

# Csapdahelyzetek a klinikai orvosok számára a kórházi halálmegállapításban és halottkezelésben

Kereszty Éva Margit dr.

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

A magyarországi halálesetek mintegy 70%-a kórházban következik be, ezért nagy jelentősége van annak, hogy a halálesetek kórházi megállapítása, a halálok orvosi megállapítása, majd a halottkezelés helyesen történjen. A cikk lépésenként bemutatja a klinikai osztályon dolgozóakra háruló feladatokat, illetve azokat a gyakran előforduló hiányosságokat és hibákat, amelyek a későbbiekben hozzátartozói panasz, kifogás tárgyává válhatnak. A jogszabályi háttér ismertetése mellett ezen érzékeny terület különleges etikai és kommunikációs követelményei is ismertetésre kerülnek. Részletesen bemutatjuk a halotti epikrizist és ennek egyes elemeit, mint a halott teljes, komplex kórtörténetének összegzése. A szerző javaslatot tesz a felvetett szempontok szerint az intézményi szabályzatok újrafogalmazására és a helyi szakmai protokollok kialakítására, ami a kórház klinikai, patológiai és adminisztratív egységeire is vonatkozó, minőségbiztosítási és permegelőző funkciót is elláthat. A hibás gyakorlatra felhozott példák a szakértői gyakorlatból és magyar jogesetektől kerültek kiemelésre. *Orv. Hetil.*, 2012, 153, 184–190.

**Kulcsszavak:** kórházi halál, boncolás, halotti epikrizis, halottkezelési protokoll, kórházi gyászolási lehetőségek

## Traps in detection and post-mortem administration of death in the everyday practice of a clinician

70% of the death cases in Hungary occur in hospitals, so there is an extraordinary importance of the correct detection of the death, the medical cause of death and the management of the postmortem process. This article presents the obligations of physicians of clinical wards step-by-step, and the insufficiencies and faults experienced several times leading to complaints and pleas from the relatives. Beyond the legal background the specific needs of medical ethics and communication are also presented. Some elements of the final case-summary (epicrisis of the dead), as the complete and complex case-history are described in details. Author suggests a few points of view for renewing the hospital manuals and creating local professional protocols covering the activities of the clinical wards as well as the pathology and administrative units of the hospital, which protocols may act also as quality assurance and lawsuit prevention instruments. The examples of deficient practice are taken from medical experts' experiences and from Hungarian case-law. *Orv. Hetil.*, 2012, 153, 184–190.

**Keywords:** death in hospital, autopsy, final case summary, cadaveric epicrisis, death management protocol, mourning options in the hospital

(Beérkezett: 2011. november 7.; elfogadva: 2011. november 29.)

### Rövidítések

EbF = Egészségbiztosítási Felügyelet, Eü. tv. = egészségügyi törvény, EU = Európai Unió

Európában és hazánkban is a halálozások döntő többsége kórházban következik be. Becslések (és a statisztikai adatok) szerint a fejlett országokban a halálozás kétharmada intézményi keretek között történik. Megfigyelések szerint a városi lakosság körében magasabb a kórházi halálozás, mivel itt a kórház könnyebben elérhető és a városokban élők jobban eltávolodtak a halállal kapcsolatos hagyományos szokásrendszertől, sokan „félnek” a halálesettől, a halotttól. Emiatt szeretnék magukat távol tartani a konkrét, személyes feladatoktól, és a súlyos, haldokló beteget kórházba szállíttatják meghalni akkor is, amikor ennek nem lenne gyógyító indoka. A halál így a legtöbbször nem a hozzátartozók körében, nem elbúcsúzást követően következik be, a család nem szemtanúja ennek, hanem „ügyintézője” a halálesettel kapcsolatos teendőknél. A halálesetet követően gyakran ezt kompenzálja a betegellátás és halottkezelés számonkérése a kórházon.

Ahogy a beteg ellátásában a kezelő osztály mellett a kórház több diagnosztikai egysége is részt vesz, úgy a halottkezelés és a halottal kapcsolatos döntések is megoszlanak. Ezt részben jogszabályok határozzák meg, részben pedig a kórházi protokollokban, szabályzatokban kell rendezni. Speciális helyzet, hogy a kórház klinikai egységeiben a beteg ellátását és az orvosi-ápolási eszközök kezelését egészségügyi szakszemélyzet, a kórház dolgozói végzik, míg a halottkezelés területén a kegyeleti szolgáltatók (temetkezési vállalat, vállalkozó) nem egészségügyi szakképesítésű munkatársai, elsősorban a halottszállítók használják a kórház infrastruktúráját, a kórház megítélésében az ő munkájuk minősége is megjelenik.

Szakfelügyeleti és szakértői tapasztalatok – benne az EbF által is vizsgált panaszok – alapján néhány „típushiba” fedezhető fel, amely a halálesettel kapcsolatos konfliktusok, perek forrása. A következőkben nemcsak a kórházi halálesetek szakmai és adminisztratív eljárási szabályait, hanem az ezekben rejlő csapdák elkerülésének lehetőségeit foglaljuk össze vázlatosan. Jelen cikk terjedelmét meghaladná az elhunyt még életében tett nyilatkozatai és a hozzátartozók halottal kapcsolatos jogainak, a „halotti betegjogoknak” a taglalása, ezt a közeljövőben önálló munkában mutatjuk be.

