

Sándor Judit

AZ ÉLETVÉGI ÖNRENDELKEZÉS ÉS A LÁTHATATLAN VASFÜGGÖNY

Az írás arra keresi a választ, hogy miként lehet az emberi méltóságot fenntartani és védeni az élet végéig, elismerve és elfogadva, hogy bár a halál minden emberi sors része, a haldoklás mikéntje és annak megélése nagyon különböző lehet. Vajon miért tekintenek az egyes országokban az életvégi döntésekre úgy, mint a betegek jogainak természetes velejáróira, miközben másutt továbbra is tabukkal övezett az élet utolsó szakasza, és legkevésbé sem a távozóban lévő ember méltósága tűnik a legfontosabbnak, sokkal inkább csoportként tekintenek a sérülékeny betegekre, illetve a betege válla fölött, külső szempontok és érdekek mentén döntenek a betegek sorsáról? Mik az előfeltételei annak,

hogy az életvégi döntéseket illetően jobban érvényesüljön az önrendelkezés joga? Ha az elhunyt végakarata a szent, a gyógyíthatatlan beteg önrendelkezése miért nem? Fontosabb a halál utáni vagyoni önrendelkezés, mint az élet utolsó szakaszában a beteg kívánsága?

Magyarországon régóta folynak viták a méltó halálról, és a különböző időkben végzett közvéleménykutatások¹ mind azt mutatják, hogy az emberek maguk szeretnék dönteni az élet végén alkalmazott orvosi kezelésekről vagy azok elutasításáról. A közvéleménykutatásokból az is kitűnik, sokan a halál siettetésével az aktív segítséget is igénylik, ha nem sikerül a szenvedéseket enyhíteni.² Mégis, amikor jogalkotásra kerül a sor Európában, akkor a szemérmesség, óvatosság, vagy csak az egyszerű háritás érvényesül, főként a volt állam szocialista országokban.

ELŐZMÉNYEK

Karsai Dániel alkotmányjogász küzdelme a méltó halál elfogadásáért több szempontból is egyedülálló volt a magyar bioetika történetében. Az életvégi döntések, az eutanázia témája többször megjelent már a hazai vitákban, de általában elszigetelten, és csupán néhány napig, vagy hétig voltak napirenden ezek a témák. Blasszauer Béla,³ Polcz Alaine,⁴ Bitó László,⁵

Kovács József,⁶ Vadász Gábor,⁷ Filó Mihály,⁸ Takács Albert,⁹ Kmetty Ildikó, Sajó András, e sorok írója¹⁰ és sokan mások szerepeltek néhány napig nyilvános vitákban. Számos irodalmi mű és film született e témában – például Jelenczki István 1994-ben többrészes dokumentumfilmet készített *Haláljog* címmel, amelyet mind a televízió, mind pedig néhány mozi is levetített; egy 2021-ben megjelent kötetben harminc magyar író fejtette ki véleményét a halál méltóságáról¹¹ – de mégsem bontakozott ki olyan hosszú ideig tartó és jogi lépéseket is magában foglaló vita, érzékenyítés, figyelem, mint amelyet egyetlen ember, Karsai Dániel váltott ki a hazai médiában,

közbeszédben 2023 őszétől egészen mostanáig. És mindez nemcsak annak tudható be, hogy a jogász maga is egy gyógyíthatatlan, fokozatosan romló, súlyos betegségben, az amiotrófiás laterálszklerózisban (ALS) szenvedett, hanem annak is, hogy Karsai Dánielnek sikerült a közvélemény számára nem túl népszerű jogi érvelést is megkedveltetni. A betegsége sem volt közismert, és a hazai vitákban még sosem történt olyan, hogy valaki vállalva testi tüneteit, az egyre nehezebben for-

málódó szavakat, a kerekesszéket, a nyilvánosság előtt szabatos jogi és etikai érveket hozzon fel az eutanázia elfogadása mellett. Mindezt nem az érzelmeire apellálva tette, hanem kristálytisztan jogi érvek mentén. Talán ez a fajta közlésmód volt az, ami megtörte a csendet az életvégi döntések körül. Vitát kezdeményezett, elment az országgyűlésbe, konferenciákon jelent meg, sok interjút adott, tévészeretlét, rádióinterjút vállalt, tudósított a közösségi médián, népszavazást kezdeményezett, a Kúriához fordult. 2023 nyarán sikeresen nyújtott be kérelmet Strasbourgban az Emberi Jogok Európai Bíróságához (EJEB), és fontos jelzés, hogy a bíróság szokatlanul gyorsan, már 2023 novemberében napirendre tűzte a meghallgatást. A novemberi tárgyalási napon Karsai Dániel maga is jelen volt, és fel is szólalt. A teremben lévők lélegzetüket visszafojtva hallgatták mondandóját. Azután sem adta fel a küzdelmet, hogy

a bíróság 2024 júniusában elutasította a keresetét,¹² majd a 2024 augusztusában a Nagytanácshoz benyújtott fellebbezését is elutasították.¹³ Más eszközökkel, szélesebb nyilvános vitát kezdeményezve, tovább folytatta a küzdelmét.

Az eset felszínre hozta az eutanázia és az öngyilkosságban való közreműködés számos társadalmi, etikai, jogi és orvosi aspektusát. Mit tehet egy orvos, ha haldokló vagy gyógyíthatatlan betege segítségét kéri? Mit tehet a társadalom a haldokló betegért? Mi ebben a folyamatban a hozzátartozók szerepe? Hogyan lehet tiszteletben tartani egy haldokló beteg emberi méltóságát? A haldoklás medicalizációja közepette, hogyan érvényesülnek a betegek jogai? Ezen alapkérdések mellett az is felvetődik, hogy vajon miért kell küzdeni az életvégi döntés gyakorlásáért, ha viszonylag jelentéktelen egészségügyi kérdésekben a páciens dönthet, sőt választhat a lehetséges gyógymódok közül. Ahhoz, hogy erre választ kapjunk, meg kell vizsgálni az életvégi döntések szabályozásának jellegzetességeit.

A HAZAI ÉLETVÉGI DÖNTÉSEKRŐL SZÓLÓ SZABÁLYOK SZERKEZETE

Elgondolkodtató, hogy míg Nyugat-Európa számos országában az életvégi döntések valamely formája (aktív eutanázia, orvos általi öngyilkosságban való közreműködés vagy orvosi segítség az élet végén, életvégi tervezés) elfogadott,¹⁴ addig Közép-Kelet-Európában továbbra is tabusított ez a kérdés. Fontos hangsúlyozni, hogy ez nem azt jelenti, hogy ne lennének ilyen döntések, inkább azt jelenti, hogy az önrendelkezés gyakorlata itt kevésbé honosodott meg, és a helyzet másképpen „oldódik meg”. Magyarországon az öngyilkosságban való közreműködés büntetőjogi megfogalmazása XIX. századi,¹⁵ az ellátás visszautasítására vonatkozó hatályos norma XX. századi,¹⁶ míg az intenzív terápiás életfenntartás lehetőségei XXI. századiak.¹⁷ Mivel nálunk nincsenek arra vonatkozó felmérések, hogy a gyakorlatban miként születnek az orvosi döntések az életfenntartó kezelésekről, azok beszüntetéséről, a mélyaltatásról vagy a szedálásról, ezért a látszat az, hogy az életvégi döntések nyílt lehetőségét csupán néhány jogvédő aktivista veti fel időről időre. Véleményem szerint nehéz lesz az előrelépés az orvosok részvétele

nélkül, illetve anélkül, hogy az orvosok őszintén feltárnák a dilemmáikat. Az orvosok számára a tehetetlenség kudarcélményét hozza a gyógyíthatatlan betegség és a halál, ezért az élet végső szakaszában, az életvégi döntésekben való részvételük elismerése, feltárása tabu.

