

Kovács József

AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSEK KÉRDÉSE A BIOETIKA SZEMSZÖGÉBŐL¹

FOGALMI KERETEK. NEMZETKÖZI GYAKORLAT

Az eutanázia (kegyelemölés) fogalmilag egy másik ember életének a szándékos kioltása az utóbbi érdekében, általában azért, mert az illető beteg vagy sérült, és elviselhetetlenül szenved.² Nem eutanázia azonban az, amikor például egy orvos abba a helyzetbe kerül, hogy a rendelkezésre álló szűkös erőforrásokkal csak egyetlen beteg életét tudja megmenteni vagy fenntartani. Ezért nem kezel egy másik („B”) beteget, aki a kezelés hiányában meghal. Itt ugyanis nem arról van szó, hogy a kezelés mellőzése „B” beteg érdekében történt volna, hanem arról, hogy az orvos nem tudta mindkét beteg életét megmenteni, ezért választania kellett, hogy kit mentse meg, és kit hagyjon meghalni. És nem eutanázia az sem, amikor az orvos nem alkalmaz egy orvosi szempontból haszonnal nem kecsegtető („hasztalan”, „orvosilag nem indikált”) kezelést. Ez utóbbival kapcsolatban van a legtöbb zavar, ezért ezt a problémát majd részletesebben elemezzük.

Önkéntes („voluntary”) eutanázia esetén a lehetőségekről tájékoztatott beteg kéri az eutanáziát, amire tehát a beteg kérésére, tájékozott beleegyezésével kerül sor. Az indoklás ilyenkor a beteg autonómiájának a tisztelete.

Nem önkéntes („non-voluntary”) eutanázia esetén a beteg beleegyezése nélkül végeznek eutanáziát, de azért nincs ilyen esetben beleegyezés, mert azt a betegől nem lehetett elnyerni. Ide tartozik például egy súlyos fejlődési rendellenességgel született újszülött kezelésétől való eltekintés, vagy egy súlyos értelmi fogyatékos felnőtt szándékos nem kezelése az illető érdekében.

Kényszer- („involuntary”) eutanázia esetén a betegől lehetett volna beleegyezést kérni az eutanáziába, de nem kértek, vagy kértek, és a beteg megtagadta, de azt mégis végrehajtják, mert azt tekintik

érdekében állónak. Például korábban elterjedt volt, hogy az orvosi team terminális állapotú betegnél előre eldöntötte, hogy a klinikai halál beállta (a vérkeringés és a légzés reverzibilis leállása) esetén nem fogják újraéleszteni a beteget, mert az már csak szenvedéseit hosszabbítaná meg. Ezt azonban nem beszélték meg előre a beteggel, holott a reszuscitációba való beleegyezésről vagy annak elutasításáról lehetett volna tőle nyilatkozatot kérni. Mint látni fogjuk, az 1970-es évek végén az USA-ban alakult ki először az

a vélemény, hogy ez a gyakorlat elfogadhatatlan. Azóta a szabályok a beteg explicit beleegyezését vagy visszautasítását követelik meg ilyen esetben.

A mai eutanáziavitákban csak az önkéntes és a nem önkéntes eutanázia megengedhetőségéről folyik a vita. Konszenzusnak tekinthető, hogy a kényszereutanázia erkölcsileg elfogadhatatlan. A vitákban ma a hangsúly a beteg önkéntes beleegyezésére helyeződött, s nem arra, hogy az eutanáziát aktív vagy passzív módon hajtsák-e végre. Ma sok országban sokkal elfogadhatóbbnak tartják az önkéntes aktív eutanáziát, mint a kényszereutanáziát, még ha azt passzív módon hajtsák is végre. Ez radikális változás az 1970-es évek elejéhez képest, amikor az aktív eutanázia mindenütt tiltott volt, viszont a megkérdésezhető beteg beleegyezése nélkül, egyoldalú orvosi döntéssel végzett passzív eutanázia (az újraélesztéstől való eltekintés, antibiotikum adás korlátozása terminális állapotú pneumoniás betegnél stb.) orvosi hasztalanságra hivatkozva általánosan elfogadottnak és gyakoroltnak számított.

Orvos által segített öngyilkosság (PAS) esetén az orvos a beteg rendelkezésére bocsátja a halált okozó szert, melyet a beteg maga vesz be, vagy maga adja be magának, s a beteg szándéka a saját halálára irányul. Így az orvos ténykedése itt nincs közvetlen oki kapcsolatban a beteg halálával, hiszen a halálhoz vezető utolsó lépést ilyenkor a beteg teszi meg.