A halottakkal kapcsolatos jogszabályok nem időrendben írják elő a feladatokat, hanem az egyes kiemelt jelentőségű döntésekre vonatkozóan határozzák meg a döntéshozatal rendjét, az erre jogosultak és kötelezettek feladatait. Az egyes intézmények szabályzataiban kellene részletezni a folyamat lebonyolítására vonatkozó szabályokat, de az általam megismert szabályzatok zöme csak a jogszabályi előírásokat ismételte, és azokat kiegészítette a kórházi belső halottszállítás rendjével és a holttestek ki- és beszállításának szabályaival.

A halálesetet követően a halottat rövid időn belül eltemetik. Nem kizárt azonban, hogy akár évekkel később merül föl olyan kérdés, amely miatt a dokumentáció ismételt áttekintése szükséges, esetleg azonosító adatokat

keresnek vagy a kiszállító temetkezési intézetre vonatkozó információt kérnek. Az állampolgári jogok országgyűlési biztosa 10 évvel korábbi haláleset ügyében is vizsgálódott, ahol a perinatalis halott temetésével kapcsolatos adatokat csak ekkor – a haláleset miatt kialakult lelki traumájából való teljes gyógyulását követően – kezdte keresni a hozzátartozó [1]. A haláleset észlelését követően a halálmegállapítást végző orvos és az intézmény feladatai a következők:

1. A halált észlelő orvos dönt az újraélesztésről, illetve megállapítja a halál beálltát.
2. A halottkémlést végző orvos a halál megállapítását követően intézkedik a betegazonosító lábcédula kitöltéséről és a holttestre helyezéséről.
3. Az intézmény értesíti a halálesetről a dokumentációban rögzített személyt (általában hozzátartozó).
4. Az osztály, ahol a haláleset történt, elkészíti a halotti leltárt és előkészíti a testet az elszállításra.
5. Az osztály, ahol a haláleset történt, intézkedik a holttest patológiára szállításáról (lehetőleg egy-két órás megfigyelési, illetve kegyeleti időt követően).
6. A halált megállapító orvos tájékozik arról, hogy rendelkezésre áll-e a beteg még életében tett nyilatkozata a halálát követő orvosi beavatkozásokat illetően (anatómiai felajánlás, boncolás mellőzéseinek kérése stb.).
7. A halált megállapító orvos a korábbi orvosi dokumentáció összegyűjtése és értékelése alapján összefoglalja a teljes kórtörténetet. A kórtörténetben feltüntetni a rendelkezésre álló adatokból következtethető vagy megállapítható betegségeket, a halál közvetlen okára és az arra vezető, azt előidéző okra, a halál alapjául szolgáló betegségekre, valamint az egyéb (kísérő) betegségekre vonatkozó feltételezett véleményét. A kezelőorvos a dokumentációt és a kóresetnek a kórtörténet alapján történő megítélését (halotti epikrízis) legkésőbb a halál bekövetkezését követő első munkanapon a patológiára megküldi.
8. Amennyiben a kórelőzmény, körülmények, kezeléssel kapcsolatos aggályok, a hozzátartozó részéről felmerülő kezelési kifogás vagy bármely egyéb rendelkezésre álló adat alapján a rendkívüli halál gyanúja merül föl, az osztály a területileg illetékes rendőrhatalóságnál kezdeményezi a rendkívüli haláleseti eljárást.
9. A halottvizsgálatot végző orvos vagy a kezelőorvos a hozzátartozókkal konzultál a boncolást illetően, amennyiben a boncolás mellőzését kérik, úgy tájékoztatja őket, hogy erre jogilag van-e mód, ha igen, úgy elkészíti és aláírattatja a mellőzést kérő dokumentumot.
10. Az epikrízis és a hozzátartozók kérése (valamint a hatóság döntése) alapján javasolja a boncolást vagy az annak mellőzésével történő temetés engedélyezését.

