

HENK TEN HAVE

Érvek az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság legalizálása mellett és ellen*

Összefoglalás ♦ *Az Élet Kivánságra Történő Bevégzése és Asszisztált Öngyilkosság Törvény bevezetése után Hollandiában nem zárult le az eutanáziáról szóló viták sora, s a gyakorlat is azt mutatja, hogy vannak még olyan problémák, amelyekre ez a törvény nem tud megoldást nyújtani. A tanulmány összefoglalását adja azoknak az érveknek és ellenérveknek, amelyek a törvény bevezetése után is elgondolkodtatják az embert annak helyes vagy helytelen mivoltáról. Felhívja a figyelmet arra, hogy épp az eutanázia kérdésének előtérbe kerülése az Hollandiában, amely bizonyos mértékben akadályozza az élet végi szenvedések más, alternatív enyhítési módozatainak (pl. palliatív terápia) elterjedését, s lassítja az erre irányuló szakmai intézmények szerveződését.*

Az elmúlt három évtizedben az eutanázia folyamatos vita tárgya lett Hollandiában és másutt is. Az eutanázia orvosi, erkölcsi és jogi vonatkozásai nyilvánvalóak, azonban a holland példa igazolja a kérdéskör kulturális, társadalmi és politikai dimenzióit is. Az eutanáziát történelmi kontextusban kell megítélnünk, az orvosi hatalom elleni tiltakozásként és a jó halál megvalósításának módszereként.

Az eutanázia-vita gyakran kezdődik úgynevezett „paradigmatikus esetek” felvetésével, amelyek szemmel láthatóan eutanázia után kiáltanak. Ezek az esetek illusztrálták a népszerű és tudományos irodalomban az eutanázia jelentőségét és kézenfekvő mivoltát bizonyos körülmények között. A vita folyamán azonban egyre több olyan eset került napvilágra, melyek teljesen elütöttek ezektől a paradigmaticus esetektől, és ez felvetette az a kérdést, hogy az eutanázia más állapotok és körülmények esetén is megfontolandó. Úgy látjuk tehát, hogy az

* Henk ten Have az Orvosi Etika professzora, Nijmegen Egyetemi Orvosi Központ, Etikai, Filozófiai és Orvostörténeti Intézet, Hollandia. A tanulmány eredeti címe: Why (not) legalise euthanasia and physician assisted suicide? *European Journal of Palliative Care*. 8th Congress of the European Association for Palliative Care. Plenary lectures. The Hague, 2-5. April 2003. 21-27.

eutanázia-vita tisztán körvonalazott korai stádiumából fokozatosan a szélesebb körű gyakorlat felé nőtt.

Az eutanázia a legtöbb nyugati országban kényes kérdés. Olyan téma, ami folyamatosan erős erkölcsi nézőpontok kereszttüzeiben áll. Hollandiában három évtizednyi vita és gyakorlati tapasztalat után az eutanázia még mindig nem bevett vagy normál eljárás. 2000 novemberében a Holland Parlament Alsóháza új törvényt fogadott el, amit 2001 áprilisában a Felsőház is jóváhagyott. Ez az új törvény, ami 2002 áprilisában lépett érvénybe, lehetővé tette az eutanázia mint törvényes orvosi beavatkozás alkalmazását bizonyos körülmények között.

Az eutanázia törvényi szabályozása azonban nem jelenti azt, hogy az eljárás elvesztette ellentmondásos és vitatott jellegét. Az orvosi, jogi és politikai vita még Hollandiában is erőteljesen folytatódott. Míg a Parlament az új törvényjavaslatot tárgyalta, a Brongersma-eset új kérdéseket vetett fel, és zavarodottságot szült: hogyan értelmezhető az öregkor testi és lelki betegség nélkül, de „az élettől megfáradtan, elviselhetetlen szenvedésként”? Ezt követte van Ooijen háziorvos esete, aki a közismert „Halál saját kérésre” című televíziós dokumentumfilmben szerepelt. Bíróság elé került, mert bevégezte egy ápolási otthonban lakó beteg életét – inkább a család, mintsem a beteg kérésére. Van Ooijent bűnösnek találták gyilkosság vétkében, azonban nem ítélték el, mivel „becsületesen” járt el.

Az eutanázia helyzete azonban továbbra is összetett. Az eutanázia ellenzői a gyakorlatban való elterjedését emlegetik. Azok, akik mellette állnak, nem gondolják ezt az elterjedést problematikusnak, azonban nem jutottak megegyezésre abban, hol kell meghúzni az elfogadható és el nem fogadható esetek közötti határvonalat. Amiben mindenki egyetért, egyrészt az, hogy a jelenlegi gyakorlatnak vannak hátulütői, amik módosításra szorulnak (pl. az eutanázia bejelentése), másrészt hogy vannak alternatívái, például jobb palliatív ellátás biztosításának keresése.

Jelen írásomban négy kérdéskörrel foglalkozom:

1. Az eutanázia legalizálása Hollandiában.
2. A szabályok és törvények összehasonlítása a többi európai országban.
3. A törvénykezés és az eutanázia legalizálása melletti és elleni különböző érvek.
4. Az eutanázia-vita során felmerülő halál- és haldoklás-megközelítések.

Az eutanázia legalizálása Hollandiában

Az Élet Kívánságra Történő Bevégezése és Asszisztált Öngyilkosság Törvény lényegében három momentumot tartalmaz:

1. Módosítja a Büntetőtörvénykönyv 293. és 294. cikkelyét.

2. Kiköti azokat a feltételeket, amelyeket az orvosnak teljesítenie kell, hogy elkerülje a büntetést.

3. Felvázolja az eutanázia-esetek jelentésének és értékelésének folyamatát.

A régi 293. cikkely, amely megtiltja az áldozat kérésére végrehajtott gyilkosságot, lett az új 293. cikkely első paragrafusa. Született egy második paragrafus is, ami legalizálja az orvos által végrehajtott eutanáziát.