AZ AKTÍV ÉS A PASSZÍV EUTANÁZIA KÖZÖTTI MORÁLIS KÜLÖNBSEGTÉTEL MEGKÉRDŐJELEZÉSE, ÉS ANNAK KÖVETKEZMÉNYEI

Hagyományon passzív eutanáziának nevezték azt, amikor az orvos nem tesz meg mindent, amit tehetne a beteg életének a megmentésére/fenntartására, mert úgy látja, ezzel már csak a kilátástalan állapotú beteg szenvedéseit hosszabbítaná meg. Régebben azonban ez egyoldalú orvosi döntés volt, melybe a beteget nem vonták be. A beteg maga nem kérhette az életmentő/életfenntartó kezelés beszüntetését, az orvos viszont – ha a kezelést értelmetlennek látta – dönthetett úgy, hogy nem tesz további heroikus erőfeszítéseket a beteg haldoklásának a meghosszabbítására, a kezelés hasztalanságára hivatkozva (ún. nem indikált orvosi kezelés). 1975-ig az volt a nemzetközi orvosetikai- és jogi konszenzus, hogy aktív eutanáziát az orvos soha nem végezhet. A passzív eutanázia azonban bizonyos körülmények között megengedhetőnek számított. Ilyenkor tehát az orvos elmulaszt valamit megtenni, amit megtehetne (nem alkalmaz például agresszív életmentő/életfenntartó kezelést), s emiatt a beteg hamarabb meghal.

Ebbe az állóvízbe robbant be a filozófus James Rachels cikke, mely 1975-ben egy vezető amerikai orvosi lapban jelent meg, ahol filozófusok ritkán publikálnak.³ Rachels a cikkben amellelt érvelt, hogy az aktív és a passzív eutanázia között erkölcsileg nincsen különbség, amennyiben ugyanaz a cselekvő szándéka és ugyanaz a következmény. Nem jelent morális szempontból különbséget, hogy ugyanazon szándék mellett ugyanazon következményt egy tettel vagy egy tettől való tartózkodással érjük el. Ezen érvelés talaján Rachels nem érezte konzisztensnek, hogy az orvosok széles körben elfogadják és gyakorolják a passzív eutanáziát, míg ugyanazon körülmények között az aktív eutanáziát elfogadhatatlannak és tilosnak tartják. Felvetette, hogy az aktív és a passzív eutanázia közötti különbségtétellel az orvosok saját magukat csapják be, hogy ne kelljen szembenézniük azzal, hogy miről is döntenek, s így megmeneküljenek a beteg életének rövidítése miatti büntudattól. A mai napig gyakran hallható érvelés passzív eutanázia esetén például az, hogy nem az életmentő/életfenntartó beavatkozás

szándékos mellőzése ölte meg beteget, hanem a betegség. Ez azonban önbecsapás. Hiszen, ha egy kertésznek kiszáradnak a gondjaira bízott szabadföldi virágai, senki nem fogadná el az érvelését, hogy nem ő okozta a virágok pusztulását, hanem az, hogy nem esett az eső. Hiszen a kertész feladata éppen az, hogy locsoljon, vagyis tartsa életben a virágokat akkor is, ha szárazság van.

Rachels a példával azt az 1975-ben még konszenzusnak tekintett véleményt kérdőjelezte tehát meg, hogy az aktív eutanázia morális szempontból minden esetben elfogadhatatlan, míg a passzív eutanázia sok esetben elfogadható. Rachels szerint az eutanázia tekintetében két logikus álláspont képzelhető csak el. Az egyik logikus álláspont az, hogy az eutanázia minden fajtája minden körülmények között elfogadhatatlan. A másik logikus álláspont az, hogy vannak

helyezetek, amikor az eutanázia elfogadható, s ezekben a helyzetekben nem csak a passzív eutanázia fogadható el, hanem az aktív eutanázia is. Egyedül a mérsékelt álláspont az, ami nem konzisztens, és morális szempontból nem is elfogadható. Arról az álláspontról van szó, mely szerint az aktív eutanázia még azokban az esetekben is elfogadhatatlan, melyekben a passzív eutanázia elfogadható lenne. A lényeges kérdés Rachels szerint az, hogy egy konkrét esetben a beteg érdekében áll-e a halál vagy sem. Ha érdekében áll, akkor az aktív eutanázia jobb, mint a passzív, mert

gyorsabban és biztosabban vezet halálhoz. Ha viszont a betegnek nem áll érdekében a halál, akkor sem az aktív, sem a passzív eutanázia nem elfogadható, hiszen a passzív eutanázia is sietteti a beteg halálát.

Rachels érvelése óriási hatást gyakorolt a bioetikára és az orvosi gyakorlatra is. Érvelését elfogadva két irányba lehetett elindulni, s az azóta eltelt majdnem ötven évben az egyes országok eme két út valamelyikét járták végig.