11. A patológus a teljes kórtörténetet és rendelkezésre álló egészségügyi dokumentációt áttekinti, különös tekintettel arra, hogy a halál oka egyértelműen megállapítható-e, és a kórbonctani vizsgálattól további lényeges megállapítás várható-e. (Ennek során a holttest külső vizsgálatát is elvégezheti és egyéb dokumentumokat is bekérhet.)
12. A patológus javasolja a boncolás elvégzését vagy mellőzését, és a kórdokumentációt a javaslattal együtt felterjeszti az intézmény orvosigazgatójához, illetve ő is észlelhet olyan körülményt, amely miatt kezdeményezi a rendkívüli haláleseti eljárást.
13. Rendkívüli eljárás hiányában az orvosigazgató dönt a mellőzésről. (Tekintettel arra, hogy itt szakmai döntéshozatalról van szó, viszont az egészségügyi intézmény első számú vezetője menedzserigazgató is lehet, aki nem rendelkezik semmiféle egészségügyi szakképesítéssel, és szakmai, etikai felelőssége az egyes betegeket illetően nincs, a törvény eleve az intézmény orvosszakmai vezetőjére ruházza ezt a döntési jogkört.)
14. A kezelőorvos (halottkémlést végző orvos), boncolás esetén a boncolást végző orvos kiállítja a halottvizsgálati bizonyítvány halálokra vonatkozó részét és rendelkezik a temethetőségről. (Ami a boncolást követően a hamvasztásos temetés engedélyezését jelenti, de ez nem jelenti azt, hogy kötelező lenne hamvasztani a testet.) Rendkívüli haláleseti eljárásban az orvosi engedély mellett a rendőrhatalom engedélye szükséges a temetéshez, illetve a hamvasztáshoz. A kezelőorvos a boncoláson részt vesz, kivéve a hatósági eljárást, ahol a hatóság dönti el, hogy jelen lehet-e. A szakértői vélemény kialakításánál tilos jelen lennie.
15. A temetésről gondoskodó személyt az intézmény értesíti a temethetőségről és kiadja számára a temetési engedélyt, a halotthúttal kapcsolatos költségek csak ezt követően, másnapról számíthatók fel.
16. Amennyiben az elhunytak nincs temetésre kötelezett hozzátartozója vagy a kötelezhető személy a temetést vállalni nem tudja, a halál helye szerinti önkormányzat köteles a temetetésről gondoskodni. Ez a köztemetés, amely a szociális ellátások egyik fajtája [2], és amelynek költségei az önkormányzatot terhelik (de később a hagyatékok terhére jogosult az összeg visszatérítésére). Harminc nap áll rendelkezésre a temetésre, ez garantálja, hogy a kórház költségvetését sem terheli meg extrém mértékben a halott tárolása és hűtése. A köztemetés érdekében a kórház (általában a halottak adminisztrációjával foglalkozó egység) keresi meg az önkormányzatot, és ekkor a haláleset bejelentőjeként küldi meg az összes szükséges okiratot a jegyző és az anyakönyvi hivatal részére.
17. Az intézmény patológiai osztálya előkészíti a holttestet az elszállításra. Ennek során a holttest öltöztetése, borotválása, halotti smink elkészítése,

halottkonzerválás, mint egészségügyi intézményben nyújtható kegyeleti szolgáltatások végezhetőek el. A hozzátartozó/temetkezési vállalat számára az intézmény kiadja a halotthoz tartozó leltári tárgyakat, a halottvizsgálati bizonyítványt és egyéb dokumentumokat, illetve az erre felhatalmazott szállítónak – azonosítást követően – a holttestet, amelyet mindkét részről dokumentálni kell. A halottvizsgálati bizonyítvány egy példánya az intézményé, amelyet a halottra vonatkozó orvosi dokumentációval együtt kell archiválni.

18. A halál okára vonatkozó és a halált megelőző orvosi kezelésre vonatkozó adatok a hozzátartozók és örökösök számára megismerhetők, illetve az életbiztosítási szerződések zöme felhatalmazza a biztosítót minden egészségügyi adat megismerésére, kérhetik a boncjegyzőkönyvnek, a halottvizsgálati bizonyítvány másolatának vagy a kórdokumentációnak kiadását. (Ennek feltételeit a halotti betegjogokat bemutató tanulmányban ismertetjük.)

Az eljárás minden fázisában (a klinikus és a patológus eljárása során is) vizsgálni kell, hogy feltárható-e bármilyen törvényi ok, amely a boncolás kötelező esetkörébe vagy a rendkívüli halál kategóriájába sorolja az esetet, mert ekkor haladéktalanul intézkedni kell a hatósági eljárás megindításáról és erről a hozzátartozót (a temetésről gondoskodni kívánó személyt) értesíteni kell. Ugyancsak az eljárás minden fázisában felmerülhet, hogy a hozzátartozó szeretné megtekinteni a holttestet. A legszerencsésebb, ha ez még osztályos körülmények között történik, mert ekkor kevésbé érvényesül a halálesettel kapcsolatos előítéletes diszkomfort, mint azt a patológián lehet tapasztalni. A minimumkövetelményekben előírt halottbemutató helyiség ugyan javított a helyzeten, de az emberek többsége ezt továbbra is eleve nyomasztó, félelmetes közegnek tartja.

A következőkben néhány vitatott vagy problémát jelentő lépést elemzünk. A hibásnak minősített gyakorlati példák az orvosszakértői munka során elemzett konkrét esetekből kerültek kiemelésre, de a vizsgált probléma szempontjából nem alkalmasak statisztikai elemzésre, csak a helyes gyakorlattól való eltérés bemutatására, amely az orvos vagy az egészségügyi intézmény jogi (etikai) felelősségének megállapítására is alapot teremthet.

## A halál észlelése

A kórházban bekövetkező haláleset is lehet váratlan vagy hirtelen halál, egyes ritkább esetekben a mentőszolgálat a halottat viszi be a kórházba a halál okának megállapítása céljából. Az utóbbi két esetben a halál megállapítása lényegében nem tér el az alapellátási ügyeletben végzett halálmegállapítástól azzal, hogy a kórház rendelkezésére álló esetleges korábbi adatok, leletek, zárójelentések is figyelembe veendőek, és ha a beteg ellátása, kivizsgálása megkezdődött, akkor erről

a kórházi szabályok szerinti dokumentációt kell készíteni. Ha a halál oka nem tisztázódott, akkor a kórboncolás kötelező.

A XXI. század orvostechnikai lehetőségei mellett a halál kórházi megállapítása – jogi értelemben – az agyhalál tényének megállapítását jelenti. A jogalkotó csak kivételes esetben teszi kötelezővé az agyhalál kimondását és az ehhez kötelező háromtagú orvosi bizottság eljárását: amikor a halál beálltát egyszerű, hagyományos módszerekkel nem lehet vizsgálni és a laikus környezet számára az orvosi bizottságban történő, részletesen szabályozott eljárásokon alapuló halálmegállapítás jelentheti a szakszerűség garanciáját. Ezzel kiküszöbölhető az a gyanú, amely szerint valaki abban érdekelt, hogy minél hamarabb kimondják a halál bekövetkeztét transzplantációs érdekből, az ellátásra szolgáló eszközök szükségessége miatt, a betegek közötti rangsorolás érdekében vagy költségkímélési céllal.

A napi gyakorlat távol áll attól, hogy közvetlenül az agyhalál megállapítására törekedjünk. A halál megállapításakor az életjelenségek hiányára alapozott kizáró diagnózis felállítására kerül sor. Később – néhány óra elteltével – egyértelművé válnak azok a korai hullajelenségek, amelyek a halál tényét teljesen biztossá teszik.

A halottkémlést és a halotti bizonyítványt Magyarországon az 1876. évi közegészségügyi törvény (XV. fejezet: Eljárás a hullák körül, a temetkezésről és a temetőkről) [3] és ennek végrehajtási rendeletei tették kötelező érvényűvé és részletesen szabályozottá [4]:

*„Minden halott az erre hatóságilag kirendelt személy által megvizsgálendő az iránt, vajon a halál valóban bekövetkezett-e, vajon az illető nem erőszakos halállal vagy nem valamely ragályos járvány folytán múlt-e ki.”*

A halál megállapítása a kezelőorvos feladata. Kezelőorvosnak minősül az Eü. tv. szerint [5] mindegyik orvos, aki a beteg ellátását végzi, abban részt vesz, így a beteg aktuális ellátását vagy diagnosztikai vizsgálatát végző orvos, illetve az osztályos orvos, ügyeleti időben pedig az adott osztályon ügyeletet teljesítő orvos. A halál megállapításakor, illetve a légzés-keringés megszűnésének észlelésekor dönteni kell az újraélesztés megkezdéséről. Ez a „döntés” az esetek jelentős részében az ápolókra hárul, hiszen az osztályon elhelyezett beteghez ők érkeznek először akár riasztás, akár saját észlelésük alapján, és ők kezdik meg az újraélesztést. Fontos, hogy az előre látható esetekben ők is tisztában legyenek azzal, hogy szükséges-e az újraélesztés vagy nem. A gyógyíthatatlan beteg újraélesztése a szakmai szabályok alapján nem kötelező, az Eü. tv. a szakmailag indokolatlan beavatkozások esetében lehetővé teszi ezek „megtagadását” az orvos részéről (és e tekintetben a beteg kívánsága is támogathatja ezt az orvosi döntést).

Az egyik típusos panasz, hogy a halál bekövetkeztét hosszabb időn át nem észlelték, amely panasz nem az újraélesztés elmaradását érinti elsősorban, hanem azt a feltételezést hordozza magában, hogy a beteg ellátása és kezelése során nem tanúsítottak megfelelő figyelmet

a betegnek, ezzel a gyógyulás lehetőségét vették el tőle, állapotának súlyosságát tévesen mérték föl. Az orvosi és az ápolási dokumentáció pontos vezetése segíti, hogy megállapításra kerüljön, mikor észlelték a beteget utójára (éjszakai órákban, csöndben, az ágyban történt halálesetet nem feltétlenül lehet azonnal észlelni), illetve, hogy a kritikus állapotú vagy szoros obszervációt igénylő beteg ellátása kellő intenzitással történt-e.

## Adminisztráció

A haláleset megállapítása ugyan orvosi feladat, de automatikusan megteremti az adminisztratív feladatokat, amelyek a haláleset állami bejegyzéséhez és ellenőrzéséhez kötődnek. A kötelezően alkalmazandó formanyomtatványok közé tartozik a lábcédula felhelyezése. Ez a halott azonosítására szolgál, lemoshatatlan, „átírós” módon tartalmazza a személyazonosító adatokat. Kötelező formája a C.3410-14/B nyomtatványszámú, 90×70 mm-es adatlap, amelyet – a szakmai szabályok szerint – két példányban, egy alsó és egy felső vétagra kell felhelyezni, lehetőleg ellentétes oldalalissal. Nem szabad eltávolítani a holttestről még ideiglenesen sem [6]. A szakértői gyakorlat számos ügyben talált jogszerűtlen vagy helytelen gyakorlatot és kórházi belső szabályozást e kérdésben. Szabálytalan és hibás gyakorlat, ha a patológián a holttestről eltávolítják a lábcédulát és más módon próbálják helyettesíteni (például a hűtő feliratozásával), vagy az előző nap óta beszállított halottak egyik lábcéduláját eltávolítva, ezeket mutatják be a reggeli feladatelosztáskor. A lábcédulát a boncolás során sem szabad eltávolítani. Ugyancsak kifogásolható és hibás gyakorlat, ha a lábcédulán más információk is feltüntetésre kerülnek, mint a személyazonosító adatok, s ezek az információk az egyéb dokumentációs kötelezettséget helyettesítik, mintegy „üzenőfüzetként”. Ilyen például, ha a klinikustól várják el, hogy a lábcédulára írja rá, hogy kell-e boncolni vagy mellőzés lesz, mert a boncmester ennek alapján reggel megkezdi a boncolást, anélkül, hogy ő vagy a patológus ellenőrizné az egyéb dokumentumokat, illetve az elektronikus kórházi dokumentációt. (Ez egyébként a boncolás szükségességével kapcsolatos döntéshozatal rendjét is fölborítja, a halott osztályos elszállítását követően megfogalmazott hozzátartozói kérések teljesítésének lehetőségét gyakorlatilag kizárja.)

A halálmegállapítást követően ki kell tölteni a halottvizsgálati bizonyítványt, ami ugyancsak kötött, hivatalos nyomtatvány (C. 3110-49/V/új nyomtatvány). Első részét a halált megállapító orvos tölti ki, a halálokra vonatkozó szakmai részeket – amennyiben boncolás történik – a patológus feladata kitölteni, a mellőzés esetében ez is a klinikus feladata. Perinatalis halál esetén egy speciális nyomtatvány alkalmazandó, de ekkor csak ezt kell kitölteni. A lábcédula és halottvizsgálati bizonyítvány használata mellett demográfiai, statisztikai, népegészségügyi céllal is történik adatgyűjtés,

amelynek érdekében további két nyomtatvány használata kötelező: „Jegyzőkönyv haláleset bejelentéséről” és „Halálozási lap”. Az első a személyi és lakcím-nyilvántartási rendszer, a második a statisztikai törvény előírásai szerint kötelező. Utóbbi két dokumentumot általában a halottakkal kapcsolatos egyéb adminisztratív feladatokat is ellátó személyek (tehát nem az orvos) tölti ki, és átadja a hozzátartozónak, aki a haláleset bejelentőjének minősül az anyakönyvi eljárásban, ahol ezeket a dokumentumokat és a halottvizsgálati bizonyítványt át kell adni. A mai gyakorlat, hogy a temető meghatalmazása alapján mindezen feladatokat a temetkezési intézet vagy vállalkozó látja el, mivel a hozzátartozónak nincs személyes eljárási kötelezettsége.

Részben adminisztratív, részben szakmai feladatot jelent a hozzátartozó értesítése, illetve a haláleset közlése a hozzátartozókkal. Álláspontom szerint a kritikus állapotú beteg hozzátartozóit tájékoztatni kell a várható halálos kimenetelről, és lehetővé kell tenni, hogy a beteg és szerettei elbúcsúzzanak egymástól, kívánság esetén vallási szokásainak megfelelő egyházi személlyel találkozzon. Az Eü. tv. lehetővé teszi, hogy a súlyos állapotú beteg mellett a hozzátartozó az egészségügyi intézményben tartózkodjon – 11. § (3) bekezdés –, de az esetek zömében értesíteni kell a hozzátartozót. Gyakori panasz, hogy az esti-éjszakai órákban bekövetkezett halál tényét csak reggel közlik, mondván „nem akarták zavarni” az érintettet. Ebben az esetben a haladéktalan tájékoztatás a helyes eljárás, így annak a gyanúja sem merül föl, hogy órák alatt (utólag) megváltoztatták a körülményeket vagy a dokumentációt. Az azonnali közlés nyújt arra esélyt a hozzátartozóknak, hogy a betegágyon vegyenek búcsút a halottól, és ne az üres ágyat találják a legközelebbi látogatáskor, vagy ne a másnapi műszak irányítsa a patológiára. (Ekkor a halál bekövetkeztéről sem tud semmiféle tájékoztatást kapni, hiszen a váltó műszak ápolói és esetleg az orvosok sem voltak jelen, nem tudnak részleteket.) A hozzátartozó értesítéséről a beteg dokumentációjában feljegyzést kell készíteni, gyakorlatilag a dekuszus folytatásaként. A haláleset közlése, a halál „elfogadtatása” szakmai feladat, ami elsődlegesen a kezelőorvos feladata, akinek a szakmai tájékoztatáson kívül ekkor kell tisztáznia a beteg, illetve a hozzátartozók boncolással, transzplantációval kapcsolatos kívánságait, illetve segíteniük kell abban, hogy a halotti adminisztráció további kérdéseit hol intézhetik. A halott értékeinek leltári átadását is érdemes ekkor lebonyolítani, hogy a test elszállítását követően a halottal kapcsolatos tárgyak ne maradjanak az osztályon.

### A hozzátartozókat érintő klinikai feladatok a haláleset követően

Néhány év óta kegyeleti szobák is üzemelnek a kórházakban. A halottól történő elválás, a búcsúztatás, a gyász, a temetkezési szokások népcsoportonként, vallási hova-

tartozástól függően és a családi szokásokra is tekintettel igen eltérőek lehetnek [7]. A kegyeleti szoba eredendően azt célozza, hogy a kórházban elhunytak hozzátartozói ne „zavarják” a többi beteget saját szokásrendszerük gyakorlásával. Ugyanakkor a kegyeleti szoba a kórház kegyeleti szolgáltatásaként helyet adhat az elsődleges búcsúztatásnak, illetve a halálhoz kapcsolódó vallási előírások teljesítésének. Ebben az értelemben a kegyeleti szoba létesítése nem egészségügyi kérdés, nem az egészségügyi ellátással vagy az egészségbiztosítással összefüggő szolgáltatás. Hiba ugyanakkor a kegyeleti szobának ravatalozási funkciót tulajdonítani, hiszen a haláleset közvetlenül követő időszakban, a patológiának történő átadást, illetve a boncolást vagy az erről történő döntést megelőzően kerülhet ide a holttest.

Álláspontom szerint hibás a minimumkövetelményrendszer előírása, amely minden kórházi osztályon kegyeleti szoba létesítését írja elő [8], így ott is, ahol haláleset gyakorlatilag nem fordul elő, és ott is egy ilyen helyiségnek kellene lennie, ahol egyidejűleg több halott elhelyezése is szükséges lehet. Helyesebb lenne, ha a kórházak átalakításával megszüntetésre érett nagy, sokágyas kórtermeket legfeljebb két-három ágyas kórtermek váltanák föl, és a haldokló beteg eleve egyedül lenne (hozzátartozói körben) vagy a haláleset követően a szobatársakat helyeznék más kórterembe, így biztosítva a hozzátartozók búcsúját és a már részletezett osztályos teendők elvégzését. A magyar szabály tehát a kegyeleti szoba tekintetében vitatható, de a gyakorlatban a halott azonnali „eltüntetése” az osztályról nem célszerű és nem javasolható. A kegyeleti szoba nem azonos a patológiai osztály halottbemutató helyiségével, amely a minimumkövetelmény patológiai fejezetében szerepel és műszaki kialakítása az EU forrásaiból megvalósuló fejlesztések esetében is kötelező [9]. A korábbi „kétórás szabály”, amely szerint a holttestet legalább két órán keresztül megfigyelés céljából az osztályon kellett tartani [10], ugyanezt a célt szolgálta, a mai kegyeleti elvárások ennek körülményeit emelték magasabb szintre. A szabály már nincs hatályban, kötelező előírás a halottak leghamarabbi elszállítására nincs. Megítélésem szerint a kórház házirendjében vagy protokolljában kellene erről is rendelkezni, megőrizve a kétórás intervallumot. Ezt követően kerülhet sor a halott áthelyezésére a patológiára, ami azonban nem jelenti azt, hogy a klinikusnak ne lenne további feladata a halálesettel kapcsolatban. Nemcsak az epikrízis megírása, de a hozzátartozókkal történő kommunikáció, klinikai tájékoztatás is az osztály feladata, a patológus e tekintetben nem rendelkezik kompetenciával.

A kórház belső rendje meghatározza, hogy a halotti adminisztráció, a leltár és a tárgyak átvétele hol történik. A hozzátartozók zömének nincs ismerete vagy tapasztalata arról, hogy mi a teendő a haláleset anyakönyvezése, a temetés szervezése stb. során. A klinikai

osztály feladata, hogy tájékoztassa a hozzátartozót a kórház belső ügyintézési rendjéről (ahol általában segíteni tudnak a következő lépések megszervezésében), de tilos „összedolgozni” bármely temetkezési céggel vagy irányítani a hozzátartozókat egyetlen, meghatározott vállalkozó szolgáltatásának igénybevételére.

A klinikus, illetve a klinikai osztály feladata a kórházi belső halottszállítás értesítése és a holttest elszállítása. A test átadásakor még egyszer ellenőrizni kell, hogy a személyazonosító adatok helyesen kerültek-e feltüntetésre az iratokon, a lábcédula felhelyezésre került-e, az értéktárgyak a testről eltávolításra kerültek-e, és leltározásuk megtörtént-e. Számos anomáliát észlelhetünk a belső halottszállítási rendszerek kialakításában, ami ellentétes a temetői törvénybe foglalt előírásokkal vagy azok szellemével (a temetkezési cégek jelenléte és reklámja, illetve burkolt üzleti előnyszerzése a kórházi halottkezelési tevékenység során), de ez nem a klinikai osztály kompetenciája és felelőssége, hanem a kórház menedzsmentjéé.

### Az eset klinikai összefoglalása, lezárása

A klinikus halottal kapcsolatos következő feladata az epikrízis elkészítése és a szakmai alapú javaslattevés a boncolást illetően. A kórházi haláleseteknél jogszabály teszi kötelezővé ennek elkészítését, és egyben keretszabályt ad ennek tartalmára (definiálja a halotti epikrízis fogalmát): „A kezelőorvos a dokumentációt és a kóresetnek a kórtörténet alapján történő megítélését (epikrízis) legkésőbb a halál bekövetkezését követő első munkanapon a kórbonctani vizsgálatot végző intézmény részére megküldi” [6]. A halotti epikrízisre vonatkozóan a következő problémák szoktak fölmerülni:

- A hozzátartozók zárójelentést kérnek az intézménytől, ami nem készül, ezt helyettesíti a halotti epikrízis, de erről nem kapnak tájékoztatást.
- A halotti epikrízis „csak” osztályos zárójelentés, azaz a beteg halála előtt őt kezelő osztályon észlelt elváltozásokat és kezelést tartalmazza, nem pedig a fenti definíciónak megfelelő teljes, komplex kórtörténetet és ennek elemzését. Típusos hiányosság, hogy a beteg intenzív osztályos halálát követően részletes dokumentáció foglalja össze az intenzív kezelés során észlelteket, de nem tartalmaz arra vonatkozó információt, hogy a beteg miért és hogyan került (esetleg más intézményben vagy osztályon) abba a moribund állapotba, amelyen már segíteni nem tudtak.
- Jellegzetes hiányosság, hogy az epikrízis nem tér ki a kezelés során tapasztalt és elhárított vagy elhárítani vélt szövődményekre vagy az általános kezelési elvektől, protokolloktól való tudatos eltérés okára, illetve nem tartalmazza a nem műszeres vizsgálatok tényét és eredményét (a laboreredményeket oldalakon keresztül közlik, de nem írják be, hogy klinikai konzíliumok sora is történt). A hozzátartozói panaszok ál-

talában ezekre az elégtelenségekre alapozzák a „kellő gondosság hiányát”.

- A halotti epikrízis a beteg minden társbetegségére és mellékleteként kezelt állapotára is ki kell térjen, hiszen együttes és kölcsönös hatása a halálhoz vezető folyamat. Az egyéb (nem fődiagnózisként) kezelt betegségek föl nem tüntetése és a patológus boncolás alapján megállapított nagyszámú, részletező diagnózis között látszólagos ellentmondás keletkezhet, mintha a klinikusok „fel sem ismerték volna” az egyéb betegségeket vagy lényegi elváltozásokra tekintet nélkül kezelték volna a beteget.
  - Az epikrízis szakszerű és gondos összeállításával felismerhetővé válnak az egyes kórfolyamatok közötti összefüggések, akár egy balesettel közvetlenül összefüggő szövődményes halál hónapokkal az eredeti baleset után, ami rendkívüli halálnak minősül és mind a boncolás, mind a későbbi biztosítási ügyintézés során jelentőséggel bírhat.
  - A patológus feladata, hogy összevesse a klinikai és a patológiai diagnózisokat, az epikrízisbe foglalt végkövetkeztetéseket és a klinikai adatokat. Ha nem megfelelő az összefoglaló, akkor esetleg emiatt keletkezik az a látszat, hogy a halál oka vagy okai tisztázatlanok, amely miatt kórboncolás vagy hatósági eljárás válhat szükségessé a hozzátartozók más irányú kérelme ellenére is.
  - Hibás az epikrízis (mint ahogy a zárójelentés is), ha az ellátási folyamat minden részletét és bejegyzését „ömlesztve” tartalmazza (kivág-beilleszt módszerrel) egy szerkesztetlen dokumentumban, és így az ellátási folyamat, annak lényeges csomópontjai, fordulatai nem kapnak kellő kiemelését és azt sugallják, hogy a kezelés során az eset összefüggéseinek átlátása, az alarmírozó tünetek felismerése, átfogó kezelési stratégia kialakítása elmaradt.
  - Fontos, hogy az epikrízis kitérjen azokra a körülményekre, panaszokra, konfliktusokra, amelyek a beteg vagy hozzátartozói és az ellátók között felmerültek, és ezekre megfelelően indokolt szakmai választ tartalmazzon (például a hozzátartozó által kezdeményezett külső konzílium és annak eredménye).
- Az epikrízis és a hozzátartozók (mellőzött esetén írásban rögzített) kérése alapján tesz javaslatot a klinikus a boncolást illetően. A dokumentáció áttekintésekor ugyanakkor köteles ellenőrizni, hogy a betegnek vagy a hozzátartozónak volt-e olyan korábbi kérése, nyilatkozata, amely a boncolást, a temetés módját, a holttest anatómiai felajánlását, transzplantációs rendelkezést vagy bármely, a holttest további kezelésével, orvosi és kegyeleti sorsával kapcsolatos teendőt érint. Ha ilyet talál, ezt is fel kell tüntetni az epikrízisben. A mai kórházi informatikai lehetőségek mellett a halotti epikrízis összeállítása nem jelent az átlagost meghaladó adminisztratív terhet.

Rendkívüli halál gyanúja esetében a kórház értesíteni köteles a területileg illetékes rendőrkapitányságot,

ahol közigazgatási vagy büntetőeljárás keretében vizsgálhatják a haláleset körülményeit (az orvosi kezeléssel kapcsolatos halálesetek csak egy csekély részét képezik a rendkívüli halálnak), s a hatóság nemcsak vagy nem elsősorban a halál okát vizsgálja, hanem az oda vezető körülményeket tárja föl [11]. A hatóság értesítése (akár a klinikus, akár a patológus teszi) tehát nem „önfeljelentés”. A hatóság tarthat szemlét az osztályon, ahol a beteget kezelték, kérhet segítséget, tájékoztatást a kezelőorvosoktól. Hatósági vagy igazságügyi boncolás elrendelése esetén ugyanazok a szabályok érvényesülnek, mint amit a korábbiakban részleteztünk, de ekkor semmiképpen nem mellőzhető a boncolás, és a holttest patológiára szállítása a test megőrzése és szakszerű tárolása érdekében történik, a további döntések és eljárás a hatóság és az igazságügyi szakértők kezében vannak. Az intézmény – ezen belül a kezelőorvos – a hatósági boncjegyzőkönyvet az eljárás lezárta után, a rendőrhatalóság erre vonatkozó engedélye alapján kaphatja meg. (Amikor a rendőrség saját eljárását lezárja, akkor nyilatkozik, hogy nem sérti az eljárás érdekeit a jegyzőkönyv kiadása és ezzel mintegy „egyszerű egészségügyi dokumentum” lesz a szakértői boncjegyzőkönyvből.)

## Megbeszélés

A fentiekben bemutattuk, hogy a kórházi halálesetek a klinikai osztálynak és a klinikusnak lényeges feladatot adnak, nem a patológiai osztály kizárólagos dolga a halottakkal kapcsolatos kötelezettségek ellátása. A halottkezelés és az ezzel összefüggő adminisztráció szinte minden lépése rejt olyan buktatókat, amelyek később pereskedés alapjául szolgálhatnak, illetve a kegyeleti jog megsértésének minősülhetnek. A jelen tanulmányban bemutatott folyamat szinte minden elemét jogszabályok is meghatározzák, mégis számos panaszbeadvány, per hivatkozik a halottkezeléssel összefüggő hibákra és – ezen keresztül – a kezelés gondatlanságára is. A sokkoló haláleset, a gyászreakció nagy empátiát igényel az orvostól a hozzátartozók felé, de „veszélyes időszak” a klinikusnak, mivel a hozzátartozó gyászreakcióra jellemző indulatai, a haláleset miatti felelős keresése, saját tehetetlenségének érzése az orvos és a kezelés ellen fordulhat.

Ennek megelőzésére szükséges megismerni a rossz hír és halálhír közlésével kapcsolatos kommunikációs ismereteket, és rugalmasan kell alkalmazkodni az eltérő gyászolási szokásokhoz. Szakmai szempontból a haláleset a beteg teljes, komplex kórtörténetének összefoglalását teszi szükségessé, ami a klinikai és patológiai adatok összevetéséhez, klinikopatológiai következtetések levonásához ad alapot, része a szakmai minőségbiztosításnak, az orvostudomány fejlesztésének. Nem utolsósorban az ellátással kapcsolatos panaszok megválaszolásában, elemzésében, évekkal későbbi újraértékelésében elengedhetetlen megfelelő eset-összefoglaló epikrízis.

Az intézményi halottügy nem egy kórházi osztály vagy egység feladata, hanem az egyes egységek és kórház vezetése közötti folyamatos együttműködést igényel mind szakmai, mind pedig adminisztratív kérdésekben. Az intézmény egészének szintjén szükséges elkészíteni a szabályzatot, amely a halottkezelés jogszabályokon túlmutató helyi szabályozását is tartalmazza, és emellett helyi szakmai protokoll kidolgozása is szükséges az orvosszakmai eljárásrend és követelményrendszer meghatározására, ami a defenzív medicina szempontjait is magában foglalja. A szabályozásnak – természetesen – tartalmaznia kell az e tanulmányban nem érintett patológiai osztályos és általános, nem klinikai halottkezelési szabályokat is.

## Irodalom

- [1] [www.obh.hu/allam/jelentes/200505444.rtf](http://www.obh.hu/allam/jelentes/200505444.rtf) Report on a case OBP 5444/2005 [Jelentés az OBH 5444/2005. számú ügyben.] [Hungarian]
- [2] Act III/1993 for Social Attendance. [A szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény] [Hungarian]
- [3] Act XIV/1876 for Public Health Settlement. [1876. évi XIV. törvény a közegészségügy rendezéséről.] [Hungarian]
- [4] Order 31.025/1876 of the Home Secretary. [1876. évi 31.025. sz. belügyminiszteri rendelet.] [Hungarian]
- [5] Act CLIV. 3. § b/1997 for Health Care. [Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3. § b) pont.] [Hungarian]
- [6] Order 34/1999 (IX. 24.) BM-EüM-IM for implementation of the Act CLIV/1997. [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.] [Hungarian]
- [7] Kereszty, É.: Those who passed away are with us. [Halottak, akik köztünk élnek.] Medicina Press, Budapest, 2006. [Hungarian]
- [8] Order 60/2003. (X. 20.) of the Health Secretary for minimum requirements of health care providers. Appendix 1, General requirements and Appendix 2. Pathology. [ESzCsM-rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről, 1. sz. melléklet „Általános követelmények” és 2. sz. melléklet „Patológia”.] [Hungarian]
- [9] <http://www.eum.hu/archivum/palyazatok/korhaz-mint-muszaki-hospital-as-a-technological-facility>. Architectural and technological requirements for health care facilities established under the National Plan for Development. [A kórház mint műszaki létesítmény. Építészeti és műszaki követelmények a Nemzeti Fejlesztési Terv keretein belül megvalósuló egészségügyi fejlesztések vonatkozásában.] [Hungarian]
- [10] Order 25/1976 (Eü. K. 19.) of the Health Secretary for regulation of the performance of health care institutions. [Az egészségügyi miniszter 25/1976. (Eü. K. 19.) Eü. M. számú utasítása a gyógyító-megelőző ellátás intézményeinek működési szabályzatáról.] [Hungarian]
- [11] Kereszty, É. M.: Duties of the physician in the case of death out-of-hospital. [Orvosi teendők a kórházon kívül bekövetkező halál esetén.] Orv. Hetil., 2011, 152, 1808–1812. [Hungarian]

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