssége. Orvostovábbképző Intézet. Jegyzet, Budapest, 1973. 250. o. Idézi: Dezső: i. m. 195. o.

³⁸Dezső: i. m. 196. o.

³⁹Dezső: i. m. 196. o.

⁴⁰Dezső: i. m. 196-197. o.

Endogén szövődmény alatt azokat a szövődményeket értjük, melyek a beteg szervezetéből, betegségének súlyosságából, vagy természetéből, vagy a beavatkozásra való egyedi reakciókból keletkeznek.

A szövődmények másik csoportját az ún. exogén szövődmények alkotják, melyre példaként hozhatjuk fel az idegen test testüregben hagyását a műtéti beavatkozások során, mely bennhagyás következtében léphetnek fel különféle szövődmények. Leggyakrabban tisztázatlan eredetű láz jelentkezik, szepszis, tályogképződés, illetőleg vérzés is felléphet. Fontosnak tartom azonban megjegyezni, hogy ezen szövődmények nem szükségszerűen alakulnak ki. Előfordulhat az is, hogy hosszú időn keresztül, vagy élete végéig tünetmentes marad a páciens, tehát nem okoz problémát a testben hagyott idegen test. Ha a szövődmény külső behatások formájában jelentkezik, akkor további vizsgálatokra van szükség abból a célból, hogy megállapíthassuk azt, hogy ezen exogén szövődmények a kockázat ismérveit is magukba foglalják-e, vagy sem. Ha nincsenek meg a kockázat ismérvei, nagy valószínűséggel arra következtethetünk, hogy foglalkozási szabályszegés következménye a szövődmény.⁴¹ Tehát, ha a kockázat ismérvei közül bármelyik is hiányzik, azaz a káros következmény a betegről, vagy a betegségtől független, objektív külső ok, vagy az orvos személyében rejlő szubjektív ok miatt keletkezett, akkor a kérdéses elváltozás már nem a kockázat (szövődmény) körébe, hanem a gyógyítási hiba körébe tartozik.

Kenyeres Imre és Szuchowszky Gyula álláspontja⁴² szerint a kockázat objektív, illetve szubjektív elemekből tevődik össze. Konceptiójuk alapján a kockázat diagnosztikus hiányosságokból, tévedésekből, illetve beavatkozás technikai hibákból eredeztethető, melyeket visszavetítenek objektív, illetve szubjektív elemekre. Objektív elemek közé sorolandóak a berendezések, felszerelések üzemzavarai, fogyatékoságai, ügyeleti, vagy konziliáriusi viszonyok kiforratlansága. A szubjektív faktorok pedig az orvos személyében keresendők.

Dezső László nézete szerint a tévedés gyógyítási hibának minősül és nem kockázatnak. A kockázat általában felelősséget kizáró, a gyógyítási hiba - foglalkozási szabályszegés esetén - megalapozza a büntetőjogi felelősséget. Gyógyítási hiba valamennyi orvosi szakterületen, ezen belül a diagnózis és a terápia során is előfordulhat. A manuális szakmák esetében a kisebb hiba is súlyosabb következményekkel járhat. A nem manuális szakmánál a hiba

⁴¹Kenyeres Imre – Szuchowszky Gyula: A bronchológiai ténykedéssel kapcsolatos orvosi felelősség orvosi szakértői vizsgálata. Tuberkolózis és Tüdőbetegségek, 1972. 25. 143.o.

⁴²Kenyeres – Szuchowszky: i. m. 143.o. Idézi: Dezső: i. m. 197. o..

következményei általában kevésbé súlyosak, illetőleg a hiba gyakrabban marad rejtve.⁴³ Nem manuális szakmának tekinthetjük például a belgyógyászatot, amely területen előforduló kisebb hibák, például a nem megfelelő gyógyszer adása, gyakrabban maradnak rejtve. Ezzel ellentétben a manuális szakmák közé tartozik például az ér-szívsebészet, amely területeken előforduló hibák, mint például a nem megfelelő erek összekötése, vagy elvágása nem maradhatnak büntetőjogi jogkövetkezmények nélkül.

III.2.2. A gyógyítás megengedett kockázatának jogi meghatározása

Erdősy Emil az orvosi tevékenység megengedett kockázatát a következőképpen határozza meg:

*A gyógyítás megengedett kockázata alatt „a beteg életének, egészségének, vagy testi épségének a gyógyítás érdekében tudatosan előidézett azt az előre látható veszélyét és esetleges hátrányos változását értjük, amellyel az adott gyógybeavatkozás az orvosi foglalkozás szabályainak megtartása mellett járhat”.*⁴⁴

III.2.3. A gyógyítás megengedett kockázatának ismérvei

III.2.3.1. A kockázat tárgya

A gyógyítás kockázatának tárgya az ember élete, testi épsége, illetve egészsége. A gyógyító tevékenységgel létrehozott veszélyhelyzet az élet, testi épség, valamint egészség sérelmének reális esélyét foglalja magába. Az előidézett veszélyhelyzet minden esetben konkrét, vagyis egyedileg meghatározott embert, illetve embereket érint, illetőleg közvetlen, tehát a hátrányos változás közeli bekövetkezésének valószínűségével kell számolni. A kockázatvállalásnak szempontjából nincs relevanciája annak, hogy az orvos segítségét igénylő emberek túlnyomó része betegsége, vagy sérülése miatt eleve veszélyben van.⁴⁵

Csak az a kockázatos gyógyító tevékenység megengedett, amely egyben szükséges is. Az orvosi tevékenység kockázatának szükségességén kell értenünk, hogy a gyógyítás célja a lehetőségre álló személyi, illetve tárgyi feltételek között másként nem, csak az adott egészségi állapot további rosszabbodásával érhető el.⁴⁶

III.2.3.2. Az arányosítás, mint a megengedettség feltétele

⁴³Szuchovszky Gyula – Harsányi László: A rendkívüli műtéti halálesetek orvos szakértői vizsgálata. I. Az elhatárolás elvi kérdései. Magyar Sebészet, 1974. 92.o. Idézi: Dezső: i. m.197.o.

⁴⁴Erdősy: A megengedett kockázat... 94., 95. o.

⁴⁵Erdősy: A megengedett kockázat... 95.o.

⁴⁶Erdősy: A megengedett kockázat... 95.o.

Az orvosi tevékenységgel előidézett veszélyfolyamat esetleges kedvezőtlen hatása főszabály szerint előre látható. A kedvezőtlen következmény szélső határa a betegségnek, illetve a sérülésnek tovább már nem romló állapota – a halált is beleértve –, amely az orvos gyógyító tevékenysége nélkül is létre jöhetett volna.