Az első érvelés szerint, ha az aktív és a passzív eutanázia között nincsen lényeges morális különbség, és az aktív eutanázia elfogadhatatlan, akkor a passzív eutanázia is elfogadhatatlannak kell lennie. Az a korábbi, paternalisztikus gyakorlat, melyben az orvos a beteg érdekét szem előtt tartva, de egyoldalúan döntött életmentő/életfenntartó kezelés el nem kezdéséről vagy abbahagyásáról, nem elfogadható. Ezen az úton indult el az országok túlnyomó többsége, köztük Magyarország is. Tehát a passzív eutanázia sem

elfogadható, azonban a beteg önrendelkezési joga lehetővé teszi, hogy életmentő/életfenntartó beavatkozásokat is elutasítson. Ilyenkor az orvos nem eutanáziát végez, hanem tiszteletben tartja a beteg további kezeléssel szembeni tiltakozását. Ez azért nem eutanázia, mert ilyenkor az orvos szándéka nem a beteg halálára irányul. Az orvos kezelné a beteget, ha az beleegyezne, de ő nem egyezik bele a további kezelésbe. S az elmúlt ötven év jogfejlődése kialakította azokat az eszközöket, amelyekkel a beteg tiltakozni tud életmentő/életfenntartó beavatkozás alkalmazása ellen akkor is, ha már betegsége miatt elvesztette belátási képességét. Az ezt biztosító mechanizmus az „élő végrendelet” („living will”), valamint a tartós meghatalmazott intézményén alapul.

Az élő végrendeletben a beteg – mikor még belátási képessége birtokában van – rendelkezik arról, hogy ha állapota reménytelené válik, és már csak heroikus erőfeszítésekkel tartható életben, akkor ezzel a lehetőséggel nem szeretne élni. Vagyis ilyen helyzetben visszautasítja az életmentő/életfenntartó beavatkozások alkalmazását.

Az élő végrendelet azonban önmagában nem elégséges, mert a beteg annak megírása idején még nem tudja, hogy pontosan milyen beavatkozások jöhetnek majd szóba az esetében. Ezért csak általánosságokat tud megfogalmazni, ami azonban a kezelőorvost nem segíti a konkrét döntések meghozatalában. Ezért az élő végrendeletet ki szokták egészíteni tartós meghatalmazott megnevezésével. A tartós meghatalmazott az a személy (általában a beteg közeli családtagja, rokona – de nem szükség szerű, hogy az legyen), aki a beteg megbízza, s aki ismeri a beteg értékrendjét, világnézetét. A feladata az, hogy kérdéses esetben értelmezze a beteg élő végrendeletét. Ennek során az ún. helyettesített döntés standardját kell alkalmaznia. Vagyis nem a saját értékrendje alapján dönt ilyenkor, hanem megpróbálja rekonstruálni, hogy a beteg – ha egy pillanatra visszanyerné belátási képességét, s birtokában lenne mindazon információknak, melyekkel a tartós meghatalmazott rendelkezik – hogyan döntene a saját értékrendje alapján. A tartós meghatalmazottnak ezt a döntést kell rekonstruálnia. Hadd jegyezzem meg, hogy noha az élő végrendelet és a tartós meghatalmazott intézménye a hazai jogrendszernek is része,⁴ a helyettesített döntés követelményéről nem rendelkezik a jogszabály, ami komoly hiányossága.

Az eutanáziát elutasító, de a beteg önrendelkezési jogát tiszteletben tartó országok tehát semmiféle

eutanáziát nem engedélyeznek, de elfogadják, hogy a beteg bizonyos feltételek fennállása esetén akár életmentő/életfenntartó beavatkozásokat is visszautasítson. Ezért nem igaz az az állítás, amit a Karsai Dániel ügye kapcsán folytatott hazai vitában gyakran hallani lehetett, hogy a magyar jogrendszer elfogadja a passzív eutanáziát. Ugyanis utóbbiról akkor beszélhetünk, amikor az orvos szándéka a beteg halálára irányul.

A rachelsi érvelés azonban a másik irányban is alkalmazható. Ha ugyanis a passzív és az aktív eutanázia – azonos szándék és azonos következmény esetén – morálisan nem különböznek egymástól, s a passzívát széles körben elfogadtuk, akkor az aktívát

is el kell fogadnunk. Az 1970-es években először Hollandia indult el ebbe az irányba. Több évtizeden keresztül az volt a gyakorlat, hogy a törvény ugyan nem engedte meg az aktív eutanáziát, azonban nem büntették az azt végrehajtó orvost akkor, ha az aktív eutanázia előre rögzített – bíróság által kimondott – feltételeit az

orvos betartotta. A több évtizedes hazai gyakorlat tapasztalatai alapján azután 2001 áprilisában fogadták el Hollandiában a kérésre történő eutanáziáról és az asszisztált öngyilkosságról szóló törvényt,⁵ mely 2002-ben lépett hatályba.⁶ Így Hollandia tekinthető az első országnak, ahol az önkéntes, aktív eutanáziát legalizálták.