A szenvedésnek és a haldoklásnak számtalan formája van, és kultúránként, jogrendszerként egymástól igen eltérő megoldások születtek a kapcsolódó problémák kezelésére. Az

eutanázia kifejezés jogi szempontból gyakorlatilag használhatatlanná vált, hiszen annyi mindent és annyféle cselekedetet vagy mulasztást értünk alatta, amely az életet megrövidíti.¹⁸ Ma már csak az önkéntes, tehát az érintett kérésére történő – rendszerint az elviselhetetlen szenvedések miatt kért – eutanázia merülhet fel, a nem önkéntes forma mindenütt szigorú büntetőjogi következményekkel jár. Az életvégi döntéseket illetően érdemes megkülönböztetni önkézséget és idegenkézséget.¹⁹ Nemcsak a

jogelméletben, de a gyakorlatban is sokan úgy ítélik meg, hogy jobban kifejezi az egyéni autonómiát az önkézség, vagyis az, amikor a gyógyíthatatlan, agonizáló beteg maga vet véget életének, és ekkor a közreműködés jogi értékelésén van a hangsúly. Állapota miatt sok beteg nem képes az öngyilkosságra, nem beszélve arról, hogy valamilyen orvosi segítségre, receptre ekkor is szükség van, hacsak nem akarjuk a haldoklót vagy a hozzátartozót sokkoló, embertelen tettekre készíteni.²⁰ Az öngyilkosságban való közreműködés a magyar jog szerint bűncselekmény, ráadásul az orvos általi közreműködés sem privilegizált alakzat. Magyarországon az egészségügyi törvény 1997-ben bevezette az ellátás visszautasításának jogát, igaz, ezt szorosan körülhatárolt esetekre korlátozta. Az ellátás visszautasításának jogáról az Eütv. 20–23. §-ai rendelkeznek. A főszabály szerint „a cselekvőképes beteget megilleti az ellátás visszautasításának joga, kivéve, ha annak elmaradása mások életét vagy testi épségét veszélyeztetné”. Azonban, a beteg „minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be, csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelensége esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza. Ez utóbbi esetben a visszautasítást az egészségügyi dokumentációban rögzíteni kell, amelyet a tanúk aláírásukkal hitelesítenek”.

Az egészségügyi törvény nagyon lakonikusan megemlíti az életmentő és az életfenntartó kezelések visszautasításának lehetőségét is. Az Eütv 20. § (3) bekezdése szerint 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*”.

A fenti rendelkezés érvényességének további feltétele az, hogy egy háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja, és egybehangzóan, írásban nyilatkozzon arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve, hogy a törvény feltételek fennállnak; továbbá, a betegnek az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételt ki kell nyilvánítani a visszautasításra irányuló szándékát. Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe. A fenti passzusokból nyilvánvaló, hogy a szabályozás inkább csak az eljárási szabályok lefektetésére korlátozódott, nem sok támpontot adva arra, hogy a különböző helyzetben lévő súlyos betegek esetén miképp lehet a jogszabályt értelmezni. Egy ilyen szabálynak elsősorban a beteg méltóságára kellene tekintettel lenni. Hiányzik az alternatívák, így például a palliatív ellátás, fájdalomcsillapítás, megfelelő ápolás biztosítása, ehelyett azonban a haldokló páciens inkább egyfajta kérelmező ügyfél szerepébe kényszerül a jogszabály elgondolása szerint.

Pedig az élet befejezésének körülményei mindig személyesek. Különböző állapotban, kezeléseket és tünetcsökkentési lehetőségek mérlegelése után érkezik ide a távozóban lévő. Ki-ki más élet- és halálfelfogással. Ez a meghittség ad méltó keretet az élet befejezésének.

Az egyéni autonómia és a betegek önrendelkezésének jogi elfogadása, másrészt az orvos, illetve a segítő hozzátartozó büntetőjogi felelősségének együttes fennállása rendszerint jogi ügyekben torkollik, hiszen a két norma összeütközésbe kerül egymással. A legtöbb esetben a beteg csak úgy tudja gyakorolni az önrendelkezését, ha ehhez orvosi segítséget kap,

ugyanis elkerülhetetlen az orvosi támogatás, a fájdalomcsillapítás, vagy az életért folytatott józan küzdelem. A haldoklás medikalizációja nyomán úgy tűnik, az élet e fontos pontján kicsúszott a méltóság fenntartásának lehetősége a leginkább érintettek kezéből. Egyre kevesebbeknek adatik meg a hozzátartozókkal végigküzdött, a szenvedéseket megfelelően csökkenteni tudó gondoskodás mellett bekövetkező, meghitt halál. A modern orvostudomány „megszabadított”

bennünket szeretneink végső harcának megélésétől. Cserébe elvette a betegség, haldoklás intimítását. Kórházaink pedig híven tükrözik a külső világot, a haláltól való idegenkedést és az emberség kiszorulását a mindennapok fontos csatáiból. A kérdés az, hogy milyen jogi megoldások segíthetik a haldoklók önrendelkezésének, méltóságának helyreállítását. A kezelés visszautasításának joga, mint azt elnevezése is mutatja, csak szűk körben ad lehetőséget, hogy a páciens rendelkezzen a kezeléséről, a felajánlott kezeléseket némelyikét elutasíthatja, de nem dönthet maga arról, hogy helyette mi mást szeretne. A páciensközpontú életvégi tervezés azt jelentené, ha nemcsak elutasítani lehetne bizonyos beavatkozásokat, de lehetne kérni is, illetve bele lehetne egyezni élet-

végi kezelésekre, palliatív ellátásokba, egészen a szenvedés csökkentését célzó orvosi beavatkozásokig. De amíg csak bizonyos kezelésekről lehet, még hozzá nagyon bonyolult módon lemondani, addig a gyógyíthatatlan szenvedő beteg önrendelkezése sérül.

SZEMBENÉZÉS ÉS TABUSÍTÁS

Az amerikai és az európai jogi megközelítés tagállamonként, illetve államonként változó ugyan, általánosságban mégis elmondható, hogy az életvégi döntés megengedhetőségében Európában nagyobb szerepe van a páciens által megélt szenvedésnek, mint valami egységes orvosi szempontrendszernek.²¹

Persze Nyugat-Európa sem mutat egységes képet, sokféle szabályozás alakult ki, rendszerint hosszú viták következményeképp. A holland és belga eutanáziaszabályozás²² talán a legismertebb. Belgiumban már 2002-ben elfogadták az eutanáziáról szóló törvényt, amely számos garanciális feltételt rögzített.