Ebből következik a gyógyítás megengedettségének feltételét adó arányosítás lehetősége. Az arányosítás során az orvos döntése meghozatalánál összehasonlítja tevékenysége elmaradása esetében keletkező kedvezőtlen változás esélyét beavatkozása sikertelenségének esélyével, ezt követően eldönti, hogy mely gyógymódot alkalmazza, amely előreláthatólag nem eredményez nagyobb egészségromlást, vagy életveszélyt, mint a gyógyítás elmaradásával járó egészségromlás, életveszély, vagy esetleges halál.⁴⁷

Általános arányosítási mércét természetesen lehetetlen lenne felállítani. Szuchovszky és Harsányi álláspontja⁴⁸ szerint a műtéti kockázatot nem szűkíthetjük le csupán a primer kockázatra, ugyanis rendkívül összetett, valamint változó kategória, amely a betegség természetének, helynek, időnek, személyeknek, illetőleg külső körülményeknek a függvénye. Ebből adódóan még egy azonos műtétfajta kockázatát sem tekinthetjük mindig ugyanannyira kockázatosnak. A műtéti kockázat határát tehát nem lehet pontosan meghatározni, minden esetben az összes körülmény gondos mérlegelésével és individualizáltan kell vizsgálni.

Az egyes műtéti beavatkozások, vagy gyógyító eljárások során előfordulhatnak hátrányos kísérőjelenségek, amelyek mint végső káros hatás, arányosítási mérceként alkalmazandóak. Ilyen végső káros hatásnak tekintendők például egyes műtétek során mechanikai - gépi szövődmény előfordulásának az esélye, szervátültetések esetében a szerv kilökődésének lehetősége.⁴⁹

III.2.3.3. Az ún.rizikóhelyzet létrejötte

A rizikóhelyzet létrejöttéhez főszabály szerint két személy – az orvos és a beteg – egybehangzó akaratnyilatkozata szükségeltetik. A páciens gyógyítására vonatkozó orvosi döntés kisebb - nagyobb bizonytalansági elemet hordoz magában, melyek az orvos döntésének meghozatalakor vagy előreláthatóak, vagy később válnak ismerté a gyógyítás során. Azonban mégsem tartozik mindegyik gyógyítási eljárás, orvosi vizsgálat, műtéti beavatkozás a kockázatos orvosi tevékenység körébe. Az orvosi tevékenység megengedett kockázata közé csak azok a gyógyítási eljárások, illetve műtéti beavatkozások tartoznak,

⁴⁷Erdősy: A megengedett kockázat... 95.o.

⁴⁸Szuchovszky- Harsányi: A műtéti kockázat kérdései az orvosszakértői gyakorlatban. Magyar Sebészet, 1965. 3-4. o.

⁴⁹Erdősy: A megengedett kockázat... 96. o.

amelyek megválasztásához nem csupán alternatívák mérlegelésére van szükség, hanem az orvosnak döntését olyan alternatívák közül kell meghoznia – a kockázatvállalás szükségességének szubjektív felismerése útján –, amelyek közül valamennyi előreláthatóan a sikertelenség esélyét is magában hordozza.⁵⁰

Arra a kérdésre, hogy a választott gyógyítási eljárás, vagy műtéti beavatkozás esetleges sikertelensége kizárja-e, vagy sem a kockázat megengedettségét az orvosi szakirodalomban különféle nézetek alakultak ki.

Budavári Róbert és Dezső László álláspontja⁵¹ szerint a gyógyító tevékenység kockázata magában hordozza a gyógybeavatkozással előre látható veszélyt is.

Harsányi László és Szuchovszky Gyula nézete⁵² szerint a gyógyítás kockázatának körébe azok a tényezők tartoznak, amelyeket az orvos akkor sem láthatott előre, ha a legnagyobb gondosságot tanúsítva járt el hivatása során. Erdősy Emil Harsányi és Szuchovszky álláspontjával ért egyet, ugyanis véleménye szerint a kockázatvállalás lényegi mozzanata a sikertelenség esetleges bekövetkezésének előrelátása és ennek ismeretében olyan alternatíva megválasztása, amelynek kifejtése a sikertelenség esetleges bekövetkezésének redukálását célozza. Nem tekinthető kockázatvállalásnak olyan magatartás, amely kizárólagosan a kedvező eredményt veszi figyelembe, mert a társadalmilag hasznos következmény létrehozására csak egyetlen lehetőség kínálkozik.⁵³

A megengedett kockázat két döntést⁵⁴ feltételez. Az egyik döntés az orvos kezében van, aki a rendelkezésre álló adatok alapján, például laboratóriumi leletek, saját vizsgálat, beteg elmondása folytán felállítja a diagnózist, megválasztja a páciens számára legcélszerűbb gyógyítási módot. Számba veszi a választott gyógyítási, illetőleg műtéti eljárás előre látható és ismert lehetséges káros következményeit, például gyógyszerek mellékhatásait, szövődményeket, legvégső esetben a halál bekövetkeztének esélyét. Az orvos olyan cselekvést vállal a beteg kockázatos gyógykezeléséről való döntés során, amelynek következményeit egyértelműen nem láthatja előre, mert teljes mértékben nem lehet kizárni az orvos céljával ellentétes következmények kialakulását.

A másik döntés pedig a beteg, valamint hozzátartozója kezében van, aki az orvos tájékoztatási kötelezettségének megtörténte után, miután tudomást szerez arról, hogy a gyógykezeléssel fokozott veszélynek veti alá magát, meghozza a döntést, hogy aláveti-e

⁵⁰Erdősy: A megengedett kockázat... 97. o.

⁵¹Budavári Róbert – Horváth Dezső: A modern anaesthesiológia kockázatai. Orvosi Hetilap 1964. 40. 1873. o.; Dezső: i. m. 235. o. Idézi: Erdősy II. 97. o.

⁵²Szuchovszky – Harsányi: A rendkívüli műtéti halálesetek. 92. o. Idézi: Erdősy II. 97. o.

⁵³Erdősy: A megengedett kockázat... 97. o.

⁵⁴Erdős: A megengedett kockázat... 98.o.

magát azon gyógyító eljárásnak, vagy műtétnek, amely lehetséges, hogy testi épsége, egészsége további károsodásához, sőt legvégső esetben halálához vezethet. A beteg a beleegyező nyilatkozat megtételével vállalja az orvosi tevékenység kockázatát.