Azóta azonban több országban is legális lett mind az aktív eutanázia, mind az orvos által segített öngyilkosság. Ezen országok száma szinte minden évben nő, hiszen az eutanázia mindenütt komoly társadalmi vita tárgya. Ma – Európán belül – jogilag megengedett az önkéntes, aktív eutanázia Hollandiában, Belgiumban, Luxemburgban és Spanyolországban. Az aktív eutanáziát legalizálták továbbá Kanadában, Kolumbiában, Új-Zélandon és Ausztrália több államában.⁷

Ahol az aktív eutanázia legális, ott az orvos által segített öngyilkosság („physician-assisted-suicide”, PAS) is az. Több országban azonban a PAS legális ugyan, az aktív eutanázia azonban nem. Ez a helyzet az USA tizenegy államában, valamint ilyen Svájcban. 2015-ben a kanadai legfelső bíróság a *Carter v. Canada*⁸ ügyben úgy érvelt, hogy a „halálban való orvosi segítségnyújtás” („medical assistance in dying, MAiD) abszolút tiltása sérti az egyén élethez, szabadsághoz és biztonsághoz való alkotmányos jogát.⁹

Az élethez való alkotmányos jog azáltal sérül, hogy a törvényi tiltás arra kényszeríti a súlyos állapotú és gyógyíthatatlan beteget, aki állapota miatt tartós és

NOHA AZ ÉLŐ VÉGRENDELET ÉS A TARTÓS MEGHATALMAZOTT INTÉZMÉNYE A HAZAI JOGRENDSZERNEK IS RÉSZE. A HELYETTESÍTETT DÖNTÉS KÖVETELMÉNYÉRŐL NEM RENDELKEZIK A JOGSZABÁLY, AMI KOMOLY HIÁNYOSSÁGA

tűrhetetlen szenvedésnek van kitéve, hogy életének idő előtt vessen véget attól való félelmében, hogy ezt már később – állapotának hanyatlása miatt – nem fogja tudni megtenni. Így a tiltás direkt vagy indirekt formában a személy korábbi halálát, illetve a korábbi halál valószínűségének növekedését okozza.

A szabadsághoz való jog azáltal sérül, hogy a tiltás megfosztja az egyént az orvosi ellátásával és a testi integritásával kapcsolatos döntés jogától, ami alapvető az emberi méltósága és az önrendelkezési joga vonatkozásában.

A biztonsághoz való jog pedig úgy sérül, hogy a tiltás tűrhetetlen szenvedés elviselésére kényszeríti a beteget.¹⁰

A legfelső bíróság határozata alapján 2016-ban a Bill C-14 úgy egészítette ki a kanadai büntető kódeket, hogy meghatározta a MAiD kritériumait.¹¹ Eszerint MAiD-t csak olyan nagykorú személy kérheti, aki kibíráhatatlanul szenved. A szenvedést súlyos és gyógyíthatatlan betegség okozza, ami a rosszabbodás előrehaladott és visszafordíthatatlan szakaszában van, s a szenvedés nem csillapítható a személy számára elfogadható módon. A kérés önkéntes (kényszermentes), az illető személy – akinek a természetes halála észszerűen előre látható – döntéshozatali képessége birtokában hozta meg.¹² A kiegészítésben szereplő „a személy természetes halála észszerűen előrelátható” – kritérium elvben kizárta azt, hogy valaki nem halálos, illetve nem terminális állapotú betegségben szenvedve részesülhessen MAiD-ben. Egy konkrét eset kapcsán azonban a jogszabály ezen pontját a quebeci legfelső bíróság alkotmányellenesnek találta. Ezért a jogszabályt módosították, s a büntető kódex Bill C-7 általi módosítása törölte „a személy természetes halála észszerűen előrelátható”, egyben lehetővé téve a MAiD kérését előzetes életvégi rendelkezéssel is.¹³

AZ ÖNGYILKOSSÁG ERKÖLCSI MEGÍTÉLÉSE

A mai – önkéntes aktív eutanáziát és orvos által segített öngyilkosságot elfogadó – jogrendszerek abból indulnak ki, hogy noha az öngyilkosság alapvetően rossz, s sok esetben valóban pszichiátriai zavar következménye, ez azonban nem minden öngyilkosságra igaz. Vannak a személy belátási képességén alapuló, megdöntött, ún. racionális öngyilkosságok is.

Racionális öngyilkosság az, amikor valaki valóban kilátástalan helyzetben van, amelyben kibíráhatatlanul szenved, s e szenvedés folytatása értelmetlennek tűnik a számára a saját értékrendje alapján. E felfogás szerint csak akkor akadályozható meg egy személy öngyilkossága, ha az illetőnek hiányzik a belátási képessége arra, hogy képes legyen felmérni helyzetét és tettének következményeit. Ez az indoka a kiskorúak, valamint a belátási képességgel nem rendelkező, súlyos pszichiátriai betegek öngyilkossága megakadályozhatóságának.