A holland szabályozás esetjogi előzmények után fokozatos törvénymódosításokkal született meg. Mára már pontos statisztikák állnak rendelkezésre arról is, hogy milyen betegségek esetében élnek ezzel a lehetőséggel a páciensek. Ezekből kiderül, hogy ALS-ben szenvedő betegek sok esetben kérték az aktív eutanáziát. Az ALS diagnózis megfelel a törvényben rögzített feltételeknek, mivel ez az állapot elviselhetetlen és hosszú szenvedéssel jár. A elvesztett beszédképesség helyettesítésére számos eszköz, digitális és egyéb technikai segítség áll ma már rendelkezésre, de az izomcsoportok működésének fokozatos leállítására egyelőre még nincs hathatós terápia. A holland gyakorlatról magyar szerzőtől is értesülhetünk.²³

Bár igaz, hogy az Európa Tanács országainak összességét tekintve egyelőre kisebbségben vannak az eutanáziát, illetve az öngyilkosságban való közreműködést legalizáló országok. Az aktív eutanázia bizonyos formái megengedettek Belgiumban, Luxemburgban, Hollandiában, Spanyolországban és Portugáliában, és csak hét tagállamban, Ausztriában, Finnországban, Németországban, Olaszországban, Liechtensteinben, Svédországban és Svájcban legális az öngyilkosságban való közreműködés, bizonyos formában. Ha azonban az országok földrajzi és történelmi helyzetét is figyelembe vesszük, akkor szembeötlő, hogy olyan, mintha a vasfüggöny ezen a téren továbbra is létezne. Érdemes lenne elgondolkodni, hogy ennek mi lehet az oka. A jogrendszer különbségei, az egészségügy helyzete, az önrendelkezés gyakorlatának különbségei?

A bioetika területén megfigyelhető, hogy a tájékoztatás és önrendelkezés megfelelő és korrekt gyakorlata alapvető az egészségügy területén érvényesíthető más jogok tekintetben is.²⁴ Ha az előbbiek nem jól, vagy csak későn alakulnak ki, akkor minden más vonatkozó döntés is torzul.

Az aktív életvégi önrendelkezés bizonyos formáit az elmúlt években több ország, például Spanyolország, Portugália és Ausztria is elismerte. Portugáliában 2023-ban fogadtak el a támogatott haldoklásról szóló törvényt,²⁵ amelyben rögzítettek az orvosi segítség alkalmazásának feltételeit az élet végén: e szerint szigorú feltételek megléte esetén nem büntethető az orvosi halálba segítés („morte medicamente assistida”, MMA). Ez a törvény egy hosszú, több parlamenti ciklust felölelő jogalkotási folyamat révén született meg; négy elnöki vétő, két alkotmánybíró-

sági határozat és egy korábban megvétózott rendelet parlamenti megerősítése előzte meg. 2023 májusában végül hatályba lépett a törvény, amely lehetővé tette az orvosi halálba segítést. A portugál törvény számos garanciális feltételt szab, ezek között szerepel például a páciens megfelelő és részletes tájékoztatáson alapuló, megismételt akaratnyilvánítása is.

A fentiek mutatják, hogy az életvégi döntések jogi elismerését hosszú folyamat előzheti meg. Spanyolországban 2021-ben született meg az eutanáziáról szóló törvény.²⁶ A törvény meghozatala után két alkotmánybírói döntés nyomán alakultak ki a garanciális feltételek. A spanyol törvény szerint a kérelmezőnek 18. éven felülinek kell lennie, és már legalább 12 hónapja Spanyolországban kell tartózkodnia. Ez utóbbi rendelkezés nyilvánvalóan az eutanáziaturizmust próbálja megakadályozni. Sajátos vonása még a spanyol törvénynek, hogy előzetesen egy regionális bizottságnak kell jóváhagynia, hogy a törvényben megszabott feltételeknek megfelel az adott kérelem.

Ha az utóbbi években megjelenő törvényeket vizsgáljuk, szembeötlő az is, hogy nagyon fontos feltétel a palliatív ellátások hozzáférhetősége, hiszen, ha nincs más alternatíva a szenvedés csökkentésére, csak az eutanázia, az nyilvánvalóan torzítja és megsokasítja az eutanáziakérelmeket.

Az öngyilkosságban való közreműködés kapcsán meg kell említenünk Svájcot is, ahol nem bűncselekmény az öngyilkosságban való közreműködés. Ezt a helyzetet már az 1937-es büntető törvény megteremtette, amelynek 115. cikke csak az önző szándékból való közreműködést rendeli büntetni.²⁷ Az 1980-as évektől kezdve e passzust úgy értelmezték, hogy ha nem önző a motiváció, akkor az öngyilkosságban való közreműködés nem szankcionálandó. A támogatott öngyilkosságot általában nem orvosok hajtják végre,²⁸ hanem az asszisztált öngyilkosság gyakorlatában részt vevő nonprofit szervezetek önkéntesei, akik nem rendelkeznek orvosi végzettséggel. Az orvosok szerepe a halált okozó szer felírására és a beteg döntési képességének felmérésére korlátozódik; maguk nem működnek közre az öngyilkosságban. E tekintetben az asszisztált öngyilkosság svájci gyakorlata hasonló az Egyesült Államokban Oregon állam gyakorlatához.²⁹ Svájcban az első két öngyilkossági segítségnyújtó szervezetet 1982-ben hozták létre, de egymástól függetlenül: az Exit Deutsche Schweiz nevű Svájc német nyelvterületén hozták létre, központja Zürich-

ben, az Exit A.D.M.D (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité) nevűt az ország francia ajkúak által lakott részén, genfi székhellyel. Az első asszisztált öngyilkosságot 1985-ben hajtotta végre az Exit Deutsche Schweiz.³⁰

Ami a magyar helyzetet illeti, 1997 óta az egészségügyi törvényben szerepelnek a betegjogok, így a gyógykezelés, ennek körében az életmentő és életfenntartó kezelések elutasításának lehetősége is. A szabályozás meglehetősen lakonikus. Mivel nem kapott kellő nyilvánosságot, ezen életvégi döntések lehetősége kevesek körében ismert. Úgy tűnik, hogy a gyakorlatban nagyon kevesen élnek az említett lehetőséggel, és az orvosok is bizonytalanok a törvény végrehajtását illetően. A magyar jogszabályok sem az aktív eutanáziát, sem pedig az öngyilkosságban való közreműködést nem teszik lehetővé; sőt, ezeket az alakzatokat a büntetőjog is szigorúan tiltja. A jelenlegi eutanáziavitában sokszor hangzik el az a jogos kétely, hogy a jelenlegi, romló állapotú egészségügyünk körülményei közepette – hosszúak a várólisták, és sok beteg hiába fizette az egészségügyi járulékot évtizedeken át, mégis a magán-egészségügyi ellátás révén jut csak időben kezeléshez – vajon felvethető-e egyáltalán az eutanázia, vagy az öngyilkosságban való közreműködés megengedhetősége. Az aggodalom jogos, viszont azt is látni kell, hogy a most szenvedő beteg nem várhat az egészségügyi körülmények javulására. Sok helyen az eutanáziavitákat arra is felhasználták, hogy nagyobb figyelem jusson a haldokló betegek gondozására, a tünetek csökkentésére, a palliatív, illetve a hospice ellátásra, tehát az eutanáziavita katalizátorként szolgált ezen területek fejlesztésére is. Ha minden lehetőt megteszünk a szenvedő betegek helyzetének javítására, akkor vetődhet fel, hogy azon esetekre tekintettel, amikor a segítség dacára elviselhetetlen a szenvedés, illetve az emberi méltósággal összeegyeztethetetlen a beteg állapota, az életvégi döntések szélesebb körének adjunk lehetőséget.