Erdősy Emil professzor nézete szerint az orvos döntése a kockázatvállalás, míg a beteg döntése a kockázatviselés körébe tartozik. Szuchowszky Gyula, Harsányi László, valamint Somogyi Endre álláspontja⁵⁵ szerint azonban a műtéti kockázatot főszabályként a beteg vállalja, ugyanis a műtéti beavatkozás elvégzéséhez a felvilágosítást követően ő adja a beleegyezését. Ezen elképzelésből azonban nem tűnik ki az orvos, valamint a páciens közötti döntésének szükségessége, valamint ellentétes azzal a felfogással is, hogy a kockázatot az vállalja, aki meghozza a veszélyt hordozó döntést. A kockázat vállalás büntetőjogilag megegyezik a felelősségvállalással. Az orvosi tevékenység kapcsán az orvos, és nem a beteg vállalja a sikertelen gyógyító, vagy műtéti eljárás kockázatát.⁵⁶

III.3. A gyógyító tevékenység kockázatának létrejötte

A gyógyító tevékenység kockázatának létrejöttében az alábbi objektív, illetőleg szubjektív faktorok játszanak szerepet:

A. objektív faktorok: a) a betegség, illetve a beteg egyedisége, sajátos természete;

b) a gyógyító tevékenység tárgyi körülményei;

B. szubjektív faktorok: c) az orvos személyes képességei;

d) az orvos diagnosztikai tévedései.⁵⁷

a) A beteg, illetve a betegség egyedisége olyan hatást gyakorol a gyógyító tevékenységre, hogy még abban az esetben sem zárható ki a gyógyítástól elvárt remélt eredménnyel ellentétes eredmény bekövetkezése, ha a kezelőorvos helyesen állította fel a diagnózist, vagy jól választotta meg az adott műtéti beavatkozást.⁵⁸

Ha az orvos a legnagyobb gondosságot tanúsítja egy műtéti beavatkozás során, akkor is bekövetkezhet például szervsértés, erek elvágása, vagy *perforatio*. Egy rutinműtét is kiszámíthatatlanná válhat az által, ahogy a beteg egy gyógyszerre, vagy metszésre reagál.⁵⁹

⁵⁵ Szuchowszky – Harsányi: A műtéti kockázat kérdései az orvosszakértői gyakorlatban. 2. o.; Somogyi Endre: Az igazságügyi orvostan alapjai. Medicina, Budapest, 1973.147. o.

⁵⁶ Erdősy: A megengedett kockázat... 98.o.

⁵⁷ Erdősy: A megengedett kockázat... 102. o.

⁵⁸ Erdősy: A megengedett kockázat... 102. o.

⁵⁹ Busch Béla: Az orvosi tevékenység büntetőjogi szabályozása; In: Sótonyi Péter (szerk.): Orvosi felelősség, Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006. 157.o.

b) A gyógyító tevékenység tárgyi körülményei körébe azok a tényezők tartoznak, melyek fokozzák a gyógyítás veszélyességét és a beteg, valamint az orvos személyében gyökerező körülményeken kívül állnak. Az objektív tényezők közé sorolhatjuk többek között a kórházi berendezések, felszerelések működés közbeni üzemzavarait, mechanikai meghibásodásait. A gyógyítás tárgyi adottságait tekintve eltérés mutatkozhat az egészségügyi ellátórendszerek infrastrukturális adottságai között is.⁶⁰

c) Az orvos személyes képességei a gyógyítási kockázat egyik legrelevánsabb összetevője. Le kell szögeznünk, hogy az orvosok individuális képességei nem esnek mindig egybe. Nem hasonlíthatjuk össze egy hosszú ideje praktizáló, tapasztalt orvos szaktudását, egy rezidensével. Nincs egy szinten például egy specialista, egy nem specialistával. Eltérés mutatkozik egy kipihent orvos és egy fáradt orvos teljesítőképessége között. Mások annak az orvosnak a potenciáljai, aki korszerű eszközökkel felszerelt klinikán dolgozik, modern diagnosztikai, terápiás módszerekkel rendelkezik, mint aki nincs ezek birtokában.⁶¹

d) Az orvos diagnosztikai tévedésit az orvosi szakirodalom főszabály szerint a kockázatvállalás körében tárgyalja.⁶² Dezső László nézete szerint azonban a tévedés nem a kockázat, hanem a gyógyítási hiba körébe tartozik.⁶³

A betegség hibás felismerésében az orvos személyén kívüli objektív, illetőleg az orvos személyében rejlő szubjektív okok egyaránt részt vehetnek. A kockázatvállalás szempontjából a tévedés szubjektív okainak van relevanciája. Az orvosi irodalom szerint ebbe a körbe tartozik az orvos felkészületlensége, hibás kórismézés, a helyes anamnézis helytelen értékelése, rutinvizsgálatok, vagy egyéb vizsgálatok elmulasztása, több betegség jelenléte esetén azok fel nem ismerése.⁶⁴

A diagnosztikus tévedés kialakulásához vezethető szubjektív okok között vannak olyanok is, amelyek felróhatóak az orvosnak, ezeket foglalkozási szabályszegésnek tekinti az orvosi irodalom⁶⁵, melyektől élesen elkülöníti a jóhiszemű diagnosztikai tévedést.

A jóhiszemű diagnosztikai tévedés alatt olyan hiba értendő, amely még a leggondosabb eljárás során is létrejöhet, és annak ellenére keletkezik, hogy az orvos a diagnózis felállítása során a megfelelő jártassággal a tőle elvárható gondosságot tanúsította. Az orvosi szakirodalom szerint az orvos jóhiszemű diagnosztikus tévedéséből eredő

⁶⁰Erdősy: A megengedett kockázat... 102-103.o.

⁶¹Erdősy: A megengedett kockázat... 103.o.

⁶²Többek között: Somogyi – Budavári: i. m. 27- 28. o., Somogyi Endre: Az igazságügyi orvostan alapjai, 148.o.

⁶³Dezső: i. m. 197. o.

⁶⁴Szuchovszky Gyula – Harsányi László: A sebészeti gyakorlat egyes igazságügyi orvostani vonatkozásai. Magyar sebészet, 1962. 307- 308. o.

⁶⁵Lásd: Somogy – Budavári: i. m. 28. o., Dezső: i. m. 277. o. Idézi: Erdősy II. 108.o.

kockázatos orvosi tevékenység azért megengedett, mert az orvos nem szegett foglalkozási szabályt.