Ha azonban egy nagykorú ember belátási képessége megtartott, nincsenek másokkal szemben teljesítetlen kötelességei, s szenvedése saját értékrendje szerint kibíráhatatlan, továbbá annak csillapítására nincs észszerű esély, akkor öngyilkossága racionális öngyilkosságnak tekinthető. A személy autonómiája, önrendelkezési joga pedig kiterjed a racionális öngyilkosság végrehajtására is.¹⁴

Noha az öngyilkosságot a legtöbb fejlett országban dekriminálizálták, ez nem vezetett az öngyilkossághoz való jog elismeréséhez. Ha ugyanis jogunk lenne az öngyilkossághoz, akkor nem lehetne elfogadhatatlannak tekinteni azt, hogy más segít nekünk e jogunk gyakorlásában. Mivel a legtöbb ország az öngyilkosságban való segítségnyújtást büntetni rendeli, ebből az következik, hogy nem ismerik el az öngyilkossághoz való jogot, legfeljebb az öngyilkosság elkövetésének szabadságát.

Az öngyilkossághoz való jog elismerésében fontos lépés volt a német Alkotmánybíróság 2020. február 11-i döntése. Ebben a német Alkotmánybíróság kimondta, hogy az önrendelkezési jogból, melyet a német Alaptörvény 2. cikkelye rögzít, levezethető az öngyilkossághoz való jog is. Ezért alaptörvényellenes az öngyilkosságban való segítségnyújtás büntetőjogi tiltása, a vonatkozó rendelkezéseket ezért meg is semmisítette.¹⁵

Az a kérdés, hogy a belátási képességgel rendelkező személynek pusztán szabadságában áll-e az öngyilkosság, vagy egyenesen joga van-e hozzá, alapvető annak eldöntésében, hogy büntethető-e az, aki mást jóhiszeműen (nem saját érdekét követve) segít az öngyilkosságában.

Svájcban ugyanis megengedik az öngyilkosságban való orvosi segítségnyújtást (PAS), melynek feltétele, hogy a beteg belátási képessége birtokában legyen, s olyan gyógyíthatatlan betegségben szenvedjen, mely számára elviselhetetlen szenvedést okoz. Van olyan

szervezet (a Dignitas), mely ezt elérhetővé teszi nem svájci állampolgárok számára is. Eddig főleg német és brit állampolgárok vették igénybe a PAS-t. Nyilvánvaló azonban, hogy egy súlyos állapotú beteg egyedül nem tud kiutazni Svájcba. Aki ebben segít neki, az azonban maga is segítséget nyújt a betegnek az öngyilkosság elkövetésében. Az öngyilkosságban való segítségnyújtás pedig bűncselekménynek számít az Egyesült Királyságban, s 2020 előtt Németországban is annak számított.

Noha már több száz brit állampolgár utazott ki Svájcba, és vette ott igénybe a PAS-t, eddig még egyetlen esetben sem indult eljárás az ebben őket segítő rokonok ellen, noha több nagy nyilvánosságot kapott ilyen eset is volt. Sőt, 2010-ben a brit parlament irányelveket tett közzé annak tisztázása érdekében, hogy melyek azok az esetek, amikor eljárást kell indítani az öngyilkosságban segítséget nyújtó ellen. Ezen irányelvekből pedig az volt kiolvasható, hogy nem indul eljárás az ellen, aki egy terminális betegségben szenvedő beteg öngyilkosságában nyújt ilyen módon (PAS igénybe vételéhez) segítséget. S hasonlóképpen, Németországban 2020 előtt sem indultak ilyen eljárások, noha a Dignitasnál az öngyilkossághoz segítséget keresők mintegy fele német állampolgár volt.¹⁶

PASSZÍV EUTANÁZIA ÉS ORVOSILAG NEM INDIKÁLT KEZELÉS

Az orvosi technológiai fejlődésével már az 1960-as években felvetődtek a technológia használatának korlátai. Meddig kell meghosszabbítani egy terminális állapotú beteg életét/haldoklását, ha erre orvosilag lehetőség van? Kezdetben nem a bíróságok döntöttek ebben a kérdésben, hanem az orvosok próbálták azt „házon belül” megoldani, az 1960-as évekig mindenütt uralkodó paternalizmus szellemében. Igyekeztek azt tenni, ami a betegnek a legjobb, de nem érezték kötelezőnek a beteg tájékoztatását és beleegyezésének elnyerését, illetve tiltakozásának figyelembe vételét. A retorika szerint nem arról volt szó, hogy az orvos lemond egy beteg életmentő/életfenn tartó kezeléséről az illető megkérdezése nélkül, mert állapota már kilátástalan, és már csak szenvedés várna rá. A retorikát az uralta, hogy ilyen esetben az orvosi kezelés már nem indikált. Hasztalan orvosi kezelésről van tehát szó. Az, hogy egy orvosi kezelés hasztalan, orvosi szakkérdés, melyről orvos jogosult csak dönteni, s ebbe nem szükséges a beteg bevonása. Ezért például rossz prognózisú beteg esetén előre elhatározták, hogy a szív működés és a légzés

leállása esetén nem fognak alkalmazni kardiopulmonális reszuszcitációt, fellépő fertőzések esetén csak korlátozottan adnak antibiotikumot, nem alkalmaznak hemodialízist, nem helyezik a beteget intenzív osztályra, stb. Egyszóval: nem tesznek meg mindent a beteg életének a meghosszabbítására, nem alkalmaznak agresszív kezelést, mert az már „hasztalan” lenne, illetve orvosilag nem indikált. Az orvosi hasztalanság fogalma volt tehát az a köpeny, ami alá besöpörték az életvégi döntések kérdését. S mivel a hasztalanság eldöntése orvosi szakkérdésnek tűnt, nem látták szükségesnek a beteg/hozzátartozó bevonását ezekbe a döntésekbe.