Az életvégi döntések tabusításának következménye paradox módon lehet az életvégi döntések siettetése is. A *Karsai*-ügyben is felmerült, és a meghallgatáson is sok kérdés a körül forgott, hogy milyen következményei lennének, ha a kérelmező Svájcba utazna, és ott kérne segítséget öngyilkossághoz. A magyar büntetőjog hatálya kiterjed a külföldön elkövetett, Magyarországon bűncselekménynek minősített cselekményre is,³¹ még ha az adott ország joga szerint az nem is minősülne bűncselekménynek. Mivel nálunk nincs pontosan meghatározva, hogy mi

minősül közreműködésnek, a segítők széles köre szembesülhet büntetőjogi következményekkel.³² Ebből pedig az következne, hogy az érintett nagyon korán, lehetőség szerint segítség nélkül utazzon ki, hogy ne sodorjon másokat nehéz helyzetbe. Mivel például az ALS betegség esetében fokozatosan romló az állapot, ez azt jelentené, hogy a diagnózis felállítása után, az első komolyabb tünetek jelentkezések kellene elindulni, akkor, amikor a beteg még talán halogatni szeretne a döntést, de – az állapotromlástól tartva és a rokonai büntetőjogi fenyegetettségét tekintetbe véve – esetleg mégis elindul a végső útra. Ez a jogi kényszerhelyzet sietteteti az élet befejezését, mert ez az egyedüli legális útja a szenvedések alóli szabadulásnak. Márpedig, ha ez így van, akkor furcsa mód az élet védelmét szolgáló jogi korlátozás az élethez való jog korlátozását is eredményezheti.

PALLIATÍV ELLÁTÁS ÉS HOSPICE

Simone de Beauvoir *A szelíd halál (Une morte très douce)* című, 1964-ben kiadott könyvét így fejezi be: „*Anyám viselkedése okot adott az optimizmusra, hiszen még akkor is, amikor félig lebévult és már haldoklott, látuk rajta, milyen végtelenül nagyra becsüli az élet minden pillanatát; ugyanakkor az életért való küzdelemnek hiabavalósága letépte a halál banalitásának megnyugtató függönyét. Nincs természetes halál: semmi nem természetes, ami velünk történik hiszen jelenlétünk megkérdőjelezi a világot. Minden ember halandó: de minden ember halála baleset, és még ha az illető tudja, és el is fogadja, hogy egyszer meg kell halnia, az elmúlás egy váratlan erőszakos esemény.*”³³

Ha a halál az élettörténet szerves része, akkor nincs jogunk a haldoklótól elvonni azt a lehetőséget, hogy – bár a szenvedést és a betegséget senki sem választja, de – a távozás mikéntjébe igenis legyen beleszólása. A heroikus küzdelem, a szenvedés méltósággal viselése ugyanúgy tiszteletet érdemel, mint az, ha valaki úgy érzi, hogy nem tud tovább küzdeni, vagy nem tudja a méltóságát fenntartani.

Az egészségügynek soha nem szabad lemondania betegekről. A legsúlyosabb, legreménytelenebb esetekben is biztosítani kell az ápolást, a fájdalmak és a tünetek enyhítését. A palliatív ellátás és a hospice sokat tesz annak érdekében, hogy az élet utolsó szakasza elviselhető legyen. A gyógyíthatatlan és szenvedő betegnek a halál siettetésére vonatkozó kérését akkor lehet megnyugodva elfogadni, ha vannak alternatívák, de azok révén az adott beteg számára még-

sem válna elviselhetővé az életet. Magyarországon Polcz Alaine és Muszbek Katalin³⁴ munkássága révén honosodott meg a hospice ellátás. A bioetika terén Hegedűs Katalin³⁵ foglalkozott a legtöbbet a hospice ellátással. A palliatív ellátásról szóló tankönyvet Csikós Ágnes szerkesztette.³⁶ A palliatív ellátás multidiszciplináris hátteret feltételez. Bár számos komoly eredmény született a hospice és palliatív ellátás terén, a hospice ellátás elsősorban a haldokló daganatos betegeknek jelenthet megfelelő megoldást, más betegségekben szenvedők esetében kevésbé működik.

Sajnos, mivel a haldoklás folyamata egyénekenként nagyon eltérő, nem mindenki számára hatékony a palliatív, illetve a hospice ellátás. Nemcsak a testi, de a lelki szenvedéseket is ki-ki másként éli meg. Van, aki a hozzátartozói miatt él tovább, várja az unoka érkezését vagy egy jeles eseményt; van, aki úgy érzi, hogy nem tud és nincs is miért tovább küzdeni. Fontos azonban, hogy akár az orvosi közreműködéssel végrehajtott öngyilkosságot, akár az eutanázia valamely formáját engedi a jog, először is a palliatív ellátás elérhetőségét és megfelelő színvonalát kell biztosítani.

Amikor a strasbourg-i meghallgatásra készültem, meglepően sokan javasolták, hogy érveljek a hazai egészségügy kilátástalan helyzetével, a kórházak állapotaival, a fertőzések gyakoriságával, az ápoló személyzet hiányával. Nem tartottam helyesnek ezt a megközelítést. Az ugyanis tragikus és elfogadhatatlan lenne, ha súlyos betegek tömegei azért választhatnák a halál orvosi szitétését, mert az egészségügy helyzetének javítása helyett csupán a beteg önrendelkezését adjuk meg. A kettő szoros kapcsolatban van. Az egészségügy lehet egyszerre élet- és méltóságpárti: legyen arra törekvés, hogy a minél több beteg meggyógyuljon, de ha ez már nem lehetséges, akkor méltó körülmények között kapjon megfelelő ápolást, és enyhítsék a tüneteit. Az életvégi döntések kérdéskörébe az is beletartozik, hogy emberséges, méltó körülmények legyenek a kórházakban, és akkor jóval kisebb lesz azoknak az aránya, akik az eutanázia vagy segítséggel végrehajtott öngyilkosság valamely formáját választják.

Épp az egészségügyi ellátás jelenlegi hazai állapota miatt nem időszerű több neves hazai szakember szerint az eutanázia és az öngyilkosságban való közreműködés törvényi engedélyezése.³⁷ Felhozható az az érv is, hogy épp ezért kell fejleszteni az egészségügyi ellátást, hogy senki ne emiatt kényszerüljön idő előtt távozni. Ugyanakkor az eutanáziavita katalizá-

torként is hathat a hospice ellátások forrásainak bővítésére és az egészségügy helyzetének javítására.

A BETEGSÉG TERMÉSZETES LEFOLYÁSA

Az egészségügyi ellátás, és elsősorban az intenzív terápiás ellátás fejlődése, a gépi lélegeztetés, és számos mesterséges életfenntartó kezelés megjelenése azt eredményezte, hogy előtérbe kerüljön a páciensek és hozzátartozóik igénye az önként választott, szenvedéseket csökkentő kezelések, illetve a gépek révén fenntartott élet lerövidítése iránt. A kényszer-eutanázia fenyegetésének – ami azon alapult, hogy mások értéktelennek nyilvánították az életét – korszaka elmúlt, és előtérbe került a teljes élet után súlyos

szenvedéssel teli haldoklást lerövidítő önkéntes eutanázia kérdése. A bioetika jelentős része ezzel a korszakkal foglalkozik. Minden országban fokozatosan megjelentek a gépi lélegeztetés, később a mesterséges táplálás mellőzésére vonatkozó igények, majd az eutanázia aktív alakzataira is, amelyek nemcsak a kezelés beszüntetését jelentik, hanem aktív orvosi közreműködést az élet lerövidítésében. Nemcsak Hollandia, Belgium, Luxemburg, Svájc lépett erre az útra, de a világ számos pontján

– különböző feltételek mellett, eltérő elnevezéssel ugyan, de – elfogadták a páciensnek az élete lerövidítésére irányuló kérését. Így például Columbiában, Kanadában, Oregonban, Kaliforniában vagy az ausztrál Victoria államban. A megnövekedett számú jogeset is mutatja – különböző kezeléstípusokról, különböző életkorú és állapotú betegekről van szó –, hogy fokozatosan bővül az eutanázia alkalmazási köre. Franciaországban ún. tünetcsökkentő szedálást³⁸ alkalmaznak, de mára az is felvetődött, hogy ez számos esetben nem elfogadható a páciens számára.

BETEGTÁJÉKOZTATÁS ÉS ÉLETVÉGI TERVEZÉS

Az életvégi döntések elengedhetetlen feltétele a beteg tájékoztatás.³⁹ Magyarországon 1990-ig a gyógyíthatatlan betegek esetében az orvos eltekinthetett a tájékoztatástól.⁴⁰ És bár ma már törvény írja elő a megfelelő tájékoztatást minden esetben, a gyógyíthatatlan betegség közlése sokszor nem megfelelő

vagy nem elégséges, hiszen a kezelés számos lehetőségét, alternatíváját is meg kell beszélni. Ezt a felkészülést nevezik életvégi tervezésnek. Az orvos és más egészségügyi dolgozók, valamint a beteg közötti hosszabb, többlépcsős kommunikáció. Mivel a beteg életének utolsó szakasza hónapokig vagy akár évekig is tarthat, az állapota pedig közben változhat, ezért többszöri tájékoztatásra is szükség lehet. Mivel ma már a legkritikább eset, hogy valaki a betegség természetes lefolyása következtében hal meg, a reménytelen állapot kialakulását jellemzően számtalan orvosi beavatkozás előzi meg, amelyek adott esetben az élet meghosszabbítására tett kísérletek voltak, de egyúttal akár a szenvedéseket is növelték, akaratlanul. Már csak ezért sem hagyhatja magára az orvos a beteget ebben az utolsó fázisban, még ha tehetetlennek is érzi magát. Nem ellentétes a gyógyító szereppel a szenvedések csökkentése és a beteg végigkísérése az élete utolsó szakaszában. Sokakkal ellentétben⁴¹ én úgy gondolom, hogy a laikus segítség a szakszerűség hiánya miatt sokszor szükségtelen szenvedést okoz, visszaélésekhez vezethet, és a hozzátartozó általi segítség pedig – orvosi segítség hiányában – elkövetési módjában gyakran gyilkosságra emlékeztet. A már említett Binder-ügy⁴² tanulsága, hogy a magára hagyott beteg és hozzátartozó kilátástalan helyzetbe kerülhet. Ráadásul a hozzátartozók közötti konfliktusok forrása is lehet az életvégi döntés, hiszen gyakran gyökeresen eltérő állásponton vannak ezt illetően az egyes hozzátartozók.⁴³

KORÁBBI ESETEK: VAN-E JOGFEJLŐDÉS?

Számos emberi jogi kérdést illetően kimutatható, hogy az EJEK élő dokumentumnak tekinti az emberi jogi konvenciót, és fokozatosan nyit a jogok progresszívabb értelmezése felé, így például a mesterséges megtermékenyítés,⁴⁴ a béranyaság,⁴⁵ az azonos neműek kapcsolata⁴⁶ terén. Az életvégi döntések jogi megítélése azért különösen érzékeny terület, mert egyrészt kötődik fontos morális és kulturális kérdésekhez, másrészt pedig sok tényező együttes értékelésére van szükség a megítéléshez. Különböző a betegségek lefolyása – valamint eltérnek és változnak az orvostudomány lehetőségei ezeket illetően –, a jogrendszerbe vetett bizalom, a bioetika helyzete, a palliatív ellátások hozzáférhetősége és színvonala.

Nehezen mérhető az is, hogy mi a viszonya a szabályozásnak és a tényleges orvosi, ápolói gyakorlatnak. A tabusítás egyik következménye ugyanis az, hogy nem tudjuk, hogy miként születnek meg az önrendelkezést részben helyettesítő orvosi döntések az intenzív és más osztályokon. A büntetőjogi fenyegettség miatt nyilván vita is nehezen képzelhető el ezen a területen.

Mint megannyi bioetikai vonatkozású ügyben az EJEK előtt, az életvégi döntések esetében is rendszerint az egyezménynek a magánélet tiszteletéről szóló, 8. cikkében foglalt jog a leggyakrabban hivatkozott. A *Pretty Egyesült Királyság elleni* ügyében⁴⁷ elfogadta az EJEK azt az érvelést, hogy az életvégi döntések is beletartoznak a magánélet védelmének körébe. A *Pretty*-eset azért is jelentős, mert sokban hasonlít

a *Karsai*-ügyhöz, hiszen az előbbi kérelmező is azt kérte, hasonló okokból, hogy békés halálba segítse valaki (esetében a férje), és hogy az elkövetőt emiatt ne büntessék. Dianne Pretty beadványa kapcsán szembesült először az EJEK az egyéni autonómia és az öngyilkosságban való közreműködés eltérő jogi megítélésével. A 43 éves asszony súlyos idegrendszeri megbetegedése, bénulása miatt nem tudta volna az általa tervezett öngyilkosságot végrehajtani, de ha a

férje segített volna neki, akkor férjét az angol törvények alapján elítélhették volna. A szenvedő asszony álláspontja szerint a magánélethez és emberi élethez való jogot, valamint a diszkriminációmentességet sérti az, ha ilyen esetekben egy haldokló nem kaphat segítséget öngyilkosságának kivitelezéséhez. Persze kérdés, hogy az önrendelkezési jog vonatkozatható-e élet és halál kérdésére is.

A strasbourgi bírák úgy találták, hogy az egyénnek nincs joga a halálhoz, legalábbis olyan értelemben nem, hogy az öngyilkosságban való közreműködéshez való jogot a jogrendszer általános érvényűen elfogadja. A hozzátartozók véleménykülönbsége, illetve a kritikus kezelések beszüntetésével kapcsolatos kérdése gyermekek, eszméletlen állapotú betegek esetében azóta is számos emberi jogi vonatkozású jogvitához vezetett.

A *Pretty*-esetben az EJEK megállapította, hogy nem sértették meg az Emberi Jogok Európai Egyezményének (EJEE) 2. cikkét (élethez való jogot) azzal, hogy a brit főügyész nem engedélyezett előzetes mentességet a vádemelés alól az öngyilkosságban való közreműködés esetére a gyógyíthatatlan betegségben szenvedő kérelmező férjének. A bíróság álláspontja

szerint az élethez való jog nem foglalja magában a halálhoz való jogot. Így nem sértették meg az EJEE 3. cikkét (kínzás tilalma) sem, mert a 3. cikkből a 2. cikkben foglaltakkal „egybeolvasva” nem vezethető le, hogy az államnak engedélyeznie kellene a halálhoz való jog szabad akarathól történő gyakorlását, még akkor sem, ha így a panaszosnak rendkívüli fájdalommal járó halállal kell szembenéznie. Nem sértették meg az EJEE 8. cikkét (magánélet tiszteletben tartásához való jog) sem, mert az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi tilalmának kivételt nem engedő volta nem tekinthető „aránytalan”-nak az Egyezmény értelmében, hiszen a vádemeléshez a brit főügyész egyetértése szükséges, és az előírt legsúlyosabb büntetés kiszabása sem kötelező az ilyen ügyekben. Nem sértették meg továbbá a 9. cikket (gondolat-, lelkiismereti és vallásszabadság) sem, mert a kérelmező állásfoglalása a halálhoz való jog gyakorlása vonatkozásában nem esik a 9. cikkben meghatározott „meggyőződés kifejezésre juttatása” fogalmi körébe. A részes állam tiszteletben tartotta az EJEE 14. cikkét (megkülönböztetés tilalma) is, mert „objektív és ésszerű indok” szolt amellett, hogy az öngyilkosságban közreműködés büntethetősége tekintetében ne tegyenek különbséget a más ember segítségére nélkül is öngyilkosság elkövetésére képes és erre nem képes áldozatok között, hiszen bármilyen büntethetőséget kizáró ok növelné a visszaélés veszélyét, és könnyen alááshatná az emberi élet védelmét.

A *Haas Svájc elleni* ügye⁴⁸ szintén az öngyilkosságban való közreműködés határaitól szól. Ebben az esetben Haas nem kapta meg az öngyilkosságban való közreműködéshez szükséges vényt, mert kérése nem felelt meg a svájci törvényeknek. Az eset sajátossága, hogy a strasbourgi bíróság az öngyilkosságban való közreműködést megengedő svájci szabályozást vizsgálta, és megállapította, hogy az nem sérti az EJEE 8. cikkét. Később a *Gross Svájc elleni* ügyben⁴⁹ is görcső alá került a svájci szabályozás.

A *Koch Németország elleni* ügye⁵⁰ abból a szempontból hasonló, hogy a kérelmező azt sérelmezte, hogy ahhoz, hogy önrendelkezési jogát gyakorolja, hosszú utat kell megtennie: Svájcba kell elutaznia, mert a német jog nem biztosítja az önrendelkezését. A Koch-ügyben a kérelmező felesége, aki teljes quadriplegiában⁵¹ szenvedett, sikertelenül kérelmezte a Szövetségi Gyógyszerészeti és Orvosi Termékek Intézeténél, hogy engedélyt kérjen egy olyan szer halálos adagjának beszerzésére, amely lehetővé tette volna számára az öngyilkosság elkövetését otthon, Németországban. A Koch-ügyben a kérelmező azt állította, hogy a felesége (aki lebénult, és mesterséges lélegeztetésre volt szüksége) esetét tekintve az, hogy megtagadták tőle a halálos szer beszerzésének

lehetőségét, amivel saját életét el tudta volna venni, megsértette mindkettőjük jogát a magánélet és a családi élet tiszteletben tartásához. A kérelmezőnek a közigazgatási bírósághoz, a közigazgatási fellebbviteli bírósághoz és a szövetségi alkotmánybírósághoz benyújtott fellebbezéseit elfogadhatatlannak nyilvánították. A kérelmező különösen azt sérelmezte, hogy a hazai bíróságok megtagadták a panasz érdemi vizsgálatát; ezzel megsértették a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jogát. Tekintettel különösen a kérelmező és felesége között fennálló rendkívül szoros kapcsolatra, valamint arra, hogy a kérelmező azonnal nekilátott a beteg kívánságának teljesítéséhez, hogy véget vessen napjainak. Bíróság úgy ítélte meg, hogy a kérelmezőt közvetlenül érintette a halálos szer beszerzésére irányuló kérelem megtagadása. Úgy ítélte meg, hogy a jelen ügyben megsértették a kérelmezőnek az EJEE 8. cikke (a magán- és családi élet tiszteletben tartásához való jog) szerinti eljárási jogait, mivel a német bíróságok megtagadták a kérelem érdemi vizsgálatát. A kérelmező panaszának érdemét illetően a Bíróság úgy ítélte meg, hogy elsősorban a német bíróságok feladata annak érdemi vizsgálata, különös tekintettel arra a tényre, hogy az Európa Tanács tagállamai között nincs konszenzus az öngyilkosságban való közreműködés elfogadását illetően. Az EJEB a jogszabályok és az egyezmény viszonyát vizsgálja, de a jogalkotás körülményeit, az orvosi gyakorlat átláthatóságát, a betegtájékoztató mikéntjét, a jogszabályok és a társadalom viszonyát nem.

LEHET-E EGY CSOPORT SÉRÜLÉKENYSÉGRE HIVATKOZNI AZ EUTANÁZIAVITÁKBAN? LÉTEZNEK-E SAJÁTOS ÉRVEK AZ ALS BETEGEK ESETÉBEN?

Hogy mire milyen sors vár az élete végén, a haldoklásakor, és ki mit tekint elviselhetetlennek, azt nem lehet előre objektív mérce alapján megbecsülni. Sokszor eltökélt küzdőkből lesznek olyanok, akik végül nem akarnak tovább harcolni, máskor meg a betegség elején még a feladást fontolgatókból lesznek a legnagyobb harcosok. Az ALS betegség esetében nem a fizikai fájdalom a legnagyobb kihívás, hanem sokkal inkább az egyre fokozódó magatehetetlenség érzése.

Az életvégi döntések esetében gyakori álláspont, hogy az egyén helyzetét betegsége, állapota, valamilyen csoportba tartozása alapján kell megítélni, és a csoportba tartozók védelme miatt kell önrendelkezését korlátozni. Ezen érvelésmentet képviselők sze-

rint minden ALS beteg aktív eutanáziát vagy öngyilkosságban való közreműködést kérne, ha közülük akár csak egynek is engedélyeznék ezt. Ezen érvélményt szerintem félő, hogy ha valaki a csoportból önmegrendelkezést gyakorolhatna, akkor mintegy magával sodorná a többi, hasonló helyzetben lévő beteget is. Sőt, sokan azzal érvelnek, hogy „csúszós lejtő”-ről van szó: félő, hogy egyenesen elvárás lesz, hogy ha valaki ilyen helyzetbe kerül, akkor az élete megrövidítése mellett döntsön, ne legyen teher mások számára. A baj ezekkel az érvélményekkel az, hogy bár az egyén döntése kétségtelenül hat a környezetére, és a környezet például ki is fejezheti, hogy igényli, sőt támogatja a beteg életének fenntartását, de az emberi méltóságot sérti, ha a haldokló fájdalomából, testi és lelki szenvedéséből következő döntését vélt csoportérdekek alapján felülírják. Az Oviedo egyezmény 2. cikke ki is mondja az emberi lény elsőbbségét: *„Az emberi lény érdeke és jóléte a társadalom vagy a tudomány pusztá érdekével szemben mindenkor elsőbbséget élvez.”*⁵²

Lehet-e a természetes halál koncepcióját kiindulópontnak venni az orvostudomány jelenlegi állapotában? A modern orvostudomány és intenzív terápiás ellátások mellett nagyon nehezen védhető a természetes halál fogalma. Ma már szinte az a ritka, ha valaki úgy hal meg, hogy előtte semmiféle erőfeszítést nem tettek az élete meghosszabbítására; a haldokló rendszerint több műtéten, gyógyszeres kezeléssel van már túl.

A COVID-JÁRVÁNY HATÁSA AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEKRE

Sok országban a nyíltabb szembenézéshez járult hozzá a Covid-járvány okozta döbbenet is. A járvány az ember esendőségére irányította a figyelmet. Az egészségügyben hirtelen hadiállapotok alakultak ki, ami miatt sokan nem kaphatták meg a számukra szükséges gyógykezelést. Az életmentő kezelések sorolása miatt olyan életvégi döntések is születtek, amelyek passzív eutanáziának minősülnek, de a kezelés beszüntetése vagy a szükséges kezelés mellőzése nem a beteg kérésére történt, hanem a hirtelen megnövekedett esetszám miatt. Bár ezt senki nem nevezte ezt „nem önkéntes passzív eutanáziá”-nak, valójában időlegesen ilyen gyakorlatot honosítottak meg a kapacitáshiány miatt. Mivel ez a gyakorlat az eutanáziát nem önkéntes formájával rokonítható, ezzel – igaz, nem ideológiai okokból, hanem az egészségügyi járvány-

ügyi vészhelyzet miatt alkalmazták, mégis –, átírták az autonómiáról már évtizedek óta kialakított és elvárt elképzeléseinket. Az önmegrendelkezés szükségszerűnél nagyobb korlátozása, a haldoklók magányossága megregették az addig kialakult konszenzust. Nem véletlen talán, hogy a járvány elmúltával Európa több országában fogadták el az életvégi önmegrendelkezés valamely formáját.⁵³ Nálunk, sajnos, nem történt meg még a járvány

szórán kiugróan magas halálozás átfogó elemzése sem, a tabusítás ugyanis erre is kiterjedt. Szinte semmit nem lehetett tudni az intenzív osztályokon folyó küzdelemről, az ott meghozott döntésekről. Az Orvosi Kamara hozott ugyan egy etikai állásfoglalást a sorolást szempontjairól,⁵⁴ de ennek gyakorlati vonatkozásai sem ismertek.

ZÁRÓ GONDOLATOK

Míg a nyugat-európai országok többségében rendszeres viták zajlottak, és kisebb-nagyobb jogalkotási lépések történtek az életvégi önmegrendelkezés biztosítása kapcsán, addig nálunk szinte megállt az idő a betegek jogainak fejlesztése terén. A hazai jogalkotás 1997 óta nem foglalkozott komolyan az életvégi döntések kérdésével. Szórványosan voltak ugyan eutanáziaviták, de az a jogfejlődés, ami a betegjogok megjelenésével elkezdődött, az ezredfordulóra megtorpant. Az egészségügyet érintő, jelentős fejlemények – a magánellátás térnyerése, a kórházi fertőzések magas száma, a szakember-, illetve ápolóhiány, valamint a finanszírozási nehézségek fokozódása, a Covid-járvány megjelenése – mind-mind akadályozták, hogy a betegek jogai tovább fejlődhessenek.⁵⁵ Végezetül, a jogállamiság problémái is nagyban nehezítették a tisztánlátást. A jogi bizonytalanságok miatt az eutanázia bár létező jelenség ugyan, de inkább senki nem beszél róla. Nem véletlen, hogy az életvégi döntések terén a legismertebb, legállhatatosabb vitát egy alkotmányjogász páciens, Karsai Dániel kezdeményezte. Bár az ügy sorsa Strasbourgban már eldőlt, a hazai jogalkotás fejlesztése továbbra is várat magára. Az életvégi döntések tabusítása nem jelenti az emberi élet és méltóság tiszteletét. Az életvégi tervezésnek magas szintű tájékoztatáson és az alternatívák ismeretén kell nyugodnia. A kérdés mélyen összekapcsolódik a jogállamiság kérdéseivel is, de ennek kifejtése külön tanulmányt érdemelne. Mindezek miatt a vasfüggöny nyomai még felfedezhetőek az önmegrendelkezési jogok érvényesítése terén.

Fontos, hogy a további vitában ne csak betegek, jogászok és bioetikusok vegyenek részt, hanem orvosok is. Az életvégi döntések érvényesülésének ugyanis épp az az egyik legfőbb feltétele, hogy sikerül-e feltárni azt a szürke zónát, ahol az életvégi döntések hallgatólagosan mégis csak megszületnek, kimondatlanul hagyva a dilemmát, elmosva az önrendelkezés és az orvosi döntés határait. Ez a titkosítás, tabusítás nyilván nagy terhet ró az orvosra, de a beteg és a hozzátartozó is tehetetlen és kiszolgáltatott egy ilyen helyzetben. A szembenézés a nehezebb út, de ahol ezt hosszú folyamat eredményeként mégis megtették, ott csökkent a betegek kiszolgáltatottsága.

JEGYZETEK

1. *Opinio.hu: A magyarok négyötöde támogatná az eutanáziát*, <https://opinio.hu/a-magyarok-negyotode-tamogatna-az-eutanaziat/>.
2. ARADI Hanga Zsófia: Medián: A magyarok többsége támogatná az eutanázia valamilyen formáját, *Telex.hu*, 2023. november 22., <https://telex.hu/belfold/2023/11/22/median-kozvelemenykutatas-felmeres-eutanazia-kegyes-halal-tarsadalom-tamogatas>.
3. *A jó halál. Eutanázia: Pro és kontra*, szerk. BLASSZAUER Béla, Budapest, Gondolat Kiadó, 1984.
4. POLCZ Alaine: *Meghalok én is? A halál és a gyermek*, Budapest, Jelenkor, 1993.
5. BITÓ László: *Boldogabb élet – jó halál. Eutelia – eutanázia*, Budapest, Noran Libro, 2014 (2. átdolgozott, bővített kiadás).
6. KOVÁCS József: Az eutanázia és az életfenntartó kezeléseik megszüntetésének etikai kérdései, *Kórház*, 1997/5, 9–12.
7. VADÁSZ Gábor: Méltóságról, szenvedésről, az eutanáziát elutasító vallási vezetők nyilatkozatáról, *Élet és Irodalom*, 2020/3. (január 17.).
8. FILÓ Mihály: *Az eutanázia a büntetőjogi gondolkodásban*, Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 2015.
9. TAKÁCS Albert – KMETTY Ildikó: Az eutanáziáról való jog: Indítvány az Alkotmánybírósághoz, *Fundamentum*, 2003/1, 125–133.
10. SÁNDOR Judit: Az élet vagy az emberi méltóság? *Világosság*, 1995/7, 41–50.
11. *Most múlik. Harminc magyar író az emberi méltóságról*, szerk. DEMÉNY Péter, Budapest, Open Books, 2021.
12. *Karsai Magyarország elleni ügye*, 32312/23. számú kérelem, a Bíróság 2024. június 13-án kelt ítélete.
13. 2024. szeptember 2-án.
14. Az orvos általi aktív halálba segítség elfogadott Belgiumban, Luxemburgban, Hollandiában és Spanyolországban, valamint Portugáliában a 2023-ben elfogadott törvény szerint. Hét európai államban – Ausztriában, Finnországban, Németországban, Olaszországban, Lichtensteinben, Svédországban és Svájcban – elfogadott az öngyilkosságban való közreműködés valamely formája.
15. A bűntettekről és vétségekről szóló 1878. évi V. törvénycikk (Csemegi Kódex) az öngyilkosság megkísérlését nem rendelte büntetni. Ekkor dőlt el az is, hogy az öngyilkosságban való közreműködés viszont büntendő cselekedet.
16. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
17. A mesterséges életbentartás illetve az intenzív terápia lehetőségei fokozatosan bővülnek, lásd pl.: Yaseen M ARABI – Emilie BELLEY-COTE – Andrea CARSETTI – Daniel DE BACKER – Katia DONADELLO – Nicole P JUFFERMANS – Naomi HAMMOND – Jon Henrik LAAKE – Dawei LIU – Kathryn MAITLAND – Antonio MESSINA – Morten HYLANDER MØLLER – Daniele POOLE – Rob Mac SWEENEY – Jean-Louis VINCENT – Fernando G. ZAMPIERI – Faye ALSHAMSI – European Society of Intensive Care Medicine: European Society of Intensive Care Medicine clinical practice guideline on fluid therapy in adult critically ill patients. Part 1: the choice of resuscitation fluids, *Intensive Care Medicine*, 2024/6, 813–831, <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07369-9>.
18. SAJÓ András – SÁNDOR Judit: A gyógyíthatatlannak vélt „halálos” beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében. *Magyar Tudomány*, 1996/7, 771–790.
19. ALISON CHAPPLE – S. ZIEBLAND – A. McPHERSON – A. HERXHEIMER: What People Close to Death Say about Euthanasia and Assisted Suicide: A Qualitative Study, *Journal of Medical Ethics*, 2006/12, 706–710, <https://doi.org/10.1136/jme.2006.015883>.
20. A Binder- eset jól példázza, hogy milyen elkeseredett tettekre ragadtatják magukat azok, akik nem kapnak orvosi segítséget. Ebben a tragikus esetben a gyermek kérésére maga az anya ölte meg a beteg gyermeket; többszöri eredménytelen kísérlet után, otthon, majd a rendőrségen maga jelentette be a bűncselekményt.
21. David ORENTLICHER – Judit SÁNDOR: Decisions at the End of Life, in *The Oxford Handbook of Comparative Health Law*, David ORENTLICHER – Tamara K. HERVEY, Oxford, Oxford University Press, 2021, 1073–1107, <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190846756.013.39>.
22. The Belgian Act on Euthanasia of 28 May 20021 (Unofficial Translation), in *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium* (Cambridge Bioethics and Law), eds. David Albert JONES – Chris GASTMANS – Calum MACKELLAR, Cambridge University Press, 2017, 295–304.
23. BÉRCZES Tibor: *Élni és halni hagyni. Beszélgetések a holland eutanáziagyakorlatról*, Budapest. Corvina, 2016.

24. Így például a reprodukív jogok gyakorlása terén is kulcsfontosságú a megfelelő tájékoztatás, de a kutatókban való részvétel és minden egyébre vonatkozóan az önrendelkezése alapja, hogy a páciens egyéniesített formában kapjon megfelelő tájékoztatást.
25. 22/2023, Morte medicamente assistida (MMA), 2023. május 25.
26. Ley Orgánica de Ley de Eutanasia (LORE), 2024. március 3., <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>.
27. A svájci büntető törvénykönyv 115. cikke.
28. Christine BARTSCH – Karin LANDOLT – Anita RISTIC – Thomas REISCH – Vladeta AJDACIC-GROSS: Assisted suicide in Switzerland. An analysis of death records from Swiss institutes of forensic medicine, *Deutsches Ärzteblatt International*, 2019, 545–552, <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0545>; Georg BOSSHARD: Beihilfe zum Suizid. Medizinische, rechtliche und ethische Aspekte, *Praxis*, 2012/3, 183–189, <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a000828>.
29. Roberto ANDORNO: Nonphysician-assisted suicide in Switzerland, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2013/3, 246–253.
30. Lásd: <https://www.exit.ch/>
31. A 2012. évi C. Büntető Törvénykönyvről 3. § (1) bekezdése szerint ugyanis „A magyar büntető törvényt kell alkalmazni a) a belföldön elkövetett bűncselekményre [...] c) a magyar állampolgár által külföldön elkövetett olyan cselekményre, amely a magyar törvény szerint bűncselekmény. (2) A magyar büntető törvényt kell alkalmazni a) a nem magyar állampolgár által külföldön elkövetett cselekményre is, ha az aa) a magyar törvény szerint bűncselekmény, és az elkövetés helyének törvénye szerint is büntetendő, [...] b) a magyar állampolgár, a magyar jog alapján létrejött jogi személy és jogi személyiséggel nem rendelkező egyéb jogalany sérelmére nem magyar állampolgár által külföldön elkövetett olyan cselekményre is, amely a magyar törvény szerint büntetendő.”
32. BELOVICS Ervin: Az öngyilkosság büntetőjogi értékelésének sajátosságai, *Magyar Jog*, 2014/4, 193–202.
33. Simone DE BEAUVOIR: *A szelíd halál*, Budapest, Jaffa Kiadó, 2019. 154.
34. Interjú Muszbek Katalinnal, kutatási kézirat (Levithan project 2024).
35. HEGEDŰS Katalin: *A hospice ellátás elmélete*, Budapest: Egészségügyi Nyilvántartási és Képzési Központ, 2006.
36. *Palliatív ellátás* (egyetemi jegyzet), szerk. Csíkós Ágnes, Pécs, PTE ÁOK, 2014.
37. Kovács József: Gazdag és szabálykövető országokban lehet eutanázia, *MedicalOnline*, 2023. október 16., https://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/_gazdag_es_szabalykoveto_orzagokban_lehet_eutanazia__de_magyarorszag_nem_ilyen.
38. „La sédation palliative” – ezzel kapcsolatos európai jogeset: *Lambert és Mások France Franciaország elleni ügye*, 46043/14. számú kérelem, a Bíróság 2015. június 5-én kelt ítélete.
39. Kovács József: A tájékozott beleegyezés, in K. J.: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*, Budapest, Medicina, 2006 (második, átdolgozott kiadás), 127–156.
40. 1972. évi II. törvény.
41. John SAUNDERS: Role contradiction in physician-assisted suicide, *Clinical Medicine (London, England)*, 2010/4, 319–320, <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.10-4-319>.
42. FEDOR Zsuzsanna: Az eutanázia, büntetőjogi és orvosi jogi szemszögből, *Arsboni*, 2017. március 3., <https://arsboni.hu/az-eutanazia-buntetojogi-es-orvosi-jogi-szemszobbol/>.
43. Mint például a *Lambert*-ügyben.
44. *Costa és Pavan Olaszország elleni ügye*, 54270/10. számú kérelem, a Bíróság 2012. augusztus 28-án kelt ítélete.
45. *Mennesson Franciaország elleni ügye*, 65192/11. számú kérelem, a Bíróság 2014. június 26-án kelt ítélete.
46. Pl. *Oliari és Mások Olaszország elleni ügye*, 18766/11. és 36030/11. számú kérelmek, a Bíróság 2015. július 21-én kelt ítélete [Section IV].
47. *Pretty Egyesült Királyság elleni ügye*, 2346/02. számú kérelem, a Bíróság 2002. április 29-én kelt ítélete.
48. *Haas Svájc elleni ügye*, 31322/07. számú kérelem, a Bíróság 2011. január 20-án kelt ítélete.
49. *Gross Svájc elleni ügye*, 67810/10. számú kérelem, a Bíróság 2013. május 14-én kelt ítélete.
50. *Koch Németország elleni ügye*, 497/09. számú kérelem, a Bíróság 2012. július 9-én kelt ítélete.
51. Mind a négy végtag bénulása.
52. 2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Oviedóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye: Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről.
53. Így például a korábban már idézett spanyol és portugál szabályozás az életvégi döntésekről.
54. Magyar Orvosi Kamara: Etikai megfontolások az orvosi erőforrások elosztásához COVID-19-pandémia idején Magyarországon, 2020, https://mok.hu/public/media/source/KORONAV%C3%8DRUS/MOK_Etikai%20megfontola%CC%81sok_Covid19_fnal.pdf.
55. Judit SÁNDOR: Rebalancing Human Rights at the Time of Covid-19 Pandemic, *Pravni zapisi*, 2020/2, 385–412, <https://doi.org/10.5937/pravzap0-29359>.