

Tari Gergely

Létezik-e passzív eutanázia Magyarországon – és máshol?

Ahhoz, hogy bármely filozófiai vonatkozású fogalomról, sőt, általában véve bármiről érdemi diskurzusba kezdhessünk, néhány igazán alapvető körülménynek kell teljesülnie. Az első és legfontosabb dolgunk, hogy tisztázzuk a vita tárgyát képező kulcsfogalmakat, hogy a vitapartnerek ne essenek az egymás melletti elbeszélés hibájába. Akad olyan filozófus, aki szerint általában véve *lehetetlen* filozófiai vitát folytatnunk, hiszen „[A]mikor egy filozófus kritikával illet egy másik filozófust, olyan problémákból indul ki és olyan síkon tartózkodik, amelyek különböznek a másiktól, és amelyek megolvasztják a régi fogalmakat, ahogy egy ágyút olvasztanak be, hogy új fegyvert nyerjenek belőle. Soha nem tartózkodunk ugyanazon a síkon.”¹

Az életvégi döntésekkel foglalkozó szakirodalom áttekintése és az eutanázia fogalom évszázados jelentésrétegeinek lecsupaszítása csakugyan hatalmas feladat, ugyanakkor ez több okból is szükséges lehet. A halál és haldoklás témaköre egyszerre rejteget szakmai kihívásokat az orvosnak, biológusnak, jogásznak, filozófusnak, de végső soron – jelen tudásunk szerint – érdeklődésétől függetlenül egyszer mindenki érintetté válik ebben az egzisztenciálisan igen fontos kérdésben. A téma közös nevezőjét a saját halál megélése és az abban gyakran felmerülő önrendelkezés igénye jelenti. Milyen mértékig engedhető szabadjára az egyén akarata az élet végi döntésekkor? A vita nem csak teoretikus, esetünkben fogalomtisztázó és erkölcsi aspektusai miatt, de a praktikus tudás (a jogtudatosság és jogérvényesítés) kiművelése miatt is lényeges lehet.

¹ Deleuze – Guattari 2013, 23.



Fotó: Linnea Sandbakk

A jelen tanulmányban az eutanázia-cselekmények fogalmi tisztázására vállalkozom, bemutatva annak tömör történetét és főbb csoportosítási lehetőségeit. A különféle kategóriák felállításakor a témakör erkölcsi kérdéseire is reflektálok, valamint számba veszem az életvégi döntések magyarországi jogi státuszát. A szövegben végső soron egy szűkebb eutanázia fogalom szükségessége mellett érvelek, amely megkérdőjelezi a „passzív eutanázia” mint önálló kategória létjogosultságát.

Az orvos-beteg kapcsolati modellek megváltozása

Egy 2004-es kutatás szerint a vonatkozó évben az elhunytak 92%-át kórházi kezelésben részesítették a halált kevéssel megelőző időben, és a halálozások 60%-a valamilyen egészségügyi gyógyintézetben következett be.² Ezek a statisztikai adatok vegyes érzéseket kelthetnek bennünk. Egyrészt elfoghat minket egy jóleső elégedettség érzése, hiszen a krónikus és sürgősségi egészségügyi ellátás mára többé-kevésbé általános és könnyen hozzáférhetővé vált. A képet ugyanakkor némiképp árnyalja egy másik szakirodalmi adat, mely szerint a súlyos betegségben szenvedők 70%-a az otthonában szeretné eltölteni élete utolsó időszakát. A két adat közötti disszonancia az elégedettség mellett ezért nyugtalanító is, amit csak fokozhat egy további kutatási eredmény. E szerint a daganatos betegek tájékoztatása igen korlátozott, mivel a páciensek kétharmadát nem tájékoztatják elvárható módon a diagnózis részleteiről, ezért csak az akár több évig elhúzódó kezelés közben válik számukra világossá, mi is a pontos kórisme.³ A teljeskörű tájékoztatásra való igény azonban általánosnak mondható, egy kutatásban a megkérdezettek 92,5%-a lényegesnek tartotta az őszinte kommunikációra épülő orvos-beteg kapcsolatot.⁴ Ebből a

² Jakab 2011, 106.

³ Hegedűs 2001, idézi i.m.

⁴ Csikós 2011, 41.

néhány irodalmi adatról megállapíthatjuk, hogy a kezelés és a saját magunk felett gyakorolt kontroll megtartása az orvosi ellátás egyik legfőbb alapértékének tekinthető. Az ez iránti igény egyetemesnek mondható, ezért ezt minden rendelkezésre álló eszközzel biztosítani kell. Nem volt azonban ez mindig így.

A kölcsönös tiszteletre, a folyamatos tájékoztatásra és a széleskörű önrendelkezésre épülő orvos-beteg kapcsolat etikai normái viszonylag rövid múltra tekintenek vissza. Az orvoslást a XX. század közepéig ugyanis egy atyáskodó (paternalisztikus) viszony uralta, amelyben a beteg saját ellátásának passzív résztvevője, mintegy elszenvetője volt. Az egyik legősibb orvosi etikai rendtartást a híres szofista Gorgiasz (kb. Kr.e. 483-375) tanítványának, Hippokratésznek (Kr.e. 460-377) tulajdonítják. Az esküt olvasva a mai igényeknek kevéssé megfelelő norma- és viszonyrendszer képe bontakozik ki előttünk. A görög klasszikus korban megfogalmazott normatíva szerint a jó orvos alapvetően négy erkölcsi parancs felé elkötelezett. Az orvosi eskü a „Ne árts!” (*primum nil nocere*), a „Segíts!” a „Jogtalanságot ne kövess el!” és a „Titoktartás!” normáit tartalmazza.⁵ Ezek értelmében az orvos számára tilos volt elvégezni minden olyan beavatkozást, amely a beteg orvosi üdvével és egészségének előmozdításával ellentétes. Ebből következően a szöveg kategorikusan tiltotta az orvos halálban való *közvetlen* vagy *közvetett* ténykedését is: „Senkinek sem adok majd mérget, még ha kéri is; sőt még csak ilyen tanácsot sem adok neki.”

A modern biomedicinális etikában a beteg szabadságát korlátozó paternalizmust többségében etikátlan, kerülendő rosszként tartják számon. Ebből adódóan az orvos segítségnyújtása a halál előidézésben a kategorikus tilalom felől egy társadalmi párbeszédet indító kérdéssé formálódott, amelyben alapvető szerepe van a beteg autonómiájának, amit bioetikai alapelvként fogadnak el. Ennek értelmében az „emberek autonóm döntései, illetve tettei nem korlátozhatók, illetve nem akadályozhatók mindaddig, amíg ezek mások autonómiáját nem sértik.”⁶

⁵ Blasszauer 1999, 14.

⁶ Kovács 2006, 100.

Öngyilkosság és erkölcs

A hippokratészi tilalom, amely végső soron az öngyilkosságban való segítségnyújtást, vagy a halál siettetését korlátozza nincs maradéktalanul átfedésben az élet önkéntes befejezésének antik filozófiai megítélésével, mely szerint *a minőségi értelemben véve elértéktelenedett élet feladása morális értelemben nemes cselekedet is lehet.* Az ókori görög és római társadalmakban is előfordult az erkölcsileg elfogadott, olykor támogatott öngyilkosság, amit a modern élettől sem idegen problémák szerveztek: a súlyos megszegyenülés, egy szeretett személye elvesztése, a biztos halál tudata. A rómaiak négy fő indikációból helyeselték az öngyilkosságot: katonai vereség után (hogy ne csorbuljon a tekintély), a kivégzés okozta szégyen elkerülésére, egy betegség okozta szenvedés és fájdalom megszüntetésére, végül a férj/úr iránti lojalitás miatt.⁷

A 20-21. század eutanázia vitáitól a morálisan elfogadott görög-római öngyilkossági indikációk felhasználása nem idegen. Az élet értékességét és az élet feletti önrendelkezés kérdését két megközelítéssel vizsgálhatjuk. Az eutanázia fogalma felé vezető úton az emberölés filozófiai reflexiójához kötődő két rivális doktrínával kell megismerkednünk: az egyik az *emberi élet szentsége*, a másik az életminőség elve.

Előbbi a zsidó-keresztény kultúrkörben örvendő széles körű népszerűségnek. Az élet szentségének elvét követve tilos kioltani olyan valaki életét, aki „ártalmatlan”, tehát nem jelent veszélyt másokra. A korai kereszténység pacifizmusa, Jézus tanításaihoz hűen, az ölés minden típusát elítélte. Később Augustinus (354-430) tanításaival a kategorikus öléstilalom lazulni kezdett, ugyanis Szent Ágoston szerint igazságos háborúban az emberi élet kioltása erkölcsileg elfogadható. A kereszténység öléssel kapcsolatos attitűdje néhány évszázaddal később, Aquinói Szent Tamás (1225-1274) elmékedéseiben jutott el az „Ártatlant szándékosan ne ölj!” doktrínájához, mely kizárta mind az öngyilkosságot, mind a segítségnyújtást a halálhoz

⁷ Bánfalvi 2013, 91.

(akár közvetlen, akár közvetett módon).⁸ Mindent összevetve az élet szentségének elve alapján az élet önmagából adódóan abszolút értéket hordoz, éppen ezért annak bármilyen mértékű szándékos megrövidítése erkölcsileg elfogadhatatlan.

A fentiekkel ellentétes doktrína az életminőség elve. E sztoikus filozófiában is fellelhető koncepció szerint az élet önmagában nem rendelkezik morális töltettel, azt kizárólag a megtapasztalt élmények teszik értékessé, vagy éppen értéktelenné. Ennek értelmében, ha egy ember életében túlsúlyba kerül a lelki-fizikai szenvedés, az életből való kilépés elfogadható. Számos keleti vallás (konfucianizmus, sintoizmus, buddhizmus) az életminőségen alapuló morális megfontolások miatt megengedő a gyógyíthatatlan betegek öngyilkosságával kapcsolatban.⁹

Az öngyilkosság kortárs megítélése – többek között az élet önértékként való tételezése miatt is – meglehetősen egyoldalú, ez alól azonban gyakran kivételt képeznek a gyógyíthatatlan, végstádiumú betegek öngyilkossági cselekedetei. Az élet mint önérték elfogadásának és a bővülő orvosi tudásnak köszönhetően az öngyilkosság feletti medicinális kontroll széleskörű támogatást élvez, amely szélsőségesen irracionálisként és nem utolsó sorban immorális keretek között értelmezi a halálhoz kapcsolódó autonóm döntéseket.¹⁰ A saját halál időzítésének medikalizációjában azonban mégis helyet kapnak azok a mozgalmak, amelyek az önrendelkezés érvényesítését tűzik zászlajukra. Ezt jól igazolják azok a biopolitikai megnyilvánulások is, amelyek még az erősen megosztott társadalmakban is a halál feletti kontroll elfogadtatásán fáradoznak. Az elmúlt két évben számos állam enyhített eutanázia-politikáján: 2014-ben az USA ötödik államaként Új-Mexikó is engedélyezte az „asszisztált öngyilkossághoz” való jogot; 2014-ben Quebec tartomány, majd a Kanadai Legfelsőbb Bíróság rendelkezése szerint 2015-től az egész ország területén hozzáférhetővé tette az „asszisztált öngyilkosságot”. Ugyancsak 2015-ben hasonlóan járt el Kolumbia és Dél-Afrika kormánya, végül legutóbb, 2016-ban Kalifornia Állam ismerte el a halálba segítés fenti módját. Magyarország

⁸ Kovács 2006, 402.

⁹ Rachels 1986, idézi Kovács 2006, 403.

¹⁰ Bánfalvi 2013, 93.

egészségügyi törvényéhez hasonlóan *a világ legtöbb országában azonban a halálhoz való segítségnyújtás minden formája szigorúan tilos*. Az olvasóban joggal merülhet fel a kérdés, hogy a tilalom valóban csírájában elfojtja-e az élet vége feletti önrendelkezést, s hogy mégis milyen garanciái maradnak az autonómia tiszteletének? Ahhoz, hogy ezt a kérdést megválaszolhassuk, tisztázásra szorul, mit jelent az eutanázia, tehát végső soron mi is az, ami tiltott.

Az eutanázia fogalmi nehézségei

Az életvégi döntések morális megítélésében fontos szerepet kap a fogalmi zűrzavar, mely a terminológiát uralja. Nem mindegy ugyanis, hogy az eutanáziával kapcsolatos társadalmi attitűdök vizsgálatakor a közösség, vagy egy kutatás alanyai miről is formálnak véleményt, az eutanáziát tiltó törvények mely cselekményeket kívánják szabályozni. A következőkben számba veszem az életvégi döntések főbb típusait a klasszikus csoportosítási elveknek megfelelően, (1) az önkéntesség módja szerint, (2) a végrehajtás módja szerint, valamint (3) a halálra irányuló szándékosság fényében.

Az önkéntesség módja szerinti csoportosítás

Az egyik legalapvetőbb klasszifikációs szempontot a beteg részéről adott tájékozott beleegyezés elve (*informed consent*) szervezi. Az életvégi döntések szempontjából ugyanis kardinális, hogy végső soron ki az, aki a halálra irányuló döntést meghozza. A tájékozott beleegyezés doktrínája, akár csak a partneri orvos-beteg kapcsolati modellt, viszonylag rövid múltra tekint vissza. Mára azonban elfogadottá vált a betegek – bizonyos korlátok közé zárt – terápiás autonómiája, mely szerint bármely tervezett orvosi beavatkozás előtt szükséges elnyerni a beteg ré-

széről adott, kényszerből mentes, informált felhatalmazást.¹¹ Az életvégi döntések esetében ez azért jelentős, mert az elv mozgásteret hagy a páciensnek, így az orvosi előnyök és hátrányok mellett a betegnek lehetősége van személyes értékpreferenciái figyelembevételével döntést hozni egy – akár életmentő, vagy életfenntartó – kezelés megkezdéséről, vagy befejezéséről. A tájékozott beleegyezés doktrínája tehát az ember döntési szabadságának garanciája, amelynek nélkülözhetetlen eleme a terápia részleteiről adott orvosi tájékoztatás, amely a beteg iskolázottságának, aktuális mentális állapotának figyelembevételével történik. Hogy mit jelent általában véve az autonómia, az alábbi szövegrész maradéktalanul összefoglalja:

Azt kívánom, hogy életem és döntéseim tőlem függjenek, s ne külső erőktől, bár-mifélek legyenek is azok. Azt kívánom, hogy saját akaratom eszköze legyek, és ne másoké. Azt kívánom, hogy alany legyek, s ne tárgy; hogy saját indítékaim, tudatos céljaim mozgassanak, s ne okok, amelyek kívülről csak hatnak rám. Azt kívánom, hogy valaki legyek, s ne akárki; cselekvő, aki dönt, s nem az, aki helyett mások döntenek, olyan, aki magát irányítja, s nem a külső természet vagy más ember által irányított... Mindenekfelett pedig azt kívánom, hogy tudatában legyek annak, hogy gondolkodó, akaró, tevékeny lény vagyok, aki felelős saját döntéseiért, s azokat indokolni képes elveire és céljaira való hivatkozással.¹²

A terápiás döntések szempontjából morális értelemben tehát lényegi, hogy a beteg az elhangzott orvosi információk és saját értékrendje mentén ezeket mérlegelhesse, majd a számára legkívánatosabb opciót választhassa. Az autonómia határai az életvégi döntések fényében azonban korántsem annyira egyértelműek. Akkor is garantálni kell a beteg terápiás szabadságát, amennyiben az általa elutasított kezelés orvosilag hasznos volna? Hogyan kellene kezelni az életfenntartó kezelésekről való lemondást? Az orvosi etika klasszikus problémája körvonalazódik az előző kérdések mérlegelése kapcsán: melyik alapelv érvényesülése fontosabb, a beteg orvosi hasznát előtérbe helyező „ne árts” és a „jótékonyság” elvei, avagy a beteg személyes érdekeit képviselő elv, az autonómia tisztelete?

¹¹ Kovács 2006, 130.

¹² Berlin 1969, idézi i.m. 131.

Az életvégi döntések szabadságáról szóló vita abban az esetben véget is ér, ha az előző kérdésre az orvosi szakma életvédelmi kötelezettségét favorizáló tradicionális elveket választjuk. Érdemes azonban továbbgondolni azt a forgatókönyvet is, mely az autonómia érvényesülésének tulajdonít nagyobb jelentőséget. Az életvégi döntések fényében e szerint három fő kategóriát különböztethetünk meg: (1) önkéntes, (2) nem-önkéntes és (3) kényszer eutanáziát.

Erkölcsei értelemben az önkéntes eutanázia tekinthető a legkevésbé problematikusnak, hiszen ebben az esetben a beteg autonóm döntése érvényesül, az ő kérését figyelembe véve történik az eutanázia. Az önkéntesség módjait vizsgálva az életvégi döntések ezen típusa élvezi a legáltalánosabb elfogadottságot.¹³

A *nem-önkéntes eutanázia* morális tekintetben sokkal problematikusabb, hiszen ekkor a beteg értékpreferenciái többségében nem első kézből származnak, hanem azokat valaki más, leggyakrabban a legközelebbi hozzátartozók értelmezik. Tipikusan azok a döntési helyzetek tartoznak ebbe a kategóriába, amikor a beteg nem képes kommunikációra, például tartós kómatózus állapotban van.¹⁴

Etikailag a legkevésbé védhető, sőt, védhetetlen az úgynevezett *kényszer-eutanázia*, amikor a kommunikációs és belátási képességei birtokában lévő beteget az orvosok kihagyják a terápiás döntésből, vagy éppen tiltakozása ellenére részesítik az eutanázia valamely formájában.¹⁵

Összességében élet és halál kérdésében a morálisan legkevésbé kifogásolható döntés meghozatalának két alapfeltétele van. Elsőként, hogy *a halálra irányuló döntést a beteg személynek magának kell meghoznia*. Másodsor pedig, hogy *a terápiás döntésnek a tájékozott beleegyezés elvén kell alapulnia*, hiszen önrendelkezni kizárólag a releváns információk birtokában lehetséges. Minden egyéb esetben bizonytalanság szövöi át a beteg autonóm akarátát. A szervtranszplantációval összefüggésben egy 1989-es kutatás jól megvilágítja a terápiás döntések önkéntességével kapcsolatos morális nehézségeket. A kutatásban résztvevőket arról kérdezték, hogyan

¹³ Kovács 2006, 404.

¹⁴ I.m.

¹⁵ I.m.

rendelkeznének szerveikkel haláluk után. A megkérdezettek 45%-a támogatta a transzplantációs célú donorgondozás megkezdését, azonban ez az arány 85%-ra emelkedett, ha valamely hozzátartozóval kapcsolatban kellett döntést hozniuk.¹⁶ A rendelkezésre álló donorszervek száma tehát áthelyezett döntéshozatal esetén emelkedhet, ami ösztársadalmilag előnyös, ugyanakkor a hozzátartozók döntési helyzetbe hozásával fennáll a veszélye, hogy valaki akarata ellenére válik, vagy éppen nem válik szervdonorrá. Ez a bizonytalanság pedig etikailag elfogadhatatlan. A beteg autonómiája ehhez hasonlóan ugyancsak veszélybe kerülhet az olyan életvégi döntési szituációkban, amikor egy hozzátartozó kísérel meg értelmezni a beteg viszonyulását egy fennálló létállapot, például egy irreverzibilis kóma, vagy perzisztens vegetatív állapot esetén.

A végrehajtás módja szerinti csoportosítás

Az eutanázia közismertebb csoportosítása a végrehajtás módja szerint történik. Ebben az értelemben az eutanázia-irodalom megkülönböztet *aktív* és *passzív* eutanáziát. Az *aktív eutanázia* az orvos szándékos cselekedetét jelöli, amellyel a – többségében terminális állapotú – beteg életét tevételesen kioltja. Ebben az esetben a beteg életének megrövidítése valamilyen intravénás méreggel azonnal megtörténik. Amikor az eutanáziával kapcsolatos társadalmi vita időről-időre felélénkül, általában véve a kegyes halál tárgyalt formája kerül a vita célkeresztjébe. Ennél azonban sokkal gyakoribb és összességében véve nagyobb orvos szakmai támogatottságot élvez az úgynevezett *passzív eutanázia*, amely során az orvos nem kezd el, vagy beszüntet valamilyen orvosilag hasznos terápiát, amely a beteg életét meghosszabbítaná.

Mint azt korábban kiemelttem, a tradicionális orvosi etika kategorikusan tiltotta a szándékosan ártalmat okozó orvosi ténykedéseket. A *passzív eutanázia* azonban számos esetben elfogadott volt a beteg autonómiáját népszerűsítő mozgalmakat

¹⁶ Veatch 1989, idézi Kovács 2006, 485-486.

megelőzően is. Abban az esetben, ha a beteg ellátása heroikus erőfeszítéseket igényelne, ami valószínűsíthetően csak a szenvedést nyújtaná el, etikailag elfogadható volt a kezelése el nem kezdése, vagy befejezése. A *passzív eutanázia* fogalma körül zajló vita egyik régóta tárgyalt problémájához vezet minket a beteg életfenntartó kezeléséről való lemondás. Számos gondolkodó ugyanis az ilyen döntéseket nem tekinti „valódi” eutanáziának. Érvelésük szerint az ilyen esetekben a halál beállta nem az orvos felelőssége, hanem a gyógyíthatatlan betegségé, amely felett az orvos önhibáján kívül nem képes úrrá lenni.¹⁷ Kérdéses azonban, hogy valóban eutanáziáról beszélünk-e azokban az esetekben, amikor a betegség megállíthatatlanul a halál felé vezet, és az orvostudomány mindenkori állása szerint nem áll rendelkezésre olyan terápia, mely minőségi értelemben véve *orvosi haszonnal* jár. A következőkben az ilyen terápiás döntéseket elemzem, amelyek kétségkívül nem csak orvos szakmai, hanem morális töltettel is bírnak.

Orvosilag hasznos és haszontalan terápiák

Az életfenntartó vagy életmentő kezelésekről való lemondás egyik leggyakoribb oka, hogy ezek a terápiás formák nem szolgálják tovább a *beteg érdekét*, tehát biomedikális értelemben véve *haszontalanok*. Ahhoz azonban, hogy értelmezni tudjuk a „beteg érdeke” fogalmát, szélesebb spektrumban kell vizsgálódnunk, ugyanis az *eredményes kezelés* mást jelenthet a beteg és mást az orvos számára. Az egyes orvosi terápiák, mint például az újraélesztés, transzfúzió, antibiotikum-kúra, stb. értéktanilag alapvetően semlegesek. Megítélésük nagyban függ a beteg személyétől, vágyaitól, a kezeléssel és a betegségével kapcsolatos attitűdöktől. Az előzőekhez fűződő személyes értékvalasztások mellett azonban nem elhanyagolható a makrokörnyezet sem, a társadalom értékformáló ereje, mely kvázi konszenzuális módon önértékként határozza meg az egészséget és az életet. Kétségkívül igaz ez a medicinára is, mely esszenciális értékként tekint az életre, princípiumként a

¹⁷ Kovács 2006, 414.

„jótékonyság” és a „ne árts” elveire. Az erkölcsi probléma azokban a helyzetekben adódik, ha a beteg nem azonosul az étellel mint önértékkel, és személyes érdeke (pl. tevékeny, aktív életmód) eltér a biomedikális (életfenntartó) érdekektől. Könnyen lehet ugyanis, hogy egy páciens részére ugyan biztosítható olyan kezelésmódo, mely élethosszabbítót, ezáltal orvosi értelemben véve hasznos, ennek ellenére a beteg akár élete feláldozása árán sem egyezik bele annak megkezdésébe vagy fenntartásába. Ezt figyelmen kívül hagyni elfogadhatatlanul paternalisztikus, így összeférhetetlen a modern szemléletű orvosi ellátás éthoszával.

A példa kedvéért képzeljük el K. urat, aki 52 éves, házas és két gyermek édesapja. Fiatalkorától kezdve aktív életmódot folytat, az erdő szerelmese, és családjával is rendszeresen tesznek hosszú sétákat a Budai hegyekben. K. úr egy nap súlyos autóbalesetet szenved a hazafelé vezető úton, ami miatt súlyosan roncsolódik mindkét lába. Orvosai kilátásba helyezik az alsó végtagok amputációját, amiről tájékoztatják K. urat, ő azonban megtagadná a beavatkozást. Külső szemlélőként talán nehéz belátni, hogyan képes valaki az étellel ilyen ellentétes döntés meghozatalára. Erkölcsi értelemben véve azonban igen fontos kérdés, hogy csak amiatt, mert *irracionálisnak tartjuk* K. úr döntését, ehhez szükségszerűen társul-e negatív morális ítélet? Úgy gondolom, csak azért, mert valamit ésszerűtlennek gondolunk, erkölcsi értelemben véve nem kerülünk abba a pozícióba, ami feljogosítana a beteg önrendelkezésének elvitatására.

Jakab Tibor a hasznos és haszontalan kezelés elemzésekor Loewy alapján kiemeli, hogy egy orvosi terápia elkezdését alapvetően két feltevés előzi meg. Előszörként egy *technikai jellegű*, mely feltételezi, hogy a „választott kezelésnek ésszerű technikai esélye van arra, hogy eredményre vezet.”¹⁸ Ez egy biomedikális kérdés, melyre a szakma hivatott válaszolni. Másodszor azonban számba kell venni, hogy „a beteg szempontjából a beteg – saját maga által meghatározott céljaival (autonómiajával) összhangban – valamilyen kívánatos, de legalábbis elviselhető állapotot idéz elő.”¹⁹ Ezt azonban kizárólag a beteg hivatott eldönteni, ami ismét csak meg-

¹⁸ Jakab 2011, 113.

¹⁹ I.m.

erősíti, milyen kulcsfontosságú, hogy a beteg saját értékrendjéből kiindulva aktív módon közreműködjön a kezelésekkel kapcsolatos döntésekben.

A passzív eutanázia etikai és jogi megítélése Magyarországon

Milyen választási lehetőségei vannak a gyógyíthatatlan, netán terminális állapotban lévő betegeknek Magyarországon? A Magyar Orvosi Kamara (MOK) 2011-es állásfoglalása szerint kirívóan súlyos etikai vétségnek tekinti mind az *aktív*, mind a *passzív eutanáziát*. A végstádiumú, terminális állapotban lévő betegek számára azonban az 1997. évi CLIV. Egészségügyi Törvény egy speciális jogot biztosít. „20.§ (3) A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan.” Az eutanázia fentebb ismertetett típusait áttekintve elbizonytalanodhatunk: mégis van lehetőség önkéntes-passzív eutanáziára Magyarországon? A kérdésre az első kézenfekvő válasz egy határozott igen lehet, hiszen ha egy végstádiumú rákos betegnek van lehetősége elutasítani bármilyen életfenntartó vagy életmentő terápiát, amelynek következménye a páciens halála lesz, az csakugyan tartalmazza az eutanázia fentebb hivatkozott, lényegi kritériumait.

Én azonban azt gondolom, az ok-okozatiság önmagában véve nem kielégítő ahhoz, hogy a kezelés visszautasításához való jogot az eutanáziával azonosítsuk. Koncepcióm kifejtéséhez ismét hasznos mankót nyújt a MOK érvelése, amely két lépcsőben ismerteti az eutanázia negatív definícióit:

(1) Nem eutanázia, ha a beteg kellő felvilágosítás után – a jogszabályokban rögzített feltételek mellett – életfenntartó kezelést utasít vissza, mert így a halál a betegség természetes lefolyása következtében jön létre. (2) Nem eutanázia, ha a betegség végstádiumába jutott szenvedő betegnek a legkisebb, de hatékony dózisz kábítószer adjuk, és a szenvedés fokozódása esetén a dózist fokozatosan, akár olyan mérték-

ben növeljük, ami a halál bekövetkezésének idejét vélhetőleg előbbre hozza, mert kötelességünk a szenvedés enyhítése, és célunk nem a beteg halálának előidézése.²⁰

Direkt és indirekt eutanázia

Az előbbi állásfoglalás elvezetett minket az életvégi döntések harmadik csoportosítási módjához, amely a halál beálltát a *szándékosság alapján* rendszerezi. A *direkt*, vagy közvetlen forma esetén az orvos szándékosan közreműködik a beteg halálában, míg az *indirekt* vagy közvetett eutanázia esetén a beteg halála csak egy előre látott, azonban nem szándékolt mellékhatása az orvosi tevékenységnek.

A MOK negatív definíciói mögött meghúzódó érv központi eleme, hogy az eutanázia életkioltó eseményéhez a halálokozás szándékának is társulnia kell. Bár Magyarországon sokak szerint a kezelés visszautasításához való jog lényegében a *passzív eutanáziának* megfeleltethető, ez mégsem igaz. Az állítást Jakab alapján két élethelyzet bemutatásával igyekszem megcáfolni. Az első esetben egy terminális állapotú páciens számára még rendelkezésre áll orvosi értelemben véve *hasznos kezelés*, azonban ezt morális megfontolásból az orvosok nem biztosítják a számára, és a beteget nem vonják be a kezeléssel szülő döntéshozatalba, minek következtében rövidesen elhalálozik. Ezt az élethelyzetet szokás klasszikusan a *nem-önkéntes passzív eutanázia* kategóriába sorolni, azonban itt nem másról van szó, mint a beteg autonómiájának megsértéséről, illetve az önrendelkezéshez és az egészségügyi ellátáshoz való betegjogok indokolatlan korlátozásáról.²¹ Amennyiben az orvos bármilyen élethosszabbító terápiát a beteg tájékoztatása és beleegyezése nélkül egyoldalú elhatározásából mellőz, nem eutanáziáról, hanem súlyos szakmai és etikai mulasztásról beszélünk.

A második helyzetben egy terminális állapotú beteg számára orvosai feljárnak valamilyen orvosilag *hasznos kezelést*, mely legalábbis meghosszabbíthatná

²⁰ Magya Orvosi Kamara 2011, 2.

²¹ Jakab 2011, 115.

az életét, ezt azonban a beteg elutasítja, majd elhalálozik. Ebben az esetben a hagyományos klasszifikáció szerint az önkéntes-passzív eutanázia esete állna fenn. Álláspontom szerint ez azonban téves feltételezés. A konkrét esetben ugyanis az orvos keze meg van kötve, hiszen tiszteletben kell tartania a páciens törvény adta jogait, mely kiterjed az életmentő és fenntartó kezelések elutasítására is. Az ellátók sem közvetlenül, sem közvetve nem hozhatók összefüggésbe a beteg halálával, tehát mindent összevetve önkéntes-passzív eutanáziáról nem beszélhetünk, csupán az életvégi jogok értelmében vett önrendelkezésről, etikai síkon pedig a beteg autonómiájának tiszteletben tartásáról.²²

„A kettős hatás elve” és az indirekt eutanázia

Az eutanáziáról folyó társadalmi vita egyik döntő kérdése, hogy az orvosi hivatással összeegyeztethető-e a beteg halálának *direkt* vagy *indirekt* elősegítése, azonban fel kell ismernünk, hogy a klinikumban szükségszerűen jelen vannak azok a terápiás döntések, amelyek az egyes betegek kuratív (gyógyító) ellátásának megszüntetésére irányulnak. Az olyan döntéseket, ahol az orvosi team látszólag *lemond* a beteg gyógyításáról nem szabad összekevernünk az eutanázia-cselekményekkel. A medicina mindenkori eszköztára ugyanis véges, és bár egyre gyarapszik azoknak a betegségeknek a száma, amelyek kialakulásáról és gyógyításáról biztos tudásunk van, az orvostudomány nem mindenható és valószínűleg sosem lesz az.

Az eutanázia pozitív definícióját meghatározni rendkívül nehéz, viszont abban biztosak lehetünk, hogy mi nem számít eutanáziának. Álláspontom szerint a negatív definíció szervezőelve a *szándékban* rejlik, következésképpen téves az eutanázia fogalmköréhez sorolni azokat a cselekményeket, amelyeknek a következménye *nem szándékolt*. Eképpen nem eutanázia, ha az orvos egy ritka bakteriális fertőzésben szenvedő beteg számára eszközhiány miatt nem biztosítja a szükséges antibiotikum kúrát. Tévesen azonban eutanázia eseményként modellezhetjük a fenti

²² I.m.

helyzetet, hiszen az orvos elmulasztott lefolytatni egy orvosilag hasznos kezelést, melyből a beteg közvetett (*indirekt*) halála származott.

A morális felelősség kérdése ezért az olyan életvégi szituációkban, melyben a halál *nem szándékolt*, csak előre látott esemény, legalábbis megkérdőjelezhető. Ezt a bizonytalanságot egy további példával szeretném érzékeltetni. A végstádiumú daganatos betegek gyakran elviselhetetlen fájdalomról számolnak be. A palliáció (fájdalomcsillapítás) az orvosi alapellátás integrált része. A beteg közérzetének javítása mint orvosi norma könnyen levezethető a jótékonyság bioetikai alapelveiből. Előfordul azonban, hogy a beteg fájdalommentessége csak heroikus küzdelmek árán biztosítható. Ha ebben a helyzetben a beteg az élet kioltására kéri orvosát, és az engedelmessé válik, önkéntes-aktív eutanáziát követ el, hiszen az orvos egy morális döntéshozatalt követően a beteg kérését elfogadva idézi elő annak halálát. Ebben a helyzetben a páciens halála eszköz a beteg fájdalommentes állapotának eléréséhez, ez azonban az eutanáziát ellenzők számára erkölcsileg elfogadhatatlan.

A terminális állapotú betegek fájdalomcsillapításával kapcsolatban ezért feltétlenül tisztázni kell, hogy a morfin palliációs célú felhasználása morálisan megengedhető-e, ha tudvalévő, hogy annak mellékhatásaként légzésbénulás állhat be, ami a beteg halálához fog vezetni?²³ Van-e erkölcsi különbség az önkéntes-aktív eutanázia fenti esete és az említett narkotikum alkalmazásából fakadó életvégi események között?

XII. Pius pápa állásfoglalása szerint az ilyen esetekre a kettős hatás elve alkalmazható, így „megengedett narkotikummal csillapítani a fájdalmat akkor is, ha ez korlátozza a tudatot és megrövidíti az életet, *föltéve, hogy az adott helyzetben más eszköz már nincs, s nem akadályozza meg más erkölcsi és vallási kötelességek teljesítését.*”²⁴ A kettős hatás elve tehát morális értelemben véve megegyezik az indirekt eutanázia fentebb tárgyalt szekuláris megfogalmazásával, így a fenti érvek vallási és világi oldalról egyaránt támogatottságot élveznek.²⁵

²³ Kovács 2006, 415.

²⁴ XII. Pius 1957, idézi Jakab 2011, 108-109.

²⁵ I.m.

A *direkt* és *indirekt* eutanázia közötti különbségtétel erkölcsi értelemben lényegi, ezért kiindulási alapul kell szolgálnia egy általános eutanázia definíció megalkotásához. Tekintve, hogy fent emellett érveltem, hogy az eutanázia-cselekmények esszenciális jellemzője, hogy a beteg halálához orvosi szándéknak kell társulnia, ezért eutanáziaként azokat a cselekményeket fogadhatjuk el, amelyek eleget tesznek az alábbi követelményeknek: az eutanázia a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő betegek életének orvos által előidézett szándékos megszüntetése, a páciens szabad elhatározású, pressziómentes, átgondolt, ismételt kérésére.²⁶

Egyrészt tehát szükséges különbséget tennünk *eutanázia* és a *kezelés visszautasításához való jog* között, ahogy a terminális palliatív medicina fájdalomcsillapító ellátása folytán bekövetkező halált sem azonosíthatjuk az eutanáziával. Ez a megkülönböztetés azonban a gyakorlatban sajnos nagyon nehezen értelmezhető, és szinte lehetetlen ellenőrizni az orvos cselekedete mögötti morális intuíciót.

Azt gondolom, az eutanázia-irodalomban „passzív eutanáziaként” számos olyan cselekményt írnak le, mely valójában nem az. Leggyakrabban tehát vagy arról van szó, hogy a beteg él az életmentő vagy életfenntartó kezelés visszautasításának jogával, és ezt orvosának, a vonatkozó törvényi előírásokra való tekintettel, tiszteletben kell tartania, vagy pedig kimerül az orvostudomány technikai eszköztára, és elfogynak az orvosilag hasznos kezelések. Ezeket az eseteket azonban passzív eutanáziaként elkönnyelni felettébb problematikus, hiszen szándék a halálra egyik esetben sem irányul. Mindent összevetve elmondható, hogy felfogásom szerint az eutanázia *per definitionem a beteg, vagy hozzátartozói által kérvényezett aktív cselekmény, mely minden esetben közvetlenül a halál előidézésére irányul.*

²⁶ Bitó 2005, 18.

Felhasznált irodalom

Bánfalvi Attila 2013. *A medicina hatalma és kiszolgáltatottsága*. Debrecen, Debreceni Egyetemi Kiadó – Literatura Medicina.

Berlin I. 1969. Two Concepts of Liberty. In Uő: *Four Essays on Liberty*. Oxford, Clarendon Press, 118-138.

Bitó László 2005. *Boldogabb élet – jó halál – Eutelia - Eutanázia*. Budapest, Athaeneum.

Blasszauer Béla 1999. *Orvosi etika*. Budapest, Medicina.

Csikós Ágnes 2011. *Az életvégi betegellátás helyzete és fejlődési lehetőségei Magyarországon*. (PhD értekezés) Pécs.

http://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2011/Csikos_Agnes_PhD_dolgozat.pdf.

Letöltve: 2018.01.23.

Deleuze, Gilles – Guattari, Félix 2013. *Mi a filozófia?* Budapest, Műcsarnok Nonprofit Kft.

Hegedűs Katalin 2001. Szemléletváltás a haldoklókkal és a halállal való kapcsolatban. In Buda Béla – Kopp Mária: *Magartartástudományok*. Budapest, Medicina, 693-694.

Jakab Tibor 2011. Az eutanázia, és amit annak hisznek. In Filó Mihály (szerk.): *Párbeszéd a halálról – Eutanázia a jogrend peremén*. Budapest, Prospektus, 105-119.

Kovács József 2006. *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*. Budapest, Medicina.

Loewy, E. H. 1989. *Textbook of Medical Ethics*. Berlin, Plenum Publishing Corporation.

Magyar Orvosi Kamara 2011. Etikai kódex. <https://mok.hu/public/media/source/etikaiKodex/kodex141128.pdf>. Letöltve: 2018.01.23.

Rachels, James 1986. Killing and Letting Die. In Becker, Lawrence – Becker, Charlotte (szerk.): *Encyclopedia of Ethics, 2nd Edition*. New York, Routledge, 947-950.

Veatch, R. M. 1989. *Death, Dying and the Biological Revolution*. New Haven and London, Yale University Press.