Mit jelent azonban az, hogy egy kezelés hasztalan? A legobjektívebb meghatározás az ún. fiziológiai hasztalanság. Ezek szerint egy orvosi kezelés akkor hasztalan (nem indikált), ha nem képes elérni azt a fiziológiai célt, melynek érdekében alkalmazzák. A kardiopulmonális reszuszcitáció megkísérlése például akkor hasztalan, ha az előreláthatólag nem lesz képes megindítani a légzést és a spontán szív működést. Az antibiotikum adása hasztalan (nem indikált), ha azáltal feltehetően nem lesz megszüntethető egy adott fertőzést.

Ezt a definíciót használva azonban látható, hogy ha egy rossz prognózis (például ha egy áttétes, súlyos, rosszindulatú daganatos beteg, akinek már csak hetei vannak hátra) esetén arról döntünk, hogy már nem kell majd újraéleszteni (ez az ún. DNAR rendelkezés: „do not attempt resuscitation”, vagyis „nem kell újraélesztést megkísérelni”), akkor itt nem fiziológiai hasztalanságról van szó, hanem erkölcsi hasztalanságról. Nem arról van szó tehát, hogy az ilyen beteg esetén ne lehetne újból megindítani a szív működést és a légzést. A reszuszcitáció a szó fiziológiai értelmében nem lenne hasztalan.

Inkább arról van szó ilyenkor, hogy egy terminális állapotú betegnél, akinek már csak hetei vannak hátra, nem érezzük indokoltnak a reszuszcitációt, ami maga is egy durva beavatkozás (a betegnek még a bordája is eltörhet, szakszerűen végzett reszuszcitáció esetén is), s sikeres reszuszcitáció után is számos neurológiai maradványtünet alakulhat ki a beavatkozás következtében. Mi értelme van – szól az érvelés – az ilyen beteg újraélesztését megkísérelni, mikor az számára már csak újabb szenvedést jelentene? Miért nem hagyjuk inkább méltósággal meghalni? Ilyenkor a terminális állapotú beteg várható rossz életminőségére szoktak hivatkozni annak indokaként, hogy miért nem kell agresszív kezeléssel meghosszabbítani az életét. Az újraélesztést Waisel és Truog például akkor tekintette hasztalannak, ha a jó minőségű túlélés esélye minimális.¹⁷

Ez a hagyományos, paternalisztikus érvelés azonban összekevert két kérdést. Az egyik (orvosi-szakmai kérdés) az, hogy a reszuscitáció fiziológiailag haszталan-e. S a válasz erre sok esetben az, hogy nem. A keringés és a légzés agresszív orvosi beavatkozással újból megindítható lenne. A kérdést egyébként legtöbbször csak úgy lehet eldönteni, hogy az újraélesztést megkísérik. S csak akkor tekintik haszталannak, ha a szakszerűen végzett újraélesztés egy bizonyos előre definiált időtartamú, például 30 percnyi próbálkozás után is eredménytelen.

A másik (erkölcsi kérdés) viszont az, hogy érdemes-e egy ilyen reménytelen állapotú betegnél a szívműködést és a légzést ismét megindítani. Érdemes-e a beteget újabb szenvedéseknek kiténni azért, hogy a haldoklását még néhány héttel meghosszabbítsuk? Így feltéve a kérdést már látható, hogy nem szakmai kérdésszól van szó, és ezért azt csak a beteg jogosult eldönteni. A betegnek kell eldöntenie, hogy a várható túlélés megéri-e neki a kezeléssel járó szenvedést. A beteg életminőségének a megítélése mások (például az orvos) által etikailag mindig problematikus és kerüendő. A betegnek lehetnek indokai arra, hogy még néhány héttel tovább kívánjon élni, s ezért vállalja az ezzel járó rossz életminőséget is.