Jelentős különbség mutatkozik a jóhiszemű diagnosztikus tévedés orvosi, illetőleg jogi megítélése között. Büntetőjogi szempontból a jóhiszemű diagnosztikus tévedés esetén is foglalkozási szabályt szeghet az orvos, mert ha a tudomány mindenkori állása szerint ismert más vizsgálati eljárást alkalmazott volna, helyesen történt volna adott esetben a diagnózis felállítása.⁶⁶

Erdősy a gyógyítás kockázatának létrejöttére kialakított koncepcióját alapul véve álláspontom szerint a műtéti beavatkozások megengedett kockázata körébe tartozó idegen test testüregben hagyásának objektív okai közül a beteg, illetve a betegség egyediségére példaként hozhatjuk fel a hatalmas vérvesztéssel járó sérüléseket, amelyeknél a műtéti terület gyakran átláthatatlanná válik, melynek következtében nagy mennyiségű törlőkendő igénybevétele szükségeltetik. Ezen műtétek esetében nem lehet teljes bizonyossággal kizárni azt, hogy idegen test maradjon a betegben. Az idegen test testben hagyása nagymértékben függ továbbá a gyógyító tevékenység tárgyi körülményeitől is, melyek közé sorolhatjuk az egészségügyi ellátó intézmények infrastrukturális helyzetének elmaradottságát, a kórházak nem megfelelő műszerezettséggel való ellátását. Véleményem szerint azonban ezekben az esetekben is elkerülhető lenne a megfelelő megelőzési technikák alkalmazásával az, hogy idegen test maradjon a betegben, vagy ha a bennmaradás nem is akadályozható meg, az egészen biztosan, hogy a testben hagyott idegen testet időben észrevegyék és ezáltal elkerülhető legyen a szövődmények, illetőleg az esetleges káros következmények kialakulása.

Az orvos személyében keresendő szubjektív okok közül példaként hozhatjuk fel egy fáradt, kialvatlan, több órája ügyeletet teljesítő orvos teljesítőképességét, melyet illetően nagyobb a hibázás kockázati faktora. A szubjektív okok közül továbbá hozzájárulhatnak az idegen test testben hagyásához az orvos diagnosztikai tévedései, melyek véleményem szerint összefüggésbe hozhatóak a tárgyi körülményekkel, például műszerezettség elavulásából adódó pontatlanság miatt nem tudja felállítani az orvos a pontos diagnózist. Vannak olyan egészségügyi intézmények, melyek olyan korszerűtlen röntgengéppel rendelkeznek, hogy nem mutatják ki, hogy idegen test maradt a beteg testében, így tehát az orvos sem tudja felállítani a helyes diagnózist.

III.4. A műtéti beavatkozások megengedett kockázata

⁶⁶Erdősy: A megengedett kockázat... 104- 105. o.

Az orvosi tevékenység megengedett kockázata közé Erdősy Emil álláspontja szerint az alábbiak tartoznak:

1. új gyógyítási eljárások,
2. egyes műtéti beavatkozások,
3. egyes gyógyszeres kezelések,
4. szervátültetések kockázata.⁶⁷

Az idegen test esetleges testüregben hagyására az operációk alkalmával kerülhet sor.

A műtéti beavatkozás megválasztása esetében az orvos korlátozott döntési szabadsága érvényesül, melynek határait az Eütv. rendelkezései jelölik ki. A műtéti beavatkozás kockázatának viseléséhez a beteg hozzájáruló nyilatkozata szükségeltetik. Abban az esetben, ha az orvos a beteg, vagy hozzátartozója beleegyezését nem kérte ki, illetőleg, ha az érdekelt megtagadta a hozzájárulást a lehetséges műtéti kockázatot az orvos viseli.⁶⁸

A beteget megilleti az önrendelkezési jog, melynek értelmében – főszabályként – a cselekvőképes beteg saját maga dönt arról, hogy az egészségügyi ellátást igénybe kívánja-e venni, vagy sem. Abban az esetben, ha él az igényérvényesítés jogával, megválaszthatja, hogy milyen beavatkozások elvégzéséhez adja hozzájárulását, illetőleg melyeket utasít vissza. Az önrendelkezési jog tehát a kezelésbe történő beleegyezést, vagy visszautasítást foglalja magába a beteg részéről.⁶⁹

A műtéti beavatkozásba történő beleegyezés feltétele, hogy a páciens a beleegyező nyilatkozatot megtévesztéstől, fenyegetéstől, illetőleg kényszertől mentesen tegye meg. A jognyilatkozat érvényességéhez továbbá szükségeltetik még az orvos részéről a beteg megfelelő tájékoztatása, ugyanis az orvos - beteg jogviszonyban a páciens kevesebb információval rendelkezik, mint az orvos. Tehát a felek a jogviszonyban csak abban az esetben lehetnek egymásnak mellérendelt partnerei, ha az egyenlőtlenségek kiküszöbölésére törekszenek.⁷⁰

A beleegyezésnek három formája ismeretes, amelyek a következők: ráutaló magatartással történő, szóbeli, illetve írásbeli beleegyezés. Az ún. invazív beavatkozások - mint például a műtéti beavatkozás - esetében követelmény az írásbeli beleegyezés.⁷¹ Abban az

⁶⁷Erdősy: A megengedett kockázat... 97. o.

⁶⁸Erdősy: A megengedett kockázat... 100. o.

⁶⁹Dósa Ágnes – Hanti Péter – Kovácsy Zsombor: Kommentár az egészségügyi törvényhez, Wolters Kluwer Kft., Budapest, 2016. 49.o.

⁷⁰Dósa – Hanti – Kovácsy: i. m. 50. o.

⁷¹Dósa – Hanti – Kovácsy: i. m. 50. o.

esetben, ha a beteg cselekvőképtelen, a beleegyezés jogát helyette – az alábbi sorrendben – meghatalmazottja, törvényes képviselője, illetve hozzátartozója gyakorolhatja.⁷²

A cselekvőképes beteg önrendelkezési jogának korlátozását jelenti az Eütv. azon rendelkezése, amelynek értelmében nincs szükség a beteg beleegyezésére, ha az mások testi épségét, vagy egészségét súlyosan veszélyezteti, illetőleg ha a beteg közvetlen életveszélyben van, kivéve, ha az életmentő, valamint az életfenntartó kezelés visszautasításának kritériumai fennállnak.⁷³

Abban az esetben, ha egy invazív beavatkozás, például műtét előre nem látható kiterjesztése⁷⁴ szükségeltetik, azaz szélesebb körben kell elvégezni a beavatkozást, mint amit előre terveztek, illetve amihez a beteg előzetesen beleegyező nyilatkozatot tett, akkor két lehetséges megoldás közül kell választani.

Az egyik lehetőség az, hogy a beavatkozást befejezik annak kiterjesztése nélkül, és a beteg tájékoztatását követően, a páciens beleegyezésével egy halasztott időpontban a kiterjesztett beavatkozást elvégzik. Ennek a megoldásnak a hátránya, hogy a páciens számára megterhelést jelent, mert a beteget ismételtelen el kell altatni, illetőleg fel kell tárnai, valamint az idővesztés is hátrányosan befolyásolhatja egészségi állapotát.

A másik megoldás, hogy tovább folytatják a beavatkozást, és kiterjesztik a műtétet a páciens beleegyezése nélkül, amelyre két esetben van lehetőség. Az egyik eset, ha a kiterjesztett beavatkozás elvégzésének elmaradása a betegnek aránytalanul súlyos terhet jelentene. A másik eset alkalmazására sürgős szükség fennállása esetén kerülhet sor, vagyis mikor a páciens egészségi állapota olyan mértékben megváltozna a beavatkozás kiterjesztése nélkül, amelynek következményeként közvetlen életveszélyes állapotba kerülne, illetőleg súlyos, vagy maradandó egészségkárosodás következne be nála, ha nem kapná meg az azonnali egészségügyi ellátást.⁷⁵

IV. Az ún. idegen test probléma orvosi és jogi megítélése

IV.1. Az ún. idegen test probléma orvosi megítélése

1930-ban a Magyar Sebésztársaság nagygyűlésen foglalkozott a műtéti beavatkozások során a testüregben hagyott idegen test eseteiben az orvosi magatartás, valamint az ezzel kapcsolatban felmerülő orvosi felelősség kérdéseivel.

⁷²Dósa – Hanti – Kovácsy: i. m. 54. o.

⁷³1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről (Eütv.) 17.§

⁷⁴Dósa – Hanti – Kovácsy: i. m. 57-58.o.

⁷⁵Dósa – Hanti – Kovácsy: i. m. 58. o.

A Sebészársaság álláspontja szerint a megengedett kockázat körébe tartozónak kell tekinteni abban az esetben, ha az adott intézményben mindent megtettek annak érdekében, hogy megakadályozzák az idegen test testüregben maradását.

Álláspontjuk szerint az idegen test testben maradására biztos módszer nem ismert, így tehát azt nem lehet megakadályozni, de az idegen test testben maradásának esélyét a szakmai, illetőleg tárgyi körülményekhez képest redukálni lehet.⁷⁶

1974-ben a Magyar Sebész Szakmai Kollégium álláspontja értelmében az idegen testek visszahagyásának megelőzésére nincs biztos módszer, ezért nem lehet kötelező megelőzési technikát alkalmazni. A Szakmai Kollégium véleménye szerint az orvos legnagyobb gondosságának tanúsítása mellett is előfordulhat az előre nem várt eredmény, és ez nem tekintendő gondatlanságnak, vagy foglalkozási szabályszegésnek.

Az operációk során az idegen test testüregben maradásának megakadályozása érdekében a kollégium tíz pontban tett javaslatot. Az ajánlásban szerepelt, hogy az adott műtétet végző osztályokon készítsenek írásos szabályzatot a műtéti eszközök számáról, ugyanis az esetleges peres eljárás alkalmával ennek nélkülözése az orvos, vagy az egészségügyi szolgáltató intézmény hátrányosabb helyzetbe kerülhet.⁷⁷

1995-ben a Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége „Kockázat vagy szabályszegés, ha ok nélkül idegen test marad a szervezetben” címmel tartott konferenciát.

A szervezet álláspontja szerint napjainkban nincs olyan ismert módszer, amelyről teljes bizonyossággal megállapítható lenne, hogy az operáció alkalmával ne maradhasson a páciens testében idegen test.

Különféle megelőzési technikák ismeretesek, ebből kifolyólag minden egészségügyi intézménynek, illetőleg orvosi szakágnak az egyéni felelőssége, hogy olyan módszert, illetőleg számolási technikát alkalmazzanak, mely elkerülhetővé teszi az idegen test testüregben hagyását.

Lehetséges az is az idegen test testben maradása esetében, amikor az idegen test megkeresése, illetőleg eltávolítása nagyobb kockázati faktorról jár, mint annak bennhagyása.

⁷⁶Miko V. Műtétkor benmaradt idegen test. Orvosi Hetilap 1954; 43:1165-73. Idézi: Sótónyi Gergely: A testüregben hagyott idegen test megítélése egy nemzetközi felmérés tükrében. http://www.elitmed.hu/upload/pdf/a_testuregben_hagyott_idegen_test_megitelese_egy_nemzetkozi_felmeres_tu_kreben-1214.pdf (2017.04.04.)

⁷⁷Nagy László, Berentey György: Az idegen test okozta műtéti szövődményről. Igazságügyi Szakértő 2003; 2 (2):8. Idézi: Sótónyi Gergely: A testüregben hagyott idegen test megítélése egy nemzetközi felmérés tükrében. http://www.elitmed.hu/upload/pdf/a_testuregben_hagyott_idegen_test_megitelese_egy_nemzetkozi_felmeres_tu_kreben-1214.pdf (2017.04.04.)

Fontos, hogy a bennhagyás tényét rögzíteni kell a műtéti beavatkozások során vezetendő jegyzőkönyvbe, és az esetleges szövődmények elkerülése érdekében az ún. posztoperatív szakban a páciens szoros megfigyelés alá kell helyezni. Kiemelendő továbbá az állásfoglalásban megfogalmazottakkal kapcsolatosan, hogy a páciens tájékoztatni kell, ha a testben idegen test maradt.

Ha a műtéti beavatkozásokat követően az idegen test testüregben hagyásával kapcsolatos gyanú áll fenn, szükségeltetik erről a tényről a beteget tájékoztatni, illetőleg az idegen test eltávolítása érdekében fel kell tární azokat a módszereket, melyek ezt lehetővé teszik.

A műtéti beavatkozás elvégzése előtt a beteg tájékoztatóban meg kell határozni, hogy milyen gyakorlat alkalmazásával, illetőleg szabály követésével célozza meg az egészségügyi intézmény az idegen test testüregben maradásának lehetőségét redukálni.

A bennhagyás ténye akkor nem valósít meg foglalkozási szabályszegést, ha mindent megtettek annak érdekében, hogy bekövetkezését, illetve a nem várt következményeket elkerüljék.

A konferencia összegzéseként megállapítást nyert, hogy a fentebb megfogalmazottak következetes betartásával csökkenthető a műtéti beavatkozások során a testüregben hagyott idegen testek előfordulásának esélye, illetőleg az ezzel összefüggő polgári, valamint büntetőpererek száma.

