

BARCSI TAMÁS

Az emberhez méltó halál lehetősége: az eutanázia és alternatívája¹

Az eutanázia problémája kapcsán számos nehezen megválaszolható filozófiai–etikai–jogi kérdés merül fel. Ebben az írásban az emberhez méltó halál fogalmát értelmezem, megvizsgálva az eutanáziát és annak alternatíváját. Röviden érintem a napjainkra jellemző halál-képet, kitérek az eutanázia-probléma egyes morális kérdéseire, illetve bemutatom a témával kapcsolatos hazai szabályozást, az Alkotmánybíróság 2003. április 28-án kihirdetett eutanázia-határozatának főbb érveit is ismertetve. Végül az eutanázia egyetlen valódi alternatívájának elméleti alapját képező RAHME-koncepció néhány főbb gondolatát emelem ki.

I. A méltó halál, azaz a „saját” halál lehetőségének értelmezése

A halálról való gondolkodás koronként, kultúránként, világnézeti (vallási–filozófiai) alapállástól függően változik. Ahogyan erre Kolakowski is felhívja a figyelmet, fontos annak felismerése, hogy a halál nemcsak természeti, hanem társadalmi, vallási és kozmikus esemény is.² A halálhoz, a meghaláshoz való viszony sokat változott a nyugati kultúrában az idők folyamán. Philippe Ariés rámutat: a középkorban az európai ember félt a haláltól, ugyanakkor elkeseredés nélkül tudomásul vette annak tényét, a halállal szembeni attitűd ekkor félúton volt valahol a passzív belenyugvás és a misztikus bizalom között. A halálban a Sors mutatkozik meg, a haldokló elfogadja a halált egy szokásszerű, nyilvános rítus keretében.³ A 18. századig az „ars moriendi” szétválaszthatatlanul összefüggött az „ars vivendi”-vel: a meghalás művészete a saját halállal való aktív szembenézést jelentette, amely által arra kap esélyt az ember, hogy az élet lényeges dolgaira összpontosítsa figyelmét. A 18. század elejétől azonban az embereket elfogta az a kísértés, hogy kitolják haláluk

¹ Az írás részben a Pécsi Tudományegyetemen 2003. október 16-án megrendezett „Jog és jogászok a 21. század küszöbén” című konferencián elhangzott előadásom anyagára épül.

² Ld. Leszek Kolakowski: Legújabb kis előadásaim nagy kérdésekről (Európa, Bp. 2002.) 72. o.

³ Philippe Ariés: Gyermek, család, halál (Gondolat, Bp. 1987.) 411. o.

időpontját, törődni kezdtek egészségükkel: az orvostudományhoz fordultak. Az orvosokat a tevékenységük iránt megnövekedett érdeklődés és bizalom új kutatásokra készítette. A 19. században a halál rítusa még semmit sem változott, de elkezdtek megfosztani drámaiságától, és a haldoklót a környezete egyre inkább „megkímélte”, megpróbálta leplezni állapotá súlyosságát, megtéve az első lépéseket a halál „eltüntetése” felé. A 20. század harmincas éveitől teljesen megváltozik a halállal szembeni attitűd. Korábban a haldoklás és a halál családi és baráti körben zajlott, társadalmi esemény volt, ettől az időszaktól kezdve a halál szinte teljesen klinikai eseménnyé vált. Ma a legtöbb nyugati ember a hosszú szenvedésekkel járó halált szeretné elkerülni, ennek ellenére a nyugati országokban általában magas életkort érnek meg az emberek, és legtöbbször kórházi körülmények között halnak meg (70–80 %), többnyire hosszú lefolyású, hónapokig vagy évekig tartó szenvedéssel járó betegségben. Az újkorban megkezdődő szekularizáció, naturalizálódás és individualizálódás a 20. század végére oda vezetett, hogy a haldoklás és a halál de-metafizikálódott, egyre inkább mindennapi és privát eseménnyé, egy magányos és néma eseménnyé, pusztán biológiai ténnyé vált. Napjainkban már nem is beszélhetünk a halál kultúrájáról. A halál eltüntetésével együtt jár, hogy az emberek többsége már nem tudja értelmezni a haldoklást és a halált, sőt nem is gondol rá, amíg megteheti. Erre utal Martin Heidegger *Lét és idő* című művében: „A halál elől való elfedő kísértés oly makacsul uralja a mindennapiságot, hogy az egymással szembe fordítottan a ‘közelállók’ gyakran még a ‘haldoklóval’ is elhitetik, hogy meg fog menekülni a haláltól, és hamarosan vissza fog térni gondoskodása tárgyát alkotó világának nyugodt mindennapiságába.” „Az akárki nem engedi, hogy bátran vállaljuk a haláltól való szorongást”.⁴ Az emberek nem az élet részeként fogják fel a halált, hanem mint „kellemetlen eseményt”, amely többnyire kórházhoz köthető. A halál bizonyosságának elfojtásával párhuzamosan technicizálódott és medikalizálódott a haldoklás folyamata. Az orvosok mindent megtesznek a beteg életben tartása érdekében (sokszor akarata ellenére is): a túlterápia az életet minden áron meghosszabbítani akaró orvosi hozzáállás negatív következménye lett. Izolált és idegen környezetben végbemenő értelem és vigasz nélküli, technicizált és magányos esemény – az esetek többségében – a kórházi halál, amely a túlterápia által megfosztja a betegeket a saját halál lehetőségétől.

Mindebből következik, hogy az emberhez méltó halál lehetőségét a „saját” halál lehetősége jelenti. Mit jelent ez? Egzisztenciális értelemben természetesen mindenki a saját halálát halja, ebben az összefüggésben a „saját” halál lehetőségének biztosítása az élet részeként (az élet beteljesedéseként) értelmezett meghalással és halállal egyéni felfogásnak megfelelő módon és környezetben való szembenézés lehetőségét jelenti. Egyesek szerint az eutanázia segíthet hozzá a „saját” halálhoz. Az eutanázia – bár a későbbiekben kifejtettek szerint érvényesülése az emberi méltóságból következik – csak korlátozó tényezők betartásával megengedhető végső eszköz, ezért nem jelenthet megoldást a problémára. Min-

4 Martin Heidegger: *Lét és idő* (Osiris, Bp. 2001.) 294–295. o.

denekelőtt új szemlélet kialakítására van szükség, amely az élet részeként fogadja el a halált, mert ahogy Jung írja: „A halál a lélek számára ugyanolyan fontos, mint a születés, s ugyanúgy, mint a születés, integráns része az életnek.”⁵ A „saját” halál lehetőségének biztosításához szükséges továbbá, hogy a meghalás eseménye kerüljön át a kórházakból a szenvedők meghitt környezetébe. Fontos lenne, hogy az orvosok ne a mindenáron való életmeghosszabbításon, hanem a szenvedés multidimenzionális fogalmának elfogadásán alapuló terápiát alkalmazzanak, mert fel kell ismerni, hogy az organikus eredetű fájdalomhoz, a betegség során további pszichikai, spirituális és társadalmi tényezők járulhatnak. Ennek a szemléletnek a megalapozását jelenti, a IV. fejezetben kifejtendő RAHME, azaz a halálba kísérés koncepciója.⁶

II. Az eutanázia fogalma, felosztása, morális és jogi problémák az eutanáziával kapcsolatban

1. Az eutanázia fogalma, felosztása

Nézzük meg először, hogyan határozhatjuk meg az eutanázia fogalmát. Az eutanázia szó etimológiailag az eu = jó, illetve a thanatosz = halál kifejezésekből eredeztethető, a kegyes, a jó halált jelenti. Az eutanázia lényegében egy gyógyíthatatlan, súlyos szenvedéseket átélő beteg ember szándékos halálba segítése vagy halni hagyása egy másik ember által a beteg érdekében.⁷

A definíció fő elemei:

a) Az eutanázia egy másik ember életének szándékos kioltása, amely megvalósulhat „aktív” (direkt halálba segítés) és „passzív” (halni hagyás) módon is. Aktív eutanázia esetén az eutanázia végrehajtója tesz valamit azért, hogy a beteg életét megrövidítse (pl. halálos mennyiségű altató befecskendezése), passzív eutanázia esetén pedig elmulaszt megtenni valamilyen beavatkozást (amelynek alkalmazása egyébként kötelessége lenne) a beteg életének megmentése érdekében, de ide tartozik az életet meghosszabbító intézkedések aktív befejezése is (pl. lélegeztetőgép kikapcsolása). Az eutanáziát általában orvos hajtja végre, de ismerünk nem orvos által végrehajtott halált okozó beavatkozást is.

5 Ld. C. G. Jung: Gondolatok az életről és a halálról (Kossuth, Bp. 1997.) 76. o.

6 A mai halál, illetve meghalás értelmezéséről ld. Fuat S. Oduncu – Wolfgang Eisenmenger: Euthanasie – Stebehilfe – Sterbebegleitung (Medizinrecht. 20/7. 2002.) 335–336. o. illetve Csejtei Dezső: Filozófiai metszetek a halálról (Pallas Stúdió – Attraktor, Bp. 2002.) 470–504. o., Ariés: i. m. 398–413. o.

7 Az eutanázia fogalmának értelmezésében, felosztásában vannak különbségek az egyes szerzők között, de abban általában egyetértenek, hogy a halálba segítés az aktív eutanáziát, a halni hagyás a passzív eutanáziát jelöli. Gaizler Gyula a passzív eutanázia és az ún. „halálíg kísérés” közé tesz egyenlőségjelet. (Vö. Gaizler Gyula: Bioetika, Pázmány könyvek, Budapest, 1999., 149–150. o.) A halálba kísérés fogalmát ebben a tanulmányban más összefüggésben használjuk követve például a német szakirodalomban is elfogadott jelentést. Ld. pl. Fuat S. Oduncu – Wolfgang Eisenmenger: i. m. 330–331. o. Lásd továbbá az eutanázia fogalmával kapcsolatban dr. Kovács József: A modern orvosi etika alapjai (Bevezetés a bioetikába, Medicina, 1999.) 403–405. o., illetve dr. Blasszauer Béla: Eutanázia. Medicina, 1997. 35–62. o.

Nem minősül tehát eutanáziának az ún. „aktív indirekt halálba segítés”, itt a páciens teljes felvilágosítása utáni, beleegyezésével zajló terápiás intézkedés mellékhatásaként fellépő, nem szándékos, idő előtti halálról van szó. Az elsődleges szándék ebben az esetben nem az élet megrovidítése, hanem a szenvedések enyhítése. Ugyancsak nem eutanázia az öngyilkossághoz való segítségnyújtás, amelynek során az orvos segítséget nyújt betegének az általa önállóan meghozott döntésének megvalósításához, életének befejezéséhez pl. úgy, hogy rendelkezésére bocsátja a halált okozó gyógyszert. Az aktív halálba segítséssel ellentétben ebben az esetben az orvos nem határozza meg az esemény lefolyását, illetve az emberölést sem maga végzi el.

b) A beteg súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenved, s embertelen, elviselhetetlen szenvedéseket él át. Az eutanázia önkéntessége alapján beszélhetünk önkéntes, tehát a beteg önrendelkezésén alapuló eutanáziáról. Ekkor a beteg maga kéri a beavatkozás megszüntetését, mellőzését, vagy az orvos aktív közreműködését élete befejezéséhez. Beszélünk továbbá nem önkéntes, nem a beteg önrendelkezésén alapuló eutanáziáról, ekkor a beteg kora (újszülött) vagy állapota (pl. irreverzibilis kóma állapotában van) miatt akaratnyilvánításra nem képes, ekkor helyette a hozzátartozók és/vagy az orvos döntenek az eutanáziáról. Ismert továbbá a kényszer-eutanázia jelensége is, amikor a beteget úgy részesítik eutanáziában, hogy bár akaratnyilvánításra képes állapotban van, nem kéri beleegyezését, vagy megkérdezik a beteget, és akarata ellenére cselekszenek.

c) A definíció kulcsfontosságú eleme, hogy a beavatkozásnak vagy a beavatkozás elmaradásának a beteg érdekében kell történnie (még kényszer-eutanázia esetén is a beteg vélt érdeke alapján cselekszik az orvos). Ezért nem nevezhető eutanáziának az ún. „náci eutanázia-program”, melynek során közel 270 000 fogyatékos, elmebeteget, nemi beteget öltek meg, közöttük sok gyereket, mert a program alapját képező „igazi-nem igazi ember” ellentétpárt kidolgozó elmélet szerint nem találhatunk jogi, szociális, erkölcsi, vallási szempontból semmiféle alapot arra, hogy megtiltsuk azoknak a megölését, akik az „igazi ember borzalmas ellentétét képezik és borzalmat váltanak ki mindenikből, akivel találkoznak”. Itt nem eutanáziáról van szó, hanem tömeggyilkosságról, hiszen szóba sem került a fogyatékosoknak, elmebetegeknek az érdeke.⁸

A Föld legtöbb országában az önkéntes passzív eutanázia valamely válfaját legalizálták az önkéntes aktív eutanázia csak kevés államban elfogadott (Hollandia, Belgium, az USA Oregon államában az Oregon Death with Dignity Act azt teszi lehetővé, hogy a kezelőorvos olyan készítményt bocsásson gyógyíthatatlan betege rendelkezésére, amellyel az véget vethet életének, itt öngyilkossághoz való orvosi segítségnyújtásról van szó), a nem önkéntes és a kényszer-eutanázia egyetlen országban sem megengedett. Nagy a morális konszenzus a kényszer-eutanázia el-

⁸ Ld. Lakos Nóra: Az euthanázia, mint a filozófia, a politika és a törvényhozás tárgya (Szochalo.hu.2001), illetve részletesebben Michael Burleigh: Pénzmeztakarítás tömeggyilkossággal: elmebeteggyógyászat, társadalom és euthanázia-program. In: Szembesülve a náci múlttal. Hajja és fia Könyvkiadó, Budapest, 1997.

fogadhatatlanságát illetően, a nem önkéntes eutanázia viták tárgyát képezi, világszerte a legtöbben az önkéntes aktív eutanázia elfogadásáért harcolnak.

2. Eutanáziával kapcsolatos morális problémák

A szakirodalomban vitatott, hogy találhatunk-e morális különbséget az eutanázia végrehajtási módjai, az aktív és a passzív eutanázia között önkéntesség esetén. A tradicionális orvosi felfogás és az etikusok többsége különbséget lát az eutanázia megvalósulási módjai tekintetében: a passzív eutanáziát erkölcsileg elfogadhatóbbnak tartják, mint az aktív eutanáziát. Hivatkoznak arra, hogy a passzív eutanázia tulajdonképpen nem is nevezhető eutanáziának, mert ekkor nem az orvos öli meg a beteget, csak hagyja, hogy a természet elvégezze a dolgot, másrészt az orvos nem tesz mást, mint figyelembe veszi a beteg önrendelkezését, tiltakozását a további kezelések ellen. A keresztény egyházak hagyományosan az aktív eutanázia ellen foglalnak állást, a passzív eutanáziát bizonyos körülmények érvényesülése esetén megengedhetőnek tartják (a római katolikus egyház előírásaiban sokáig tartotta magát a „szokásos és rendkívüli eszközök doktrínája”, amely szerint a beteg csak a rendkívüli eszközökkel való kezelést utasíthatja vissza a haldoklás utolsó stádiumában, ez a megkülönböztetés azonban gyakorlati szempontból alkalmazhatatlan, napjainkban viaszorulóban van).⁹

Egyes gondolkodók nem látnak morális különbséget aktív és passzív eutanázia között. A leghíresebb ilyen érvelést James Rachels amerikai filozófus 1975-ben fejtette ki. Rachels egy fiktív példával támasztja alá álláspontját, melynek lényege: morálisan nem tehetünk különbséget az eutanázia végrehajtási módjai között, mert az orvos szándéka mindkét esetben ugyanaz: a beteg elviselhetetlen testi és lelki szenvedéseinek megszüntetése, ill. mindkét esetben azonos a cselekedet következménye is: a beteg halála. Nem az a lényeges kérdés, hogy aktív vagy passzív módon hajtották végre az eutanáziát, hanem az, hogy a beteg érdekében állt-e a halál, vagy sem. Ha valaki olyan álláspontot foglal el, hogy nem létezhet olyan állapot, amikor a betegnek érdekében állhat saját halála, természetesen el kell utasítania az eutanáziát, ha azonban elfogadja, hogy létezik ilyen helyzet, akkor el kell ismernie mind az aktív, mind a passzív eutanáziát, mert erkölcsi különbség nincs köztük.¹⁰

Véleményem szerint találhatunk morális különbséget aktív és passzív eutanázia között. A Rachels által kifejtett és első pillantásra meggyőzőnek tűnő „negatív felelősség” elvét sokan sokféleképpen kritizálták, de a legnagyobb problémája az érvrendszernek, hogy nem veszi figyelembe a cselekedet erkölcsi megítélését: nemcsak a szándékot és a következményt lehet figyelembe venni egy cselekedet erkölcsi vizsgálatakor, hanem magát a tettet vagy mulasztást is. Egy keresztény ember például még ha el is fogadja az eutanázia két végrehajtási módja esetében a szándék és a

⁹ A keresztény álláspont összefoglalását ld. pl. Vigília 2001/5. 332–359. o.

¹⁰ Rachels elméletének ismertetését lásd dr. Kovács József i. m. 406–411. o.

következmény azonosságát, az aktív eutanáziát azért tartja elfogadhatatlannak, mert az élet szentsége általa képviselt felfogásának megsértésével jár: egy olyan tettet jelent, amely más ember életét oltja ki, passzív eutanázia esetén pedig az orvos a beavatkozás elmulasztásával hozzájárul ugyan a beteg halálához, de az élet szentségének elve nem sérül.

További kérdés: van-e morális különbség a passzív eutanázia két megvalósulási módja, a kezelés abbahagyása és el sem kezdése között? Találhatunk olyan nézeteket, melyek szerint nem ítéltjük meg azonosan a két cselekedetet; a megkezdett kezelés abbahagyása az aktív eutanáziához áll közelebb, de széles körű a konszenzus arra vonatkozóan, hogy egyéb feltételek azonossága esetén egy beavatkozás mellőzése és abbahagyása morálisan nem különbözik egymástól. Előfordul a szakirodalomban, hogy erkölcsileg másképp ítélnék meg lényegében passzív eutanáziának minősülő cselekedeteket, amelyeket más elnevezéssel illetnek. Ferencz Antal „terápiás túlbuzgóság elkerülése” meghatározásának és a passzív eutanázia fogalmának azonos tartalmára mutat rá Tóth Mihály: „A lényeg, hogy az orvosi mulasztás (nevezzük akár „nem tevésnek”, vagy „elkerülésnek”) kimutatható okozati összefüggésben áll-e a halál tényével. Ha ez a viszony kimutatható, a halál annak természetes bekövetkezésénél előbb áll be. Ezt pedig – minthogy az említett „nem tevés” eredményezi az élet megszűnését – bízást tekinthetjük passzív eutanáziának”.¹¹

Időnként különleges esetek kapcsán felvetődik: minden helyzetben el kell-e ítélnünk erkölcsi szempontból a nem önkéntes eutanáziát? Nagy élességgel jelenik meg a probléma a perzisztens vegetatív állapotú, illetve az irreverzibilis kómában lévő betegek esetében. Mindkét esetben a beteg agykérge (cortexe) teljesen elpusztult, irreverzibilis kóma esetében az agytörzs sem ép, ilyenkor a beteg képes lehet spontán légzésre, de visszafordíthatatlanul eszméletlen; perzisztens, vegetatív állapotú beteg esetében az agytörzs működőképes: a beteg nincs kómában, hosszabb-rövidebb éber periódusok váltják az alvásokat, képes a szájába tett ételt és italt lenyelni, de külső ingerekre adott értelmes válaszról nem beszélhetünk. Megfelelő ellátás mellett a beteg mindkét esetben évekig, akár évtizedekig élhet. Természetesen az emberi élethez és méltósághoz való jog kizárja az ilyen betegek esetében az eutanáziát. Vannak azonban orvosok, filozófusok, jogászok, akik szerint az ilyen betegek élete már nem tekinthető emberi életnek: a halál az agykéreg elpusztulásával bekövetkezik, tehát a neocorticalis agyhalál koncepcióját képviselik. A legtöbb államban nem ez az elfogadott agyhalál-kritérium, hanem az ún. egész-agyhalál koncepció (hazánkban is ez érvényesül), amely szerint a halál akkor következik be, ha a szervezet mint egész integrált működése visszafordíthatatlanul megszűnik, azaz az egész agy minden funkciójának leáll a működése. Ez az ún. harvardi agyhalál-kritérium, amelyet egy harvardi szakértői bizottság 1968-ban fogalmazott meg, mert az 1967-ben Barnard professzor által elvégzett szívátültetés után át kellett gondolni a korábbi

11 Vö. Tóth Mihály: Gondolatok az eutanáziáról – avagy egy büntetőjogász kritikus pilantása a „kegyes halál” álarca mögé (Jura 2001/1, 90. o.), illetve Ferencz Antal: Az élet és a halál bioetikai kérdései (Belügyi Szemle 2001/1, 3–21. o.).

halál-fogalmat, amely a szív működés és a légzés megszűnéséhez kapcsolta a halál beálltát.¹²

Megoldást jelentene az ilyen és hasonló esetekre az „élő végrendelet” („living will”) intézményének szélesebb körű elterjedése. A magyar jog által is ismert „élő végrendelet” az egyén belátási képességének birtokában megfogalmazott olyan nyilatkozata, amely különböző rendelkezéseket tartalmaz arra az esetre, ha a beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotba kerül: magában foglalhatja az egyén értékrendjének, erkölcsi alapelveinek leírását, útmutatásul szolgálhat különböző kezelések alkalmazásának mellőzését illetően, a nyilatkozó kijelölhet meghatalmazottat, aki ismeri értékrendjét és értelmezni tudja az „élő végrendelet”-et, illetve az ún. „helyettesített döntés” elve alapján a beteg értékrendjének, véleményének figyelembe vételével döntést hozhat kritikus helyzetekben.¹³

Az eutanázia-probléma csak az emberi méltóság, illetve az emberi méltósághoz való jog fogalmához kapcsolódóan értelmezhető. A legáltalánosabb felfogás szerint az emberi méltóság az emberi lényeg immanens lényegi sajátja, a személyiség integritását jelenti. Létezésre méltónak lenni emberségre való méltóságot jelent, így külön-külön az emberi élet és emberi méltóság kezelhetetlen. Az emberi élet és emberi méltóság értékének alapjoggá válása, eljogiasítása azokra a természetjogi elképzelésekre vezethető vissza, melyek szerint vannak olyan, az emberrel veleszületett, elidegeníthetetlen és sérthetetlen alapvető jogok, amelyek minden embert megilletnek, az emberi természetből erednek, mindenki számára azonosak és egyben az ember önállósága biztosítékául az állami beavatkozást is korlátozzák. Önkéntes eutanázia esetén a betegnek erkölcsi döntést kell hoznia: s a döntés lehetősége emberi méltóságából következik: mindenki maga dönthet filozófiai, vallási, világnézeti hovatartozása alapján arról, hogyan szeretné befejezni életét. A belátási képessége birtokában lévő betegnek lelkiismeretének megfelelően kell állást foglalnia: igényelnie vagy elutasítania az aktív vagy passzív eutanázia lehetőségét. Az orvos is saját lelkiismereti meggyőződésének megfelelően, a rá vonatkozó etikai és jogi normákat betartva dönt arról, hogy támogatja-e betege esetében az eutanáziát, illetve hogy közreműködik-e annak végrehajtásában. Kettejük viszonyába szükségszerűen avatkozik be az állam, ha legfőbb alkotmányi értéként érvényesül az ember élethez és méltósághoz való joga: az államnak védenie kell az életet, meg kell akadályoznia a visszaéléseket, illetve biztosítania kell a beteg döntésének befolyásmentességét. A döntés befolyásmentességének biztosítása érdekében az állam bizo-

12 Vö. dr. Kovács József i. m. 324–329. o., illetve 478–482. o.,

13 Az „élő végrendeletéről” lásd dr. Kovács József i. m. 434–440. o., illetve Blasszauer Béla: Orvosi etika (Medicina, Budapest 1999, 77–79. o.), továbbá Bioetikai állásfoglalások 33–34. o. A magyar szabályozást lásd 1997. évi CLIV. tv. 22. §. A magyar törvényi szabályozás lehetőséget ad arra, hogy a cselekvőképes személy – későbbi esetleges cselekvőképzetlensége esetére – közokiratban visszautasítson egyes vizsgálatokat, beavatkozásokat, akár életmentő vagy életfenntartó beavatkozásokat, és lehetőséget ad az ún. „helyettes döntéshozó” megjelölésére is (ez történhet az élő végrendeletben, de külön közokiratban is), de meglehetősen nehézkes feltételeket határoz meg, így pl. a nyilatkozat csak abban az esetben érvényes, ha pszichiáter szakorvos – egy hónapnál nem régebbi – szakvéleményben igazolja, hogy a személy döntését annak lehetséges következményei tudatában hozta meg, továbbá a nyilatkozatot két évente meg kell újítani (22. § (1), (2), (3) bek.).

nyos törvényi feltételeket kívánhat meg az eutanázia vonatkozásában: az aktív eutanázia lehetőségét akár el is vonhatja, ha nem lát kellő garanciát a befolyásmentesség megvalósulása vonatkozásában, de csak addig, amíg a társadalmi-intézményi-tudományos feltételek lehetővé nem teszik az aktív eutanázia legalizálását.

3. Az eutanázia szabályozása Magyarországon

Magyarországon az aktív eutanázia emberölésnek minősül, a passzív eutanázia önkéntes válfaja legalizált: törvényi feltételek betartása esetén vissza lehet utasítani életfenntartó és életmentő kezeléseket. Az 1997. évi CLIV tv. (Egészségügyi törvény, továbbiakban Eütv) rendelkezései alapján a beteg közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be (20. § (2) bek.). Az alaki előírások betartásán túl csak akkor lehet életfenntartó vagy életmentő beavatkozást visszautasítani, lehetővé téve a betegség természetes lefolyását, 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 (20. § (3) bek.). Ez a visszautasítás csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja, és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve hogy a törvényi feltételek fennállnak. A betegnek az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételten ki kell nyilvánítnia a visszautasításra irányuló szándékát. Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe (20. § (4) bek.). További korlátozásokat tartalmaz a törvény a várandós anyára vonatkozóan: ha előre láthatóan képes a gyermek kihordására, az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást nem utasíthatja vissza; illetve a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg vonatkozásában, ekkor visszautasítás esetén az egészségügyi szolgáltató keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt (20. § (6) bek., ill. 21. § (2) bek.). Fontos szabály továbbá, hogy az életfenntartó és életmentő kezelések visszautasítása esetén meg kell kísérelni a beteg döntése hátterében levő okok feltárását és a döntés megváltoztatását (20. § (7) bek.).

Az eutanázia tárgykörében az Alkotmánybíróság 2003. április 28-án hirdetett ki határozatot (1236/B/1993). Kmetty Ildikó ügyvéd, illetve Takács Albert alkotmányjogász 1993-ban nyújtott be indítványt az Alkotmánybírósághoz az eutanáziával kapcsolatban, ezt később kiegészítették. Az indítványozók kérték többek között, hogy állapítsa meg az Alkotmánybíróság, hogy az Eütv. alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát azáltal, hogy nem teszi lehetővé számukra életük orvosi segítséggel történő befejezését. Ezt az indítványt az AB elutasította. Kérték továbbá, hogy állapítsa meg az Alkotmánybíró-

ság, hogy az Eütv. passzív eutanáziát lehetővé tévő rendelkezéseit alkotmányellenesen korlátozzák a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát. Ezt az indítványt is elutasította a Testület. Az Alkotmánybíróság döntéseivel fenntartja a korábbi jogi helyzetet.

Az indokolásban az Alkotmánybíróság az emberi méltósághoz való jogból indul ki, amely korlátozhatalan alapjog, ha az emberi élethez való joggal egységben jelentkezik. Az emberi méltósághoz való jogból levezethető részjogosítványok korlátozhatóak a szükségesség és az arányosság követelményét figyelembe véve. Az emberi méltósághoz való jog részjogosítványa az önrendelkezési jog, ebből következik a gyógyíthatatlan beteg döntési lehetősége arról, hogy életének a rá váró szenvedésektől teli hátralevő részét nem akarja végigélni. A világnézeti szempontból semleges alkotmányos alapokon álló jogrendszer sem helyeslő, sem helytelenítő álláspontot nem foglalhat el az ember saját életének befejezését elhatározó döntésével kapcsolatban. Ennek alapján az Alkotmánybíróság szerint a passzív eutanázia, tehát az életbentartó kezelések visszautasításának lehetősége az önrendelkezési jog olyan része, amelyet az állam korlátozhat, de nem vonhat el. Ezzel szemben az aktív eutanázia, az orvos tevőleges segítségével való megszabadulás a szenvedésektől az önrendelkezési jog olyan része, amelyet az állam nemcsak korlátozhat, hanem el is vonhat az élethez való jogból következő intézményvédelmi kötelezettsége miatt, mert itt az orvos is részese a folyamatnak: nemcsak teljesíti a beteg elhatározását, de szerepe van az elhatározás kialakításában is. A jelenlegi társadalmi-intézményi-tudományos feltételek mellett nem biztosítható a beteg döntésének befolyásmentessége, ezért az aktív eutanázia alkotmányellenes, de ha a befolyásmentes döntés biztosítható lesz, változhat az alkotmányos megítélés is.

Egyes alkotmánybírák a határozathoz csatolt párhuzamos indokolásukban, illetve különvéleményükben alkotmányellenesnek tartják az önkéntes passzív eutanázia fent említett korlátozását. Nem az az alkotmányellenes – mutatnak rá –, hogy a törvény alaki és formai követelményeket ír elő, hanem bizonyos konkrét előírásokat kellett volna az Alkotmánybíróságnak alkotmányellenesnek nyilvánítania. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleményében azon az állásponton van, hogy az Eütv. 20. § (3), (4) és (7) bekezdésében szereplő feltételek alkotmányellenesek. Kiemeli, hogy a 20. § (3) bekezdésében a „gyógyíthatatlan” betegség azért alkotmányellenes előírás, mivel „az egyébként gyógyíthatatlannak tűnő, vagy csak hosszú évek alatt gyógyítható, vagy nem gyógyítható, de meghatározott egészségi állapotban (esetleg halálközeli állapotban) rögzíthető, stabilizálható, szinten tartható állapotban lévő személy számára is biztosítani kell az életfenntartó és az életmentő, de ezen túl bármilyen más kezelés visszautasításának jogát”.¹⁴ Alkotmányellenes a „rövid idő” előírása is, ez határozatlan jogfogalom és sérti a jogállamiságból levezetett jogbiztonság-normavilágosság követelményét. A 20. § (4) bekezdésében alkotmányellenes előírás, hogy a háromtagú bizottságnak arról is nyilatkoznia kell, hogy a beteg a visszautasító döntést annak következményei tudatában hozta-e meg, hiszen ha egyéb okból nem vetődik fel

14 1236/B/1993 sz. AB határozat, Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye III. 4/b.

a beteg belátási képességének, cselekvőképességének a korlátozottsága vagy hiánya, akkor nem lehet őt arra kényszeríteni, hogy cselekvőképességét bizonyítsa. Alkotmányellenes továbbá az ismételt nyilatkozat megkövetelése a betegről, illetve a 20. § (7) bekezdésében megfogalmazott rendelkezés, amely előírja, hogy a kezelések visszautasítása esetén meg kell kísérelni a döntés megváltoztatását: ez tulajdonképpen vitatkozási helyzetbe hozza az orvost a beteggel szemben, holott a beteg a döntést már korábban meghozta.¹⁵ Holló András alkotmánybíró párhuzamos indokolásában és különvéleményében (amelyhez Kukorelli István alkotmánybíró is csatlakozott) hasonló alkotmányossági problémákra hívja fel a figyelmet.

Az előbbi gondolatokkal egyetértve úgy vélem, hogy a kezeléstről való lemondás alaki-formai követelményének előírásai nem megfelelőek, a gyakorlatban nem is érvényesülnek, nem tudunk olyan esetről, hogy betartották volna ezeket a feltételeket. Továbbá kevés betegség van, ahol a beteg olyan állapotban van, hogy végig tudja csinálni az eljárást, és meg akar halni. Sarkítva: ha végig tudná csinálni a beteg, akkor nem akar meghalni, ha meg akar halni, akkor nem képes részt venni az eljárásban.¹⁶ Egyetértek az Alkotmánybíróság határozatában foglaltakkal az előző fejezetben leírtaknak megfelelően abban, hogy az emberi méltósághoz való jogból következő önrendelkezési jog alapján mindenkinek jogában áll egyéni döntést hozni arról, milyen módon akar véget vetni életének, ez az aktív eutanázia esetében az élethez való jogba, illetve az állam intézményvédelmi kötelezettségébe ütközhet, ezért ezt a jogot az állam korlátozhatja, vagy akár el is vonhatja. Jelenleg nincsenek meg azok a társadalmi, intézményi, tudományos stb. feltételek, amelyek alapul szolgálhatnak az aktív eutanázia bevezetéséhez, de ha ezek változnak, indokolt lehet az aktív eutanázia legalizálása. Ha ez bekövetkezik, az aktív eutanáziához való jogot természetesen korlátoznia kell az államnak, ez csak a legsúlyosabb esetekben, kivételes eszköz lehet. Ekkor további kérdésekre kell választ adni, pl. milyen feltételeknek kell érvényesülniük az aktív eutanázia vonatkozásában, ki hajtja végre az aktív eutanáziát? Azokban az államokban, ahol jogi lehetőség van aktív eutanáziára, orvos hajtja végre azt, de ettől eltérő megoldások is elképzelhetők, így Bitó László „szakértő átsegítő” intézmény bevezetésére tesz javaslatot.¹⁷

III. Az eutanázia alternatívája: a RAHME, avagy a halálba kísérés koncepciója

Az eutanázia az elmondottak alapján csak végső megoldás lehet, legalizálása esetén is korlátozó tényezőknek kell érvényesülniük, ugyanakkor a minden áron való életmeghosszabbítás (túlterápia) sem kívánatos megoldás. A két szélsőséges megoldás között kellene egy, a mindennapi gya-

¹⁵ 1236/B/1993 sz. AB határozat, Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye III. 4/a, c, d, e

¹⁶ Erre utal Bitó László: Jó halál vagy kínhalál c. cikkében (Népszabadság, 2003. május 13.).

¹⁷ Ld. Bitó László i. m.

korlatban is megvalósítható hozzáállás elméleti alapját megtalálni. Arisztotelész Nikomakhoszi etika című művében az erkölcsi erényt a közép fogalmával magyarázza, így erényes a cselekedet, ha középen áll a lelki rosszasság két megvalósulási formája: a túlzás és a hiány között.¹⁸ Esetünkben az eutanázia a hiányt jelenti, a minden áron való életmeghosszabbítás doktrínája pedig a túlzó álláspontot képviseli. A két szélsőséges megoldás közötti középutas koncepció az ún. RAHME, azaz a halálba kísérés (Sterbebegleitung) elmélete, amelynek egyre nagyobb figyelmet szentel a nyugati szakirodalom. Az arameus RAHME szó az irgalmasság, könyörület, együttérzés, szeretet jelentését hordozza, az álláspont gyökerei az ókori Mezopotámiába nyúlnak vissza. A RAHME az orvosoktól, ápolóktól a súlyosan beteg és haldokló páciensnek mint embertársnak a gondoskodó és gondozó ellátását követeli meg. A gondoskodás két aspektust, illetve kompetenciát foglal magában: 1. a RAHME megkövetel az egyéntől egy szakmai, technikai kompetenciát: ez ahhoz szükséges, hogy az elérhető és a nem elérhető célokat külön lehessen választani objektíválható tények alapján. A végső stádiumban lévő és haldokló pácienseknél a szakszerű palliatív terápia alkalmazása kerül előtérbe. 2. Másfelől a RAHME emberi, etikai kompetenciát is megkíván: ez a rászoruló beteggel szembeni, mint embertársunkkal és autonóm személlyel szembeni empatikus beállítódást jelent. Ez megköveteli, hogy a végső stádiumban lévő beteget mindig komolyan vegyék az orvosok és az ápolók (illetve hozzátartozók) és bevonják minden döntési folyamatba, autonómiáját az utolsó pillanatig megőrizték és támogatassák. Ez is a teljes körű palliáció formájában valósul meg, amely nem csak a testi fájdalomra irányul, hanem a pszichikai, spirituális és társadalmi eredetű szenvedésekre is.¹⁹

Ezen két aspektusnak kell érvényesülnie az orvosi-ápolói halálba kísérés esetében. A halálba kísérés magában foglalja tehát a kompetens, szakszerű ápolást, a beteg önrendelkezési jogának figyelembevételével, illetve a gondoskodó részvétel nélkül, hogy a beteg előtt álló út szükségtelen megrövidítésére (eutanázia) vagy meghosszabbítására (túlterápia) törekedne. A halál aktív meggyorsítása és az élet minden áron történő mesterséges meghosszabbítása, bár ellentétes módon, de kivonja a beteget saját természetes halála elfogadása alól. Jan-Francois Malherbe belga filozófus felhívja a figyelmet, hogy a halál pillanatának „kikerülésére” két lehetősége van az embernek: az első esetben amennyire csak lehet, kitolja a halál pillanatát, a másik esetben elébe vág a pillanatnak. Eberhard Schockenhoff moráleteológus rámutat, hogy haarmadik utat kell keresnünk az élet meghosszabbítása és az eutanázia között: ez az út csak a humánus halálba kísérés koncepciója lehet, amely megőrzi az orvostudomány emberi arcát és a haldokló emberi méltóságát.²⁰

A RAHME-koncepció, azaz a halálba kísérés elméletének gyakorlati megvalósulását jelenti a palliatív orvostudomány alkalmazása, illetve a hospice mozgalom létrejötte. Az átfogó palliatív kezelés és gondoskodás

18 Arisztotelész: Nikomakhoszi etika (Európa, Budapest, 1997) 52–53. o.

19 A RAHME-koncepció leírását lásd Oduncu-Eisenmenger: i. m. 331–332. o.

20 Ld. Oduncu-Eisenmenger i.m. 332. o.

Ciceley Saundersnek, a hospice mozgalom és a palliatív orvostudomány európai megalapítójának, a 20. század hatvanas éveiben született „Total Care” koncepciójára vezethető vissza. A „Total Care” alapjául a „Total Pain” megértése szolgál: a betegség és a szenvedés multidimenzionális jelenségek, organikus, pszichikai, spirituális és szociális panaszokat jelentenek. Mindezen panaszok hatékony kezeléséhez a terápiának is multidimenzionálisnak kell lennie. Hosszú ideig figyelmen kívül hagyták az orvostudományban a súlyos betegek és haldoklók rászorultságát, magányosságát és szenvedését. A palliatív orvoslás interdiszciplináris tudománya ezeknek a tényezőknek a figyelembe vételére törekszik: tárgya lényegében az előrehaladott stádiumban lévő, korlátozott várható élet-tartamú páciens aktív, átfogó kezelése abban az időszakban, amikor a betegség már nem reagál a kezelésekre, célja pedig a lehető legjobb életminőség elérése a beteg és hozzátartozói számára. Eberhard Klaschik bonni palliatív orvos többek között kiemeli, mint a palliatív orvoslás vezérelvét: a pszichikai, társadalmi és szellemi-lelki problémák integrálását, a halál elfogadását az élet részeként, az autonómia és az emberi méltóság respektálását, a multiprofesszionális és interdiszciplináris csoportmunkát. Fontos elv továbbá, hogy nem a fájdalmat, hanem a fájdalmat elszenvedő embert kell kezelni, az őszinteség a beteg-orvos kommunikációjában, a páciensek és a hozzátartozók egyforma támogatása (nagyon fontos tehát a hozzátartozók segítése is a betegség idején, valamint a páciens halálakor és azt követően). Franciaországban 1999. június 9-e óta a páciens palliatív orvosi ellátáshoz való jogát törvény rögzíti: a beteg-ellátásban részt vevő kórházak és klinikák kötelezettségeként írja elő, hogy mind a fájdalom megfelelő kezelését, mind a páciens palliatív gondozáshoz való hozzájutási lehetőségét biztosítani kell. Minden munkavállalónak joga van háromhónapos fizetés nélküli szabadságra, amelyet elsőfokú rokona vagy bármely, vele egy háztartásban élő személy halálba kísérése céljából vehet igénybe.²¹

Az eutanázia nem az egyetlen lehetőség az elmondottaknak megfelelően, amelyet egy gyógyíthatatlan, súlyos betegnek nyújthatunk, ez sok esetben nem valódi segítség, hiszen nemcsak a szenvedést, hanem beteg embertársunkat is megszünteti. A legtöbb ember halálos betegen nem a „megváltó mérget”, nem a halált akarja, hanem az emberi odafordulást és a hatékony fájdalomcsillapítást. A palliatív orvostudomány dokumentált tapasztalatai azt mutatják, hogy minél több emberi gondoskodást kap a beteg, és minél hatékonyabb fájdalomcsillapításban részesül, annál jobban elfogadja az előtte álló halált és megpróbálja, amennyire csak lehet, kitölteni életét.

A hospice-mozgalom a halálba kísérés koncepciójának elfogadásán, illetve a palliatív orvostudomány alkalmazásán alapul: a hospícium lényege a súlyos szenvedéseket átélő beteg ember számára méltóságának megfelelő ápolást és környezetet biztosítani. Ez megvalósulhat a beteg

21 Vö. Oduncu-Eisenmenger i.m. 334. o.

otthonában, illetve egy kórház külön osztályán, vagy egy önálló hospice-intézményben.²²

IV. Összefoglaló gondolatok

Véleményem szerint az emberhez méltó halál lehetőségét a „saját” halál, azaz az élet részeként értelmezett meghalással és halállal egyéni felfogásnak megfelelő módon és környezetben való szembenézés lehetősége jelenti. A „saját” halál lehetősége a mai viszonyok között nem biztosított, a halál medikalizálódása és a túlterápia miatt. Az eutanázia nem szolgálja a saját halál biztosítását, mert csak korlátozott tényezők között alkalmazható végső, kivételes eszköz lehet. Az eutanázia lehetősége egy olyan társadalomban, ahol a halál kultúrája teljesen hiányzik, nagy veszélyeket hordozhat magában. Fontos lenne, hogy a meghalás, illetve a halál – amennyire lehetséges – visszakerüljön a kórházakból a szenvedők meghitt környezetébe (emellett emberi feltételeket kell biztosítani a kórházakban is). Az orvostudománynak vissza kell találnia a terápia eredeti értelméhez: az orvoslás ne csak gyógyítás, hanem támasz és kísérő is legyen. A keresett megoldás elméleti alapját jelentheti az ún. RAHME, a halálba kísérés koncepciója, amely a súlyos beteg gyógyítása mellett az emberi méltóság megőrzését hangsúlyozza, nem pusztán orvosi intézkedések tárgyaként tekint a betegre, hanem mint autonómiával bíró lényre, amelyet testi esendősége és teljes kiszolgáltatottsága ellenére sem veszít el. Ezt a szemléletet próbálja megvalósítani a gyakorlatban a palliatív orvostudomány és a hospice-mozgalom. Mivel Magyarországon ez a szemlélet még kevésbé elfogadott, mindent meg kell tenni a harmadik út gondolatának megismertetéséért, illetve a palliatív gondoskodás bevezetését kell szorgalmazni az orvosi ellátás során.

²² A hospice-mozgalomról, ill. a palliatív medicináról ld. Oduncu–Eisenmenger i.m. 332–333. o. Eberhard Klaschik megállapításait lásd 333. o., Blasszauer Béla: Eutanázia, 200–222. o., Gaizler Gyula i. m. 152–155. o., Böszörményi Dalma: Súlyos betegen élni. Méltósággal meghalni (Hospice-kézikönyv, Corvinus Budapest, 1995), ill. Hegedűs Katalin: Halálközelen I–II. A haldokló és a halál méltósága (Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 1995.).