Ezért az USA-ban már az 1980-as években napvilágot láttak az első irányelvek, melyek kötelezővé tették az orvosnak, hogy ha olyan rossz prognózisú beteget vesz fel a kórházba, akinél az újraélesztés/újra nem élesztés kérdése felmerülhet, akkor ezt a felvételt során beszélje meg a beteggel. Vagyis a felvételkor explicit módon kerüljön tisztázásra, hogy a beteg beleegyez-e abba, hogy szívmegállás esetén reszuscitálják. S a beteg dokumentációjába csak akkor vezethető be a DNAR (nem reszuscitálandó) utasítás, ha ezt a beteggel előzőleg megbeszélték, és a beteg így rendelkezett. Etikai hibának számított, ha úgy vezették rá a beteg dokumentációjára a DNAR utasítást, hogy ezt előzőleg nem beszéltek meg a beteggel.

Ez a gyakorlat mára már sokkal több mindenre terjed ki, mint a reszuscitáció. Ma az USA-ban a rossz prognózisú betegségben szenvedő beteg felvétele során ki kell tölteni az ún. POLST nyomtatványt, mely explicit módon rákérdező a beteg preferenciáira az életvégi döntési helyzetek vonatkozásában. A tipikus POLST felépítését a későbbiek során részletesen elemezni fogom; hazai bevezetését feltétlenül indokoltnak tartom.

Látható, hogy az életvégi döntések alapvetően erkölcsi kérdések, ezért ezekben csak a beteg (vagy a helyettes döntéshozója) dönthetne, s nem a kezelőorvos. Ezért alakult ki sok országban az a bonyolult mechanizmus, mely lehetővé teszi a beteg bevonását az ilyen döntésekbe; általában a beteg előzetes egészségügyi rendelkezése, a tartós meghatalmazott (helyettes döntéshozó) és a POLST révén.

Ahol ilyen mechanizmus nem működik, vagy a gyakorlatban nem terjedt el, ott voltaképpen az orvos dönt egyoldalúan a beteg helyett az életmentő kezelés alkalmazásáról olyan esetben is, amikor erről a beteg előzőleg megkérdezhető lett volna. Ha az ilyen döntés mögött nem a valódi fiziológiai haszталanság áll, s nem is egy kétségbeesett helyzetben hozott

allokációs döntés, amikor az erőforrások hiánya miatt nem lehet a beteg életét megmenteni, akkor a döntés kimerítheti a kényszereutanázia fogalmát, aminek elfogadhatatlanságát manapság elméleti konszenzus övezi. Noha a beteg elfogadhatatlanul alacsony életminőségét szokták ilyenkor a haszталanság indokaként felhozni, egy ember életminőségének a megítélésére azonban csak az jogosult, akinek az életminőségéről szó van. Mivel már tárgyaltuk Rachels érvelését, mely azonos szándék és azonos következmény esetén nem lát különbséget aktív és passzív eutanázia között, ezért manapság inkább a beteg beleegyezésével, az ő kérésére történő eutanázia, valamint a beteg beleegyezése nélkül végrehajtott eutanázia között tesznek különbséget.

Eszerint tehát erkölcsileg elfogadhatóbb az önkéntes aktív eutanázia, mint a megkérdezhető beteg beleegyezése nélkül végzett passzív eutanázia, mely utóbbi kényszereutanáziának minősül. Röviden tehát: az önkéntes aktív eutanázia erkölcsileg elfogadhatóbb, mint a kényszer-(passzív) eutanázia.

AZ ÉLETVÉGI DÖNTÉSHOZATAL PROBLÉMÁI MAGYARORSZÁGON

Az előzetes egészségügyi rendelkezés hazai szabályozása a gyakorlatban alig alkalmazható

1997-ben hazánkban is a korábbinál részletesebb szabályozást vezettek be az életvégi döntéseket illetően.¹⁸ Az azóta eltelt 27 év azonban azt mutatta, hogy az életmentő/életfenntartó ellátások visszautasítása, melyet az Egészségügyi törvény (továbbiakban Eütv.)

20–23.§-a szabályoz, alig-alig vált a mindennapi gyakorlat részévé. Ennek kapcsán ombudsmani vizsgálat is zajlott, mely megállapította, hogy a hazai szabályozásra jórészt pontatlan fogalomhasználat, valamint betarthatatlan, életszerűtlen rendelkezések jellemzőek, s eleve alapvető probléma, hogy sem a betegek, sem az orvosok nem ismerik kellőképpen a hatályos szabályokat. A szabályok kuszasága miatt nem is könnyű azokat megismerni. A törvény által lehetővé tett élő végrendelet használatára nem is találtak példát, s alig-alig került sor ellátás visszautasítására a törvény által szabályozott módon.¹⁹ A megkérdezettek 37%-a válaszolta azt, hogy a törvény által az előzetes egészségügyi rendelkezések megtételéhez előírt közjegyzői forma magas díja miatt sem készíttetnek ilyen okiratot.²⁰

Ezek az adatok azért lényegesek, mert Magyarországon az évi 130 000-140 000 halálesetet tekintve²¹ évente több tízezerre tehető az életmentő/életfenntartó terápiák megszüntetésével kapcsolatos döntések száma az egészségügyi intézményekben. Az elmúlt 27 év alatt tehát milliós nagyságrendben születtek ilyen döntések, melyek nyilván a hagyományos paternalisztikus megközelítés szellemében születhettek, amennyiben nem a törvény által szabályozottan módon került azokra sor. Vagyis, igyekeztek a beteg érdekét a leginkább figyelembe venni, de a gyakorlatban alkalmazható jogi szabályozás híján a beteg önrendelkezési joga nem érvényesülhetett.