Arra a kérdésre, hogy az egészségügyi ellátó intézmények a javaslatban megfogalmazottakat mennyiben tették saját rendszabályaik részévé, nem tudjuk meghatározni pontosan, mert nincs hiteles adat.⁷⁸

IV.2. Az ún. idegen test probléma jogi megítélése

A műtéti beavatkozások alkalmával a testüregben hagyott idegen test miatti felelősség kérdése gyakorta tárgya a büntető, illetve polgári pereknek. Az idegen testtel kapcsolatos eljárások azért különlegesek gyakorlati szempontból, mert az adott ügyben eljáró bíróságok sokszor nem fogadták el az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottságának (ETT IB) – a legfőbb szakértői testületnek – szakértői véleményét és azzal ellentétes ítéleteket hoztak.⁷⁹

⁷⁸Sótonyi Gergely: A testüregben hagyott idegen test megítélése egy nemzetközi felmérés tükrében.

http://www.elitmed.hu/upload/pdf/a_testuregben_hagyott_idegen_test_megitelese_egy_nemzetkozi_felmeres_tu_kreben-1214.pdf (2017.04.04.)

⁷⁹Dósa Ágnes: Felelősség az idegen test testüregben maradásáért
<http://www.elitmed.hu/folyoiratok/lam/0305/9.htm> (2017.04.04.)

1. Az első ítélet az idegentest testüregben hagyásának tárgyában a 70-es években született egy súlyosan mozgáskorlátozott, fejlődésbeli elmaradottsággal küzdő ötéves kislány halála miatti büntetőügyben. A történeti tényállás⁸⁰ szerint a kislányon műtéti beavatkozást kellett végrehajtani a fejbiccentő izom megrövidülése miatt. A műtét során érsérülés következett be, erős vérzés kíséretével, melyet gézlapokkal, illetve ún. Spongostan szivacsokkal csillapítottak, ezt követően ellátták az érsérülést. A műtét végeztével a páciensnél láz, nyelési nehézség, illetőleg fulladás jelentkezett. A lány nyakán sipoly jött létre, melyből fonalszálakat tartalmazó genny szivárgott. A beteg állapota egyre inkább romlott, gennyes mellüregi tályog képződött, mellyel huzamosabb ideig kezelték a műtétet végző osztályon. A páciens állapotában nem történt javulás, ezért a műtétet követő másfél évvel később ismételten műtétet hajtottak rajta végre, melynek során feltárták a tályogot. A tályogüregben egy 22X30 cm-es gézlapot találtak, melyet a beavatkozás során eltávolítottak. A beteg az operáció végeztét követően életét veszítette. A boncorvos álláspontja szerint a halál oka a jobb mellkasfélben képződött tályog, az elhúzódó fertőzés, valamint az ismételt operáció miatti megterheltség volt.

Az eljárás során az ETT IB szakértő véleménye szerint a műtétnél használt tárgyak szervezetben hagyása minden eset tekintetében egyedi elbírálás alá kell, hogy essen. Egy neves kölni sebész, Haberer adataira hivatkoztak, mely szerint az általa végzett 3843 műtéti beavatkozásból hat esetben maradt idegen test a beteg testében. Verebély professzorra is hivatkoztak továbbá, aki azon az állásponton volt, hogy nem ismert olyan eljárás, mely biztosan meg tudná akadályozni a bennhagyást.

A fentebb ismertetett ügyben a sérült eret nem tudták kezdetben feltárni a vérzés megszüntetésére egyetlen lehetőség volt, a gézlapokkal, illetve az ún. Spongostan szivacsokkal elállítani a vérzést. Ebből következik, hogy az a tény, hogy egy tampon benmaradt, nem tekinthető foglalkozási szabályszegésnek, hanem a műtéti beavatkozások nem kívánatos szövődményének körébe tartozik. Arra a kérdésre, hogy a műtétet követő másfél évben miért nem vették észre a tünetek alapján a betegben hagyott idegentestet az ETT IB véleménye szerint a röntgenfelvétel nem ad értékelhető képet a géz röntgenárnyékról, a beteg életét pedig veszélyeztette volna az ismételt feltárás.

Az elsőfokú bíróság részben elfogadta az ETT állásfoglalását és pénzbüntetést kiszabva megállapította az orvos büntetőjogi felelősségét, ugyanis álláspontja értelmében nem tett meg mindent az orvos, hogy feltárja és megszüntesse a sipoly okát.

⁸⁰Somogyi Endre: Hibák és tévedések az orvosi gyakorlatban. Medicina. Budapest. 1979. 239.-255o.

A másodfokon eljáró bíróság teljes egészében egyetértett az ETT IB állásfoglalásával és az orvost felmentette a foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés alól.

2. Egy másik, szintén a 70-es évekből származó kártérítési ügyben⁸¹ a páciens bal lábába kisugárzó deréktáji fájdalom miatt fordult kezelőorvosához. Alternatív kezelést hajtottak rajt végre, azonban állapotában nem történt javulás, a bal végtag izomzatának kezdetleges sorvadása következett be, ezért műtéti beavatkozást hajtottak rajta végre, mely során a gerinccsatornába beékelődő porckorongot eltávolították. A műtétet követően a panaszok még inkább súlyosabbak lettek, a bal láb izomzata tovább sorvadt. Ennek következtében az első műtét után 1 évvel ismételt operációt kellett végrehajtani, mely műtét során az SI csigolya tájékán egy gennyet tartalmazó üregben egy vattalapot találtak. Az operáció végeztével a páciens panaszai megszűntek.

Ebben az ügyben az ETT IB ugyanazon állásfoglaláson volt, mint a fentebb ismertetett idegen test tárgyában folytatott büntetőeljárásban, mely állásfoglalás szerint nem ismert olyan eljárás, amely elkerülhetővé tenné teljes bizonyossággal az idegen test testben maradását. Az ismert módszerek közül – mint például az eszközök megszámlálása, jelző fonállal való ellátása, utólagos röntgenellenőrzés alkalmazása – egyik sem teszi lehetővé, hogy ne maradjon a betegben idegen test. A vattalap sebben maradása az állásfoglalás szerint a műtéti beavatkozások megengedett kockázatának körében értékelendő.

Az eljáró járásbíró nem fogadta el az ETT IB véleményét, és megállapította az alperes felelősségét. A bíróság álláspontja szerint nagyobb gondossággal és körültekintéssel – figyelemmel a tárgyi és személyi feltételek meglétére – a vattalap bennmaradása elkerülhető lett volna.

3. A beteg halálához vezető másik büntetőügyben⁸² bélelzáródás miatt műtéti beavatkozást hajtottak végre, mely során a páciens hasüregében maradt egy törlőkendő.

Az ETT IB állásfoglalása szerint a hasüregben hagyott törlőkendő foglalkozási szabályszegésnek akkor tekintendő, ha előidézésében orvos részéről gondatlanság állapítható meg. A szövődmény elkerülésére nincs biztos módszer. A ETT véleménye szerint a következő módszerek alkalmazandóak:

műtéti eszközök számlálása, összefogott, vagy műszerrel megjelölt, illetve szalagokkal megjelölt törlőkendők alkalmazása, fémszállal ellátott kendők alkalmazása, mely nem a

⁸¹Somogyi: i. m 256-266. o.

⁸²Somogyi: i. m. 116-117.o.

bennfelejtés kockázatát redukálja, hanem az idegen test röntgenfelvételen való kimutatását teszi lehetővé, továbbá a hasüreg gondos átvizsgálása.

Az ETT álláspontja szerint egyik módszer sem nyújt teljes biztonságot az idegen test testben maradásnak elkerülésére és ezen módszerek közül a műtéti eszközök számlálása, illetőleg a műszerrel történő jelölés csak ajánlhatóak és nem emelhetőek kötelezettséggé.

Kötelező a hasüreg zárása előtt azt átvizsgálni. Abban az esetben, ha az orvos ezt megtette, nem állapítható meg a foglalkozási szabályszegés.

A bíróság ebben az ügyben is csak részben fogadta el az ETT IB véleményét. A bíróság rendelkezésére álló adatok alapján megállapítást nyert, hogy az operáció során nagytróliót használtak annak jelölése nélkül, illetve annak teljes eltávolítása megtekintéssel nem volt teljes bizonyossággal ellenőrizhető. A rendelkezésre álló elkerülési módszerek valamelyikét kellett volna alkalmazni annak ellenőrzésére, hogy nem maradt-e idegen test a páciens hasüregében. A legegyszerűbb módszer alkalmazása – az eszközök megszámlálása – is célravezető lett volna.

Ebben az ügyben a bíróság megállapította az orvos büntetőjogi felelősségét. Az indokolás szerint a vádlott a gyakorlat által kialakított és adott esetben eredményes módszert nem alkalmazta abból a célból, hogy meggyőződjön arról, hogy nem maradt-e idegen test a betegben, ezzel pedig foglalkozási szabályszegést valósított meg.

4. A Legfelsőbb Bíróság 1995-ben állást foglalt arról, hogy a törlőkendő testüregben hagyása nem tartozik a műtéti beavatkozások megengedett kockázatának körébe. A történeti tényállás⁸³ szerint a páciensen császármetszést hajtottak végre, melynek során testében törlőkendő maradt, mely később mechanikus bélelzáródáshoz vezetett és újabb műtétet kellett elvégezni a törlő eltávolítása céljából.

A törlőkendő eltávolításáról a páciens nem tájékoztatták és nem tüntették fel a zárójelentésen sem.

A beteget még háromszor kellett megműteni a bélelzáródás miatt, ezt követően pedig a műtéti hegek miatt sipoly alakult ki nála.

A bíróság megállapította, hogy mulasztás történt az orvos részéről, amikor bennhagyta a törlőkendőt a beteg hasüregében, illetve akkor is, amikor erről nem tájékoztatta a páciens.

⁸³Legfelsőbb Bíróság Pf. III. 20.511/1995. In: Dósa Ágnes: Felelősség az idegen test testüregben maradásáért. <http://www.elitmed.hu/folyoiratok/lam/0305/9.htm> (2017.04.04.)

Az orvos védekezésében előadta, hogy a törلökendő testben maradása a műtéti beavatkozások megengedett kockázatának körébe tartozik, mert nincs olyan ismert módszer, amely teljes bizonyossággal kizárna az műtéthez használatos eszközök testben maradását.

A Legfelsőbb Bíróság állásfoglalása szerint elkerülhető a törلökendő hasüregben hagyása, ha a műtétnél használt eszközök utólagos számbavétele, illetve a műtéti hely szaksteru ellenőrzése megtörténik. A megelőzést elősegítő biztos módszer hiánya nem eredményezi azt, hogy a káros eredményt a megengedett kockázat, és nem a foglalkozási szabályszegés körében kellene értékelni.

5. Jogerős felmentő ítéletet hozott a bíróság abban az ügyben,⁸⁴ amelyben foglalkozás körében elkövetett gondatlan veszélyeztetés miatt indult büntetőeljárás törلökendő hasüregben hagyásának megalapozott gyanúja miatt.

A páciens 1992. áprilisában vették fel a tüdőosztályra kivizsgálási célból. Nagy mennyiségű véres székletet ürített, hányás lépett fel nála, ezért átszállították a belgyógyászatra. A beteg gyomrában nagy mennyiségű vérzés lépett fel. Lokális öblítést alkalmaztak gyomorszondán keresztül, illetőleg intravénásan gyógyszerek adásával próbálták a vérzést megszüntetni. A beteg nagy mennyiségű vért vesztett, melynek pótlására 200 ml vért kapott, de a vérzést így sem sikerült csillapítani. A vérveszteség következtében a beteget átszállították az intenzív osztályra. Másnap sürgősségi műtétet hajtottak rajta végre a csillapíthatatlanul vérző patkófékély miatt. Miután felnyitották a beteget hatalmas mennyiségű alvadt vér és epe ömlött a hasüregbe, amely rendkívül nagyszámú törلökendő felhasználását tette szükségessé a vérzés megállítása céljából. A műtétet követő néhány nap elteltével a beteg életét veszítette. A sértett halálának oka tályogképződés, májműködési zavar, keringési és légzési elégtelenség volt. Ezen szövődmények kialakulása a páciens hasüregében hagyott törلökendővel hozható okozati összefüggésbe.

A szakértői vélemények szerint a gyomor feltárása után hirtelen nagy mennyiségű vér, illetve epe ömlött a beteg hasüregébe, melynek következtében rengeteg törلökendőt kellett felhasználni az operáció során a vérzés csillapítása érdekében. Nem alakult ki egységes gyakorlat a kórházban a törلökendők számának fejben tartására vonatkozóan, ezért a szakértői állásfoglalások szerint nem lehet egyértelműen megállapítani a foglalkozási szabályszegést.

Az ETT IB is állásfoglalt az ügyben, melynek értelmében a hasi műtétet követően idegen test testüregben hagyása önmagában nem valósít meg foglalkozási szabályszegést.

⁸⁴Szegedi Városi Bíróság 8. Bf. 1576/1993., Csongrád Megyei Bíróság 1. Bf. 574/1994. In: Sándor Judit: Gyógyítás és ítékezés, Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1997. 214-215.o.

A másodfokú bíróság helybenhagyva az elsőfokú bíróság ítéletét rámutatott arra, hogy a hasi műtét alkalmával a törülőkendő hasüregben hagyása önmagában nem elegendő a foglalkozási szabályszegés megállapításához, ehhez az elkövetők részéről további mulasztó magatartásra van szükség. Ezt pedig az adott ügyben kétséget kizáróan nem lehet megállapítani.

Ugyanezen ügy tárgyában a büntetőeljárással párhuzamosan kártérítési eljárásra is sor került, ahol a bíróság szintén nem fogadta el az ETT IB állásfoglalását. Az alperesek védekezésének alapjául éppen az szolgált, hogy felmentő ítélet született az orvosok elleni büntetőeljárásban.

A Szegedi Városi Bíróság ítéletének indokolása⁸⁵ szerint az orvos feladata, hogy kialakítsa azokat az ellenőrzési technikákat, amelyek lehető teszik, hogy az operációk során idegen eszközök, tárgyak maradhassanak a testben. Az orvos ezen kötelezettsége az Eütv. 43.§ (2) bekezdéséből ered, mely a legnagyobb gondosság követelményét fogalmazza meg az orvos tevékenységére vonatkozóan. Az ellenőrzés leginkább célravezető módjának kialakítása az orvosra tartozó feladat, azonban ezt a műtétet végző orvosok, illetőleg a tanúk vallomása alapján egyáltalán nem lehet kivitelezni.

V. Összegzés

Dolgozatomban arra kerestem a választ, hogy az idegen test bennhagyásának ténye önmagában foglalkozási szabályszegésnek tekintendő-e, és ez elegendő az orvos büntetőjogi felelősségre vonásához, vagy pedig a műtéti beavatkozások megengedett kockázatának körébe tartozónak kell tekintenünk. Erre a kérdésre nem válaszolhatunk egyértelmű igennel, vagy nemmel. A probléma forrása az, hogy nem tudjuk taxatív felsorolni, hogy mi minősül az orvosi tevékenységen belül foglalkozási szabálynak. Tehát ha az orvos foglalkozási szabályszegésének gyanúja áll fenn, minden esetben szakértő igénybevétele szükségeltetik annak megállapítása céljából, hogy szakmai szabályt szegett-e az orvos, vagy sem. Abban az esetben, ha megállapítható a szakmai szabályszegés, ez önmagában még nem jelenti azt, hogy az orvost büntetőjogi felelősségre lehet vonni. A felelősség megállapításához a foglalkozási szabályszegésen túlmenően szükségeltetik, hogy a szabályszegés bűnösen történjen, közvetlen veszély, vagy sértő eredmény álljon fenn, továbbá az elkövetési magatartás, vagyis a foglalkozási szabályszegés és a sértő eredmény között álljon fenn okozati összefüggés. Ezen

⁸⁵Szegedi Városi Bíróság 3. Pf. 21. 302/1996, Csongrád Megyei Bíróság 2. Pf. 20.187/1997. In: Dósa Ágnes: Az orvos kártérítési felelőssége, HVG- ORAC Lap- és Könyvkiadó Kft., Budapest, 2010. 338.o.

feltételek fennállását külön - külön is nehéz bizonyítani, a felelősségre vonáshoz azonban a felsoroltak együttes megléte szükségeltetik.

Abban az esetben, ha az orvos tevékenysége megfelel a szakmai szabályoknak, illetőleg a jogszabályoknak, függetlenül attól, hogy bekövetkezett a sértő eredmény – álláspontom szerint az idegen test testben hagyása tárgyában a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés törvényi tényállásán belül szabályozott halál, vagy testi sértés okozása, maradandó fogyatékoság, illetve súlyos egészségromlás okozása jöhet szóba –, az eredményt a megengedett kockázat körébe tatózónak kell tekintenünk. A megengedett kockázat büntethetőséget kizáró ok, tehát ebben a körben fel sem merülhet az orvos büntetőjogi felelőssége. Mivel az idegen test testben hagyására a gyógyító tevékenység során, ezen belül a műtéti beavatkozások alkalmával kerülhet sor, ezért munkám egyik célkitűzése volt az is, hogy komplex képet nyújtsak az orvosi tevékenységről, illetőleg annak megengedett kockázatának fogalmáról, valamint ismérveiről. Továbbá felvázoltam azokat az orvos személyén kívül álló objektív, illetőleg az orvos személyében keresendő szubjektív tényezőket, melyek a gyógyító tevékenység megengedett kockázatának létrejöttében szerepet játszanak, majd a felvázolt sémát az idegen test problematikára vetítve hoztam fel néhány példát, melyek véleményem szerint nagymértékben befolyásolják az idegen test testüregben hagyását.

Dolgozatom zárásaként gyakorlati szemszögből vizsgáltam az idegen test testben hagyása problematikát, melynek megítélésével kapcsolatban gyakran ellentétes az orvosi, illetőleg a jogi felfogás. Az adott ügyben eljáró bíróságok ugyanis sokszor nem fogadták el az Egészségügyi Tudományos Tanács Igazságügyi Bizottságának (ETT IB) – a legfőbb szakértői szerv – állásfoglalását és azzal ellentétes döntéseket hoztak. Az idegen test bennhagyásának orvosi megítéléséről főszabály szerint – az ETT IB álláspontja alapján – azt mondhatjuk, hogy a megengedett kockázat körébe tartozónak tekintik. Nézetük szerint ugyanis nincs olyan eljárás, amely elkerülhetővé tenné teljes bizonyossággal az idegen test testben maradását. Az ismert módszerek – mint például az eszközök megszámlálása, jelző fonallal való ellátása, utólagos röntgenellenőrzés alkalmazása – közül egyik sem teszi lehetővé, hogy ne maradjon a betegben idegen test.

Állásponton szerint sem ismert olyan eljárás, melynek alkalmazása teljes bizonyossággal lehetővé tenné azt, hogy ne maradjon idegen test a páciens szervezetében. Véleményem szerint azonban a kérdés az, ha idegen test marad a betegben, hogy azt még időben felismerjék és meg tudják akadályozni a bennmaradás következtében esetlegesen létrejövő szövödmények kialakulását, legvégső esetben pedig a halál bekövetkezését. A

jövőre vonatkozóan dolgozatom továbbfejlesztéseként, ezért a különféle elkerülési technikákkal szeretnék foglalkozni mind a hazai, mind pedig a nemzetközi szabályozást illetően.

Az idegen test tárgya ügyében hozott bírósági határozatokat vizsgálva azt tapasztaltam, hogy a legtöbb esetben kártérítési eljárásra került sor, melyet az adott egészségügyi intézmény ellen indított a felperes. Elhanyagolható azonban a száma az idegen test testben hagyása tárgyában indított büntetőeljárásoknak. Az idegen testes ügyek esetében a vizsgált bírósági határozatokból arra a következtetésre jutottam, hogy a bírói gyakorlat hajlik arra, hogy kártérítési eljárások során megállapítsa az egészségügyi szolgáltató intézmény, büntetőeljárások alkalmával pedig az orvos felelősségét.