A külföldi bírások elleni védekezésképpen a holland kormányzat kitart amellett, hogy a törvény nem legalizálja az eutanáziát. Ezért a 293. cikkely 1.§-a továbbra is tiltja a kívánságra végrehajtott gyilkosságot. A 2.§ csupán a büntetés elmaradását biztosítja eutanázia esetén, a 40. cikkelyben foglalt általánosabb kizáró tényezőkhöz (*vis maior*) hasonlóan. A bíró tehát minden olyan esetben, amikor a törvényben foglalt feltételek nem teljesülnek, eltekinthet a 2.§ alkalmazásától.

Az új törvény értelmében az eutanáziát a feltételeknek megfelelően végrehajtó orvos soha nem kerül kapcsolatba a hatósági szervekkel. Jelentést kell írnia a helyi halottkém számára, melyet egy speciális bizottság értékeli. Amennyiben a bizottság elfogadja ezt a jelentést, az ügyet nem terjesztik az ügyész elé, és nem kezdődik jogi eljárás.

Ugyanez áll a beteg öngyilkosságánál asszisztáló orvosra is. Az ilyenfajta asszisztálást tiltó korábbi 294. törvénycikk érvényben maradt, de ez alól kivételt jelentenek az orvosok, amennyiben a feltételek értelmében járnak el.

A megfelelő ellátás követelményei

A Büntető törvénykönyv módosításán kívül az új törvény részletes útmutatást is ad az eutanázia gyakorlathoz. Valójában ezek az útmutatások nem újak. Az 1980-as évek változó bírósági döntései különféle vezérfonalak megszületéséhez vezettek. 1987-ben törvényjavaslatot nyújtottak be, ami a kívánságra végrehajtott gyilkosság büntetésének négy és fél évre való csökkentését kérvényezte, azzal a kikötéssel, hogy a jól végzett palliatív ellátás nem minősül kívánságra végrehajtott gyilkosságnak – még ha halálhoz vezet is –, és mellékléként tartalmazta a megfelelő ellátás követelményeinek felsorolását. A törvényt nem fogadták el. 1990-ben azonban az Igazságügyi Minisztérium a formális bejelentési eljárás részeként hasonló követelménylistát bocsátott ki.

Minthogy az eutanázia bűncselekménynek számított, az orvosoktól nem lehetett törvényesen elvárni, hogy tettükről értesítsék a hatóságokat. A gyanúsítottak törvényesen nem kényszeríthetők arra, hogy elősegítsék saját bűnösségük megállapítását. Bejelentés nélkül azonban lehetetlen a gyakorlat szabályozása. 1993-ban a holland Parlament megszavazott egy

jellegzetesen holland eljárást: hivatalos irányelvek kibocsátása a bűncselekmény elkövetésének módjával és a hatóság felé való jelentésével kapcsolatban. Az új törvény tehát már 1990 óta magában foglalja ezeket az irányelveket és a bejelentési eljárást.

A törvény kimondja, hogy a „megfelelő eljárás követelményei”, melyeket az orvosnak a büntetés elkerülése érdekében be kell tartania, a következők: „Az orvosnak

- a.) meg kell győződnie arról, hogy betegének kérelme önkéntes, átgondolt és ismételt,
- b.) meg kell győződnie arról, hogy betege szenvedése kilátástalan és elviselhetetlen,
- c.) tájékoztatnia kell a betegét az állapotáról és a prognózisáról egyaránt,
- d.) meg kell győződnie arról, betegével együtt, hogy a helyzetnek nincs reális megoldása,
- e.) legalább egy olyan független orvossal konzultálnia kell az a-d pontok alatt található követelményekről, aki megvizsgálta a beteget, és véleményt alkotott,
- f.) a beteg életét az előírásoknak megfelelően kell bevégeznie.

Röviden: az új törvény nem állított fel új, szigorúbb vagy akárcsak pontosabb követelményeket sem az eutanáziával kapcsolatban. Sőt, kiterjesztette a már amúgy is széleskörű eutanázia-gyakorlatot.

Először is külön kiemeli, hogy a betegnek nem kell kompetens állapotúnak lennie az eutanázia végrehajtásához (2§, 2. cikkely). A beteg írásban előre kérelmezheti az eutanáziát kompetens állapotában, egyfajta „eutanáziás élő végrendeletként”. A törvény tehát átörökíti az élő végrendelet kapcsán jellegzetesen felmerülő összes problémát. Vegyünk például egy beteget az Alzheimer-kór kezdeti stádiumában. Fél az elbutulástól, ezért eutanáziát kérelmező élő végrendeletet ír. Megjósolható-e ennél a betegnél, aki sohasem élte át a demenciát, és nem tudja, a betegség hogyan érinti majd agyát, szellemét és attitűdjeit, hogy eutanázia iránti kérelmét fenn fogja-e tartani, és az eutanázia lesz számára valóban az egyetlen reális megoldás, amint az a (b) és (d) pontokban áll?

Még problematikusabb az a tény, hogy kiskorúak is kérvényezhetnek eutanáziát. A törvény kimondja, hogy az érettnék tünő, 16 és 18 év közötti kiskorúak esetében saját kérésükre végrehajtható az eutanázia, amennyiben a szülőket erről tájékoztatják (3.§, 2. cikkely). Figyelemreméltó, hogy a szülők nem akadályozhatják meg az eutanáziát. Valójában 12 éves gyermekük eutanáziáját sem akadályozhatják meg. Ha egy 12 és 16 év közötti gyermek szülei ellenzik az eutanáziát, de az orvos úgy gondolja, hogy az eutanázia révén „súlyos károsodástól” kíméli meg a gyermeket, az orvos felülbíráhatja a szülőket, és a gyermek saját kérésére eutanáziát hajthat végre a 12 éves gyermekén (4.§, 2. cikkely).

Bejelentés és értékelés

Az új törvény harmadik és legnagyobb része a bejelentés folyamatát írja elő, valamint az eutanázia értékelését részletezi. Mivel a Temetkezési és Hamvasztási Törvény is tartalmaz arra vonatkozó irányelveket, hogy miként kell az orvosnak értesítenie a hatóságokat eutanázia végrehajtása esetén, az új törvényben csupán az értékelési eljárást kellett leírni.

Az eutanázia kiértékelése tökéletesen retrospektív [*visszamenően történik – a szerk.*]. A 16. cikkely megtiltja az értékelő bizottságok minden tagjának, hogy az eutanázia végrehajtására készülõ orvosnak elõzetes tanácsot adjanak. Ez azért figyelemre méltó, mert az eutanázia ma már legális. Amíg illegális volt, a hatóságok nyilvánvalóan nem értékelték ki és hagyhatták jóvá az eutanáziát elõre. A bíróságok mindössze azt állapíthatják meg utólag, hogy az orvost *vis maior* kényszerítette a beteg az eutanázia elvégzésére. Ma viszont, amikor az eutanázia legálissá vált, nem tisztázott, miért folytatódik továbbra is a retrospektív kiértékelés hagyománya?

Csakúgy, mint korábban, az orvosnak a törvény értelmében most is értesítenie kell a halottkémet, hogy a beteg nem természetes okból, hanem eutanázia vagy asszisztált öngyilkosság révén halt meg. Amikor a halottkém megkapja ezt az értesítést és a hozzá tartozó jelentést, továbbküldi ezeket a bejelentett eutanázia-esetek értékelésére létrejött regionális bizottságok egyike felé. Mindegyik bizottság legalább három tagból áll – jogász, aki az elnök szerepét tölti be, orvos és etikus vagy erkölcsteológus. A bizottságok értékelik, hogy az orvos az elõírásoknak megfelelõen hajtotta-e végre az eutanáziát. A szavazatok egyszerű többsége elegendõ a döntéshez. Amennyiben a bizottság jóváhagyta az eljárást, az orvost írásban értesítik, de a hatóságoknak nem jelentik az ügyet. Csak akkor értesítik a helyi ügyészt, amennyiben a bizottság úgy véli, hogy az orvos nem megfelelõen járt el.

Ki kell emelnünk, hogy jelenleg mindössze öt regionális bizottság létezik. A mostani bejelentési ráta mellett, ami megközelítõleg 2000 eset évente, minden bizottságnak évente 400 esetet kell vizsgálnia, azaz hetente nyolcat. Minthogy ezek a bizottságok hetente egyszer ülnék össze, egy esetre mindössze kb. egy óra jut. Ezek az adatok egyértelmûen mutatják, hogy a bizottság képtelen minden ügyet mélységében, alaposan megvizsgálni, és eldönteni, hogy a beteg valóban kompetens, tájékozott volt-e, és hogy sem a családtagok, sem az egészségügyi személyzet tagjai nem gyakoroltak-e rá nyomást; hogy eutanázia-kérelmük õszinte, autentikus volt-e, és nem csupán elkeseredett kiáltás a segítség és az együttérzés kiváltására; hogy a beteg állapota kilátástalan volt-e, és a megfelelõ élet végi ellátási és tüneteket enyhítõ lehetõségeket valóban kimerítették-e; és hogy a beteg szenvedése valóban

elviselhetetlen és folyamatos volt-e. Mindezeket fel kell mérni, és ki kell értékelni csakúgy, mint az eutanázia végrehajtásának módját – mindössze egy óra vagy még rövidebb idő alatt.

Európai felmérés

2003 januárjában az Európa Tanács közzétette egy felmérés eredményeit, amely az eutanáziával és az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos törvényeket és/vagy gyakorlatot vizsgálta 34 európai tagországban (és az Egyesült Államokban) (<http://www.coe.int/euthanasia-report>). Arra a következtetésre jutottak, hogy az eutanázia egyetlen országban, Belgiumban legális, míg az asszisztált öngyilkosság Észtországban és Svájcban. A felmérés kimutatta, hogy a definíciók terén kifejezett zavar áll fenn. Az „eutanázia” kifejezés három ország hivatalos irataiban és szabályzatában nem szerepel, míg az „asszisztált öngyilkosság” öt országban nem jelenik meg. 16 országban alkalmazzák az „aktív” és „passzív” eutanázia megkülönböztetését. Tíz országban létezik szakmai szabálygyűjtemény az eutanázia gyakorlatával kapcsolatban, az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatban hét országban. Eutanáziával kapcsolatos törvények tíz országban léteznek. 25 országban azonban a törvénykezés, a szabályok és egyéb előírások nem teszik lehetővé az eutanáziát, gyakran explicit módon megtiltják gyakorlását az egészségügyi szakembereknek. Ugyanakkor, míg a múltban csak Olaszország, az Egyesült Királyság és Hollandia rendelkezett Nemzeti Eutanázia-bizottsággal, most számos országban intenzív, kezdeményező, nyilvános vita folyt és folyik, amely közösségi szervek – így nemzeti bioetikai és parlamenti bizottságok – bevonásával tárgyal szabályokat és javaslatokat. Kiderült az is, hogy nyolc országban állítottak bíróság elé orvosokat eutanázia végrehajtása után. Végül pedig hat európai országban léteznek törvények az élő végrendeletek és előzetes utasítások szabályozására.

Érdekes összehasonlítani a Belgiumban és Hollandiában kialakult helyzetet. A belga Parlament 2002 májusában hagyta jóvá az Eutanázia-törvényt, röviddel azután, hogy a holland törvény érvénybe lépett. A törvények szerkezete hasonló: az eutanázia szigorú feltételek mellett legális, és bejelentési kötelesség terheli az orvost. Figyelemreméltó azonban, hogy míg Belgium azt válaszolta az Európa Tanács kérdőíves felmérése során, hogy valóban „legalizálták” az eutanáziát, Hollandia ezt tagadta.

Különbség van a két törvény között is. A holland törvény az eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot is szabályozza; azonos megszorításokat alkalmaz, minthogy a két eljárás alapelveiben nincs különbség. A belga törvény kizárólag az eutanáziával foglalkozik, és ugyanazt a definíciót alkalmazza, mint a holland törvény. Jelentős különbség, hogy a belga

törvény jóval kiterjedtebb követelményrendszert fogalmaz meg a körültekintő eljárás érdekében. Hollandiában az elmúlt néhány évtizedben alakultak ki a jogi folyamatok során az eutanázia gyakorlatát szabályozó előírások és normák. Másik különbség a törvények kivitelezése. Hollandiában a bejelentési eljárás regionális bizottságokon keresztül történik, amelyek visszajelzést nyújtanak az orvosoknak, ezáltal szakmai fejlődést és minőségi felmérést biztosítanak. Belgiumban a bejelentés anonim, és központi bizottságon keresztül zajlik. Az várható tehát, hogy a kivitelezés Belgiumban bonyolultabb, mint Hollandiában. Jelentős tényező továbbá, hogy Hollandiában az orvosi szakembergárda lényeges résztvevő az eutanázia gyakorlatának fejlesztésében és irányításában, míg Belgiumban az új törvény szakmai támogatottsága bizonytalan. Adatok utalnak az eutanázia gyakorlatának jelentős eltéréseire Hollandiában (1995.) és Flandriában (1998.). Az életvégi döntések gyakorisága azonos tartományban van a két országban (Hollandiában 42,6%, Flandriában 39,3%). Az életkérésre történő bevégzése (eutanázia) azonban jóval elterjedtebb Hollandiában (2,4%), mint Belgiumban (1,1%), míg az életkérés nélkül történő bevégzése Belgiumban elterjedtebb (3,2%, Hollandiában 0,7%).

A legalizálás kérdésköre

A kérdés, hogy vajon legalizálható-e egy olyan erkölcsileg ellentmondásos gyakorlat, mint az eutanázia, legelőször is azt a problémát veti fel, hogy mit is jelent a „legalizálás” kifejezés. Szorosán értelmezve azt jelenti, hogy egy korábban illegálisnak (bűncselekménynek) számító emberi cselekedet a továbbiakban már nem számít annak; kikerül a Büntetőtörvénykönyvből, és ezáltal legitim cselekedetté válik. Ebben a szigorú értelemben sem Hollandia, sem Belgium nem „legalizálta” az eutanáziát. Egyik országban sem változott a Büntetőtörvénykönyv ebben a vonatkozásban; egy másik ember életének kioltása továbbra is tilos. *De facto* azonban „legális” az eutanázia, hiszen szigorú feltételek betartásával végrehajtva már nem büntetendő. A „legalizálás” itt azt jelenti: „büntetésmentesítés” vagy „dekriminalizáció”. E megközelítés mellett a legfőbb érv az, hogy a társadalomnak biztosítania kell az élethez való jogot; az emberi életet mint alapvető értéket védelmeznie kell, és a Büntetőtörvénykönyvben nem tehető kivétel az emberölés alapvető tilalma alól. Még azok a társadalmak is, amelyek az eutanáziát szigorú feltételek mellett engedélyezik, érvelhetnek úgy, hogy fenntartják ezt az alapvető tilalmat. Ez magával vonja azt is, hogy az eutanázia sohasem válhat „normális” orvosi gyakorlattá.

A következő kérdés természetesen az, hogy mennyiben különbözik a legalizálás a „toleranciától”, ami az elmúlt évtizedekben Hollandiát jellemezte. Az orvosok a gyakorlatban,

jogi szabályozás nélkül védettek voltak a büntetéssel szemben, amennyiben megfeleltek a szigorú normáknak.

A törvényi előírások kifejtésével kapcsolatos megfontolások megegyeztek Hollandiában és Belgiumban. Először is a lakosság többsége támogatta az eutanázia bizonyos mértékű legális státuszának kialakítását. Számos felmérésből kiderül, hogy az emberek zöme meghatározott körülmények között igényelné az eutanáziát. Az évek során olyan politikai többség alakult ki, mely keresztül tudta vinni a „legalizálás” napirendre tűzését. Másodszor, egyértelmű volt, hogy az eutanázia létező gyakorlat. Betegek és orvosok egyaránt részt vettek az emberi élet bevégezésében. Amíg azonban ez a gyakorlat nem állt törvényi szabályozás alatt, bizonyos mértékig „földalatti szerveződésnek” számított, láthatatlan volt, és ezáltal nem válhatott nyilvános vita és ellenőrzés tárgyává. A törvényhozók elsősorban a törvényes nyilvánosság mellett érveltek. Ennek egyik oka az volt, hogy csak a nyilvánosság elismerése biztosíthat jogi védettséget a gyakorlatban részt vevő orvosoknak és betegeknek. A jogtudomány fejlődése során mindig fennállt annak a kockázata, hogy valaki a politikai közhangulattól függően részesül büntetésben; nem született konszenzus az új esetek és az ítéletek közötti következetlenség között. Egy másik ok az, hogy a „legalizálás” lehetőséget kínál a kiértékelésre és minőségellenőrzésre. Az orvosok nem számoltak be az eutanázia-esetekről a jogi bizonytalanság miatt, vagy azért, mert úgy érezték, „bűnözőkként” aposztrofálnák őket; ez az akadály jogi szabályozással elhárítható. Ez az érv is alátámasztja, hogy a „legalizálás” szigorú értelemben miért nem preferálható, hiszen nehezebb embereket olyan cselekedet bejelentésére ösztönözni, ami tökéletesen legális. A törvény hatáskörén kívül eső bejelentési eljárás kidolgozása megkönnyíti az esetek jelentését; felszabadítja ezt a viszonylag rejtett gyakorlatot, és lehetővé teszi a professzionális meghallgatás és felmérés egyes lépéseit. Bár az eutanázia egyéni döntés, amely az orvos-beteg kapcsolat személyes légkörében történik, a „legalizálás” mint „büntetésmentesítés” továbbra is amellet foglal állást, hogy e döntéseknek társadalmi vonatkozása is van, hiszen alapvető érték forog kockán.

A „humanizálás” kérdéséhez tartozik egy igen érdekes érv. Különösen a nyugati társadalmakban a technológia embertelen eljárások eszközévé nőtte ki magát. Az egészségügyben a betegség, a beavatkozások és a technológia középpontba kerülésével kevesebb figyelem irányul a beteg személyes, egyéni igényeire. Egy emberséges társadalom érdekeinek biztosítása azt is magában foglalja, hogy a politikai vezetés garantálja az emberséges halálhoz való jogot és lehetőséget. Ez az érv gyakran elhangzik az eutanázia mellett. Azonban ugyanez az érv alkalmazható a legalizálás ellen is, nem csupán azért, mert az eutanázia mint orvosi cselekedet kiterjeszti az orvostudomány hatókörét, hanem azért is,

mert a legalizálás azt implikálná, hogy az emberséges halálhoz emberölésre van szükség. Az eutanázia törvényes lehetőségének megteremtése könnyen vezethetne a halált „humanizálni” kívánó egyéb törekvések, így pl. a palliatív ellátás megkerüléséhez.

Érdekes lesz majd megfigyelni a jelenlegi törvénykezés hatásait. Az egyik feltételezés az, hogy amint törvényesen megteremtődik az eutanázia lehetősége, mérséklődik az ideológiai háborúskodás, és több energia fektethető a „jó” halálhoz vezető egyéb utak feltárásába. Most, hogy enyhült a közvélemény félelme a halálos ágy borzalmaitól, a szakmai törekvések középpontjába kerülhet a halál és a szenvedés megkönnyítése.

A halál és haldoklás megközelítései

Az eutanázia-vitákban jellemzően szereplő paradigmaticus eset kompetens beteget mutat be életének utolsó szakaszában, elviselhetetlen szenvedések között. Amikor terminális állapotba jut, a beteg saját maga ismételt és önkéntesen megfogalmazza eutanázia iránti kérelmét. E paradigmaticus eset számos különböző elemét az eutanázia „hivatalos” holland definíciója is tartalmazza. Ez a definíció hangsúlyozza a beteg életének orvos általi szándékos bevezését a beteg külön kérésére. Sőt, a „passzív” eutanázia megnevezést már nem alkalmazzák, mivel azok a döntéstípusok, amelyekre ez a megnevezés utal, nem foglalják magukba az orvos szándékát a beteg életének bevezésére, tehát valójában nem számítanak eutanáziának. Hasonlóképpen azok az esetek sem tekinthetők eutanáziának, amelyekben a beteg nem kéri életének bevezését.

Kontrollált halál

A paradigmaticus eset és a hivatalos holland eutanázia-definíció egyaránt példákkal szemlélteti az eutanázia egy jellegzetes erkölcsi igazolását, amely nem más, mint a személyes autonómia tiszteletben tartásának erkölcsi alapelve. Ez az alapelv hivatott megfelelő egyensúlyt biztosítani az orvosi hatalommal szemben. És bár a személyes szabadság mint politikai alapelv nem olyan meghatározó, mint az U.S.A.-ban, a holland népben erős liberális érzület él a betegek teljes autonómiához való jogát illetően.

Az autonómia jelentőségéből a halál és haldoklás egy specifikus megközelítése született. A halált személyes döntésként értelmezi, nem pedig olyan eseményként, ami az emberekkel megtörténik, és amit az élet részeként kell elfogadnunk. Az autonóm egyén meghatározhatja, mikor és hol következzen be a halál. Ez az élet értékelésének racionális kimenetele, olyan világi utolsó ítélet, amit az egyén saját magára mér. A „kontrollált halál” e képe szerint az orvosok feladata, hogy kiderítsék, a beteg önkéntes és alaposan megfontolt döntést hozott-e.

Közelebbről megfigyelve nem teljesen tisztázott a beteg autonómiájának fogalma az eutanázia gyakorlatában. Az eutanázia mellett érvelők azt hangoztatják, hogy az autonómia magában foglalja, hogy az egyénnek lehetősége van a saját életéről hozott döntéseit megalkotni és indokolni, beleértve az élet bevezetésére vonatkozót is. Ez a megfogalmazás azonban szemben áll a filozófiai és politikai hagyományokkal, amelyekből a személyes autonómia tiszteletének elve született. Ebben a liberális tradícióban az autonómiát az emberi lét alapvető jellemzőjének tartják, pontosan azért, mert ez garantálja, hogy az egyén szabad, és saját szabad akaratából hozhat döntéseket. De felmerül a kérdés, hogy a személyes autonómia igénye igazolható-e olyan döntést, amelynek eredménye egy ember életének bevezetése. Amennyiben az autonómia alapérték, megszüntethető-e az egyén azt, amin ez a fontos jellemző alapszik? Amennyiben igen, felvetődik, hogy az autonómiának vannak bizonyos korlátai, még akkor is, amikor magáról az autonómia filozófiájáról beszélünk.

Még ha úgy ítéljük is meg, hogy az embernek joga van saját életének bevezetésére, azonnal felmerül a következő kérdés: igazolható-e morálisan, hogy ebben más személyek asszisztáljanak? Röviden: még ha az öngyilkosság morálisan igazolható is, ez nem jelenti azt, hogy az öngyilkosságban való segédkezés is igazolható. Hollandiában általánosan elterjedt az a vélekedés, hogy az öngyilkosságban való segédkezés igazolható, különösen akkor, ha orvos teszi ezt. Miért orvos? Ez újfent nem magától értetődő, mivel az élet egyéb területein kifejezetten megtiltjuk, hogy az orvosok bevégezzék más emberek életét. Bár Hollandiában nincs halálbüntetés, szinte mindenki egyetért abban, hogy éppen az orvosok azok, akiknek nem szabad közreműködniük a halálbüntetés végrehajtásában. Nincs logikai kapcsolat az öngyilkosság moralitása és az orvosi életbevezetés között. Amennyiben az autonómia morális alapelve igazolja az öngyilkosságot, következetesen érvelhetünk úgy, hogy ha az orvos csupán felírja az élet bevezetéséhez szükséges gyógyszereket, a morális felelősség a beteg kezében marad. Az eutanázia ennek ellenére sokkal népszerűbb Hollandiában, mint az asszisztált öngyilkosság.

Preventív halál

Az autonómia alapelvét előnyben részesítő „kontrollált halál” fogalma – bár az eutanázia-vita korai fázisaiban fontos volt – vesztett befolyásából, miután megjelent a „preventív halál” fogalma. Napjainkban a nyilvános vitában az élet gyors és fájdalommentes elhagyása került középpontba. A protestáns etikus Kuitert az életet egy szobához hasonlította, melybe az egyik ajtón lépünk be, és egy másikon hagyhatjuk el. A hirtelen távozás ezen elképzelése egybevág azzal az elvárással, hogy a szenvedés mellőzhető és megelőzhető legyen; a jó halál akkor

következik be, amikor a beteg aktív és jól érzi magát, és a betegség vagy idős kor okozta állapotromlás még nem kezdődött meg. Amennyiben az elviselhetetlen szenvedés az eutanázia egyik fő igazolása, miért kellene megvárni, amíg a szenvedés elviselhetetlenné válik?

Az 1995. évi kutatási adatok rámutattak, hogy az 1990-ben végzett tanulmányhoz képest nőtt az eutanázia iránti kérelmek száma. A kérelmeknek két típusát különböztetik meg. Az egyik esetben a betegek „túl korán” kérelmezik az eutanáziát. Például sok beteg, amikor először szembesül a rák diagnózisával, fel akarja deríteni kezelőorvosa eutanáziával kapcsolatos álláspontját, és ezt eutanázia-kérelmek révén teszi meg. 1995-ben több mint 34 000 beteg állt elő ilyen típusú kérelemmel (szemben az 1990-ben talált 25 100 kérelemmel). Nagyon fontos, hogy odafigyeljünk ezeknek a hosszabb távú eutanázia-kérelmeknek a jelentésére – nem feltétlenül jelentik ugyanis azt, hogy a beteg meg akar halni. Ezek a betegek nem haldokolnak, hanem egy potenciálisan halálos betegség kezdeti stádiumaiban vannak. Szoronganak, és bizonyosságot szeretnének arról, hogy egy későbbi stádiumban, amikor szenvedni fognak, az orvos minden tőle telhetőt megtesz-e majd e szenvedés enyhítésére. Az eutanázia-kérelmek meglehetősen hatékony módja az egészségügyi szakemberek figyelmének felkeltésére.

A másik esetben az eutanázia-kérelmek a „közeljövőre” vonatkoznak. Ilyenkor a beteg olyan állapotban van, hogy a halál bármelyik pillanatban bekövetkezhet. 1995-ben 9700 ilyen eutanázia-kérelmek született (szemben az 1990. évi 8900 kérelemmel). Ezekben az esetekben alaposabb megfontolás szükséges, mint a „korai” kérelmek esetén, mivel a beteg kérelmének elfogadását vagy elutasítását érintő gyakorlati döntést meg kell hozni. 1995-ben a 9700 kérelemből 3200-at teljesítettek (1990-ben 8900-ból 2300-at).

A kutatási adatokból figyelemreméltó következtetés vonható le. Az eutanázia-kérelmeknek csupán egy kis részét teljesítették; az eutanázia iránti kérvények kétharmadát nem fogadták el. A beteg explicit és tartós kérelme láthatóan nem döntő jelentőségű.

Ezt a következtetést a kutatócsoport további adatai is alátámasztják. Kiderült, hogy 1995-ben 4500 esetben alkalmazták az élet aktív bevezését. Ebből 900 alkalommal (20%) a beteg kérelme nélkül végezték el a beavatkozást. Ez a 900 eset nem tekinthető eutanáziának (a standard definícióban leírtak alapján). Ez arra utal, hogy jelentős az élet bevezetésének gyakorlata a beteg kérelme hiányában.

Ezek az eredmények súlyos kételyeket ébresztenek az autonómia elvének orvosi gyakorlatban való tiszteletben tartásával kapcsolatosan. Arra a következtetésre juthatunk, hogy az autonómia tisztelete az orvosok cselekedeteinek nem döntő motivációja. A mindennapi gyakorlatban az eutanáziával kapcsolatos legfontosabb megfontolás és fő morális

érv a szenvedés enyhítése. Nem igazán számít, hogy a beteg kérelmez-e eutanáziát, vagy sem. Amennyiben az orvos véleménye szerint a beteg szenvedése nem elviselhetetlen, vagy a szenvedés kezelhető, az eutanázia iránti kérelmet nem teljesítik. Amennyiben azonban az orvos úgy vélekedik, hogy az elviselhetetlen szenvedés rosszabb, mint a halál, az élet aktív bevégzése mellett fog dönteni. Ilyen körülmények között a beteg kérelme nem szükséges feltétel. A tapasztalatok szerint számos orvos egyszerűen feltételezi, hogy a beteg eutanáziára vágyik, még akkor is, ha a beteg az eutanázia iránti kérelmét nem fogalmazza meg, vagy csupán céloz az eutanázia lehetőségére. Ugyanez a helyzet inkompetens betegek, pszichiátriai betegek, demens öregek és fogyatékos újszülöttek esetében is.

E tapasztalati tények felvetik a kérdést, melyek is az eutanázia melletti fő érvek? Történelmi nézőpontból magától értetődő, hogy az eutanázia sohasem kapcsolódott elsődlegesen az autonómia kérdésköréhez. Elsősorban a „könyörületes halál” egyik formájának tekintették, a részvét olyan megnyilatkozásának, amelyben egy ember megölése jobb, mint ha szenvedni hagynák. Olyan helyzetben kerül rá sor, ha valaki szenved, és ez a szenvedés annyira súlyos, annyira elviselhetetlen, hogy annál a halál is jobb. Napjaink holland vitájában azonban két különböző morális érvrendszer szerepel, amelyek ráadásul gyakran szembehelyezkednek egymással: a nem orvosi érv, amely a beteg autonómiáját hangsúlyozza (valamint az önkéntes kérelem jelentőségét) és az orvosi érv, amely a szenvedés enyhítését hangsúlyozza (valamint az elviselhetetlen szenvedés meglétének jelentőségét). A holland eutanázia-vita első paradoxona az, hogy az orvosi hatalom elleni tiltakozásként robbant ki, és a beteg autonómiáját tűzte zászlajára; 30 évvel később azonban az orvosok hatalma még nagyobb, hiszen az orvos dönti el, hogy a beteg szenvedése valóban elviselhetetlen-e, és így az eutanázia-kérelem teljesíthető-e.

E paradoxont táplálják azok az igen problematikus következmények, amelyeket mindkét alternatíva magával von. Amennyiben például az autonómia volna a döntő, ki kellene zárni az emberi élet bevégzését explicit kérelem hiányában. Sőt, minden beteg eutanázia iránti kérelmét komolyan kellene venni. Az eutanázia-esetek száma a mostani háromszorosára növekedne. Nagyon szigorú szabályokat és irányelveket kellene bevezetni annak megítélésére, hogy a beteg kérelme komoly-e (például ismételt kérelem, másodlagos vélemény, dokumentáció). A kérelem háttérében álló indíttatások azonban egy bizonyos ponton túl nem felderíthetők, mivel ezek az adott beteg értékrendjének elemeit képezik. Ez meglehetősen ésszerűnek tűnik, de – amint Mr. Brongersma közelmúltbeli esetéből kiderül – e logika következményei problematikusak lehetnek. Mr. Brongersma 86 éves volt, nem szenvedett sem testi, sem pszichés betegségtől, csupán belefáradt az életbe. Az ő

szempontjából az élet elviselhetetlen, elfogadhatatlan szenvedések forrását jelentette. Hollandia Legfelsőbb Bírósága nemrégiben (2002 decemberében) kijelentette, hogy ez az indoklás nem képezheti eutanázia-kérelem alapját; szükség van valamilyen betegségre a beteg szenvedéseinek hátterében.

Amennyiben azonban a szenvedés enyhítése a döntő tényező, a döntés joga az orvos kezébe kerül, akinek fel kell mérnie, hogy a beteg szenvedése elviselhetetlen-e, és ezáltal az eutanázia indokolt-e, még akkor is, ha a beteg nem kérelmezi (vagy nem képes rá). Most tehát az a kérdés, hogy melyek azok az objektív kritériumok, amelyek alapján az orvos eldöntheti, hogy a beteg szenvedése elviselhetetlen-e? Ilyen kritériumok nélkül a döntéshozatal az egyes orvosok szubjektív és önkényes megítélésétől függ.

Mindaddig, amíg az eutanáziát orvosi tevékenységnek és az orvosok kiváltságának tekintjük, a morális érvek elsősorban az orvosok szakértelmén múlnak. Csakugyan, a holland hatóságok enyhe ítéleteik indoklása során jellemzően az „orvosi szakvéleményre és az idevágó orvosi etikai normákra” hivatkoznak. Az orvosi döntéshozatal tényleges kritériumai azonban gyakran ismeretlenek, már csak azért is, mert az eutanázia-esetek mintegy 50%-át be sem jelentik. Az eutanázia-vita paradox végeredménye tehát az, hogy az orvosok kezében most még nagyobb hatalom van, mint valaha.

A „preventív halál” fogalmának terjedése hasznos az orvosi hatalom és a betegek autonómiája közti feszültségek enyhítésében. A betegnek megmarad a döntési joga a halál pillanatát illetően, amennyiben valamilyen betegség áll szándéka hátterében. Az orvosával folytatott megbeszélést követően arra a következtetésre juthat, hogy a halál kívánatos lehet a haldoklás kínjainak kivédésében. Epikurosz híres aforizmáját idézve: „*a halál nem ellenség, a szenvedés annál inkább*”. Az ember mint racionális lény megelőzi a jövőbeli szenvedést és az esetleges leromlást. Az egészségügyi szakemberek afféle „katalizátorként” szolgálnak: megfelelő ellátást biztosítanak, és segítenek meghatározni a preventív beavatkozás megfelelő időpontját.

Az 1990-ben illetve 1995-ben készült empirikus tanulmányok információt szolgáltatnak az eutanázia-kérelmek okairól. Jól illusztrálják a halál és a haldoklás új szemléletét. Amint az várható, az „elviselhetetlen szenvedés” gyakran szerepel indokként csakúgy, mint az „elembertelenítő állapot”, a „méltóság elvesztése” és a „fájdalom”. Ezeknél jóval meglepőbbek azok az indokok, amelyek az egyes betegek megküzdési képességeit tükrözik: „értelmetlen szenvedés”, „kiszolgáltatottság” és „belefáradás az életbe”. Ezek az eutanázia igazolásául szolgáló szenvedés kiterjesztését mutatják a paradigmátikus rákbeteg esetében, így az érinti a mentális, sőt spirituális szenvedést is. Még figyelemreméltóbb az indokok

harmadik csoportja: „menekülés a szenvedés rosszabbodása elől”, a „megfulladás megelőzése” és „a fájdalom megelőzése”. Ezek az indokok tükrözik, hogy az eutanázia már nem csupán az elviselhetetlen szenvedés állapotából jelent kiutat, hanem az ilyen helyzetek megelőzéseként is felmerül. Miért várnánk meg, amíg a szenvedés elviselhetetlenné válik? Ezen új megközelítés népszerűségét igazolja az a tény is, hogy maga a holland egészségügyi miniszter vetette fel a parlamenti eutanázia-viták során, hogy bölcs volna a demencia korai stádiumában lehetőséget adni a betegeknek, hogy előzetes eutanázia-kérelmet készíthessenek. Támogatta az idősek körében szétosztandó öngyilkosság-kapszulák javaslatát is.

Enyhített halál

A fenti adatok nyomán felmerül a kérdés, hogy a hollandokban a jó halál kutatása közben kialakult eutanázia-központúság nem szorította-e vissza az életvégi ellátási lehetőségek számát? Nem lehetséges-e, hogy az eutanázia már nem utolsó lehetőségként merül fel, amikor minden erőfeszítés csődöt mondott; hogy az eutanázia a szenvedések megelőzésének eszközévé vált, és így már nincs szükség a fájdalomcsillapítás egyéb alternatíváira? Miért fejlesztenénk ki kezeléseket a betegek fájdalmának és szenvedésének enyhítésére, amikor az eutanázia képes ezek megelőzésére? Miért kellene a társadalomnak szociális intézményeket és hálózatokat létrehozni a célból, hogy az időseket emberi interakciókba és társadalmi tevékenységekbe vonja be, ha az eutanázia enyhülést nyújt az élet értelmét nem találó időseknek, csakúgy mint Mr. Brongersma-nak? Úgy véljük tehát, hogy az eutanázia előtérbe kerülése elvonja a figyelmet a jó halál és haldoklás egyéb megközelítéseitől. Hollandiában számos kórházban például csak a közelmúltban dolgoztak ki szabályzatot a kezelés megszüntetéséről és meg nem kezdéséről. Csupán az elmúlt évtizedben jöttek létre fájdalomcsillapítási szakintézmények. Más országokkal ellentétben a holland egészségpolitika csupán néhány éve foglalkozik palliatív ellátással. Csak most – miután az eutanázia jelentős és legális gyakorlattá vált Hollandiában – kezdődött meg az élet végével kapcsolatos, széleskörű ellátási formák kialakítása, melyek révén remélhetőleg csökken a benyújtott eutanázia-kérelmek száma.

Kérdés, hogy mindez elegendő és nem túlságosan későn történt-e? Paradox módon a jó halál felkutatásának részeként jött létre az eutanázia-mozgalom, ma viszont az eutanázia propagálása révén csökkent a jó halált szolgáló ellátási formák száma. A palliatív ellátás iránt csupán a közelmúltban nőtt meg az érdeklődés. Figyelemreméltó, hogy az eutanázia szakértői egyre inkább tisztában vannak azzal, milyen sokféle lehetőséget bocsátott rendelkezésünkre a palliatív ellátás új tudománya a szenvedés enyhítésében. Ez a tudás a halál és a haldoklás új

képének, az „enyhített halál” ideáljának megszületéséhez vezetett. A halál lehet jó halál úgy is, hogy a beteg nem képes száz százalékosan kontrollálni, és bármikor megmenekülni az egyre növekvő szenvedés elől, hanem minthogy a halál az ember élettörténetének utolsó fejezete, mindig nehéz és terhes, de ugyanakkor elviselhető és értékekkel teli. Az egészségügyi szakembereknek azonban minden szakértelmüket latba kell vetniük, hogy az élet ezen utolsó szakaszát a lehető legkényelmesebbé tegyék. A végső szedációról napjainkban folytatott vita már az enyhített halál új képét demonstrálja. A végstádiumú betegek altatását mindig elutasították, mert ez kontroll- és autonómiavesztéshez vezet. Napjainkban számos egészségügyi szakember vizsgálja az altatás lehetőségét.

Következtetések

A holland eutanázia-vita alakulása maga után vont néhány olyan tanulságot, amelyek hasznosak lehetnek azon országok számára, melyekben megindult az eutanáziáról folytatott vita és/vagy felmerült az eutanázia és asszisztált öngyilkosság legalizálásának gondolata.

- Annak ellenére, hogy a holland eutanázia-mozgalom a halál és a haldoklás medikalizálódása ellen alakult meg, az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság orvosi gyakorlattá vált és az orvosok kiváltsága lett.
- Bár az emberi halál és haldoklás sohasem volt ember által szabályozható, úgy tűnik, napjaink társadalmi és elsősorban a modern medicina makacsul ragaszkodik ahhoz, hogy irányítása alá vonja a halált. Ez magyarázza az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság vonzerejét, szemben a palliatív medicinával és hospice ellátással.
- A beteg életminőségének előtérbe kerülése lehetőséget biztosít az „enyhített halál” megközelítésének elterjedésére, megelőzve a „kontrollált halált” és a „preventív halált”.
- Az életvégi ellátás etikája összetett. Gondos megfigyeléssel fel kell ismernünk az emberi élet utolsó szakaszának értelmet adó kezelési eljárásokat, és csökkenteni kell az orvosi beavatkozások ártalmas hatásait anélkül, hogy visszatérnénk az eutanáziához a jó halál utáni vágytól vezérelve.
- A holland tapasztalat rámutat, hogy az eutanázia gyakorlatának megelőzése fontos és kívánatos alternatíva. Amennyiben az eutanázia valóban az utolsó eszköz, a jó életvégi ellátás egyéb módszereit kell először alkalmazni. Ezek között kiemelkedő minőségű a palliatív ellátási osztályok és tanácsadó szolgálatok, a kiterjesztett otthoni ellátás és

egyéb ápolási megoldások bevonásával, valamint orvos-továbbképzési és betegoktatási anyagok kidolgozásával.

(Fordította: Bíró Zsuzsa)