A pontatlan fogalomhasználat, illetve a törvény számos ponton tisztázatlan rendelkezései miatt nem érvényesül a normavilágosság alkotmányos követelménye sem. Mindez azért is problematikus, mert az orvosi gyakorlatban sokszor néhány óra – vagy akár néhány perc – alatt kell dönteni egy-egy életmentő/életfenntartó kezelés alkalmazásáról, ami még kristálytisztá normák esetén se könnyű. Tisztázatlan, homályos normák esetén pedig az azt alkalmazni próbáló orvos nem lehet biztos benne, hogy néhány perc alatt sikerült-e jól meghoznia egy olyan döntést, melynek jogszerűségét majd esetleg egy több évig tartó bírósági eljárásban fogják tisztázni.

Korlátozottan cselekvőképes és cselekvőképtelen betegek életmentő/életfenntartó kezelésének visszautasítása

Korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen betegek esetében az életmentő/életfenntartó beavat-

kozások visszautasításához az Eütv. a beleegyezés pótlására bírói eljárást ír elő. Ez a gyakorlatban nehezen alkalmazható, hiszen az eljárás időigénye jelentős, miközben ilyen döntésekre legtöbbször napokon belül, de néha órákon vagy percekben belül szükség van. Az sem világos, hogy a bíró jogosult lenne-e a beleegyezés megtagadására. Ha igen, akkor nem világos, hogy milyen kritériumok szerint kellene meghoznia a döntést. Nem véletlen, hogy az Eütv. 21. § (2) és (4) bekezdésével kapcsolatban eddig összesen két esetben került sor ilyen bírósági eljárásra.²²

Mit jelent mindez a gyakorlatban? Cselekvőképtelen betegek életmentő/életfenntartó kezelésének

visszautasítása például tipikus probléma lehet perinatális intenzív centrumokban (PIC), ahol sok esetben súlyos fejlődési rendellenességgel született vagy genetikai károsodásban szenvedő koraszülöttek/újszülöttek kezelésével kapcsolatban kell döntést hozni. A kérdés ilyenkor az,

hogy ha a fejlődési rendellenesség, genetikai károsodás nagyon súlyos, például biztosan halálhoz vezet belátható időn belül, viszont ez az idő agresszív kezeléssel kitolható, akkor mi alapján lehet dönteni a kezelés folytatásáról, illetve az életmegg hosszabbító agresszív kezelés mellőzéséről és pusztán palliatív kezelés nyújtásáról.

A sok előforduló dilemma közül példaként csak egyet felhozva,²³ nézzük a gyomor-bél traktus veleszületett hiányával született újszülött példáját. Hosszú távon ez az élettel összeegyeztethetetlen állapot, hiszen csak intravénás táplálásra van ilyenkor lehetőség. A tápláláshoz használt vénák azonban trombotizálnak, s ekkor új vénát kell keresni. Előbb utóbb az újszülött, illetve a csecsemő testén már nem lesz olyan pont, ahova újabb kanült lehetne bevezetni a vénás táplálás biztosításához, mert már minden addig használt ilyen pont trombotizált. S ekkor fog a csecsemő meghalni, hiszen szájon, gyomor-bél traktuson keresztül nem táplálható. A kérdés az, hogy mi áll a gyermek érdekében. Ha röviddel a születése után meghal, mert nem kezdik el az intravénás táplálást, vagy sok szenvedés után, 1 vagy 2 éves korában hal meg, amikor már kezd a tudata is ébredni, s a szülő-gyerek kötődés is kialakult. Az USA-ban és Nyugat-Európában ilyen esetekben a szülő bevonásával születik meg a döntés.

Hollandiában több bírósági döntés is volt, mely súlyos fejlődési rendellenességgel született, folyamatos szenvedésnek kitett, reménytelen állapotú csecse-

mők kezelésével volt kapcsolatban. Ezen döntések eredményeként született meg 2004-ben a Groningen-protokoll, mely az eutanázia megengedhetősége feltételének az elviselhetetlen és kilátástalan szenvedést tartotta, s azt, hogy a döntés a szülőkkel egyetértésben szülessen meg.²⁴

Az Egyesült Királyságban 2017-ben került az érdeklődés középpontjába a ritka genetikai betegséggel született Charlie Gard esete. Itt a szülők nem értettek egyet az orvosoknak az életfenntartó kezelés beszüntetésére vonatkozó döntésével, s a csecsemőt az USA-ba szerették volna vinni kezelésre. Az eset részleteit itt nincs tér elemezni, de maga a konfliktus is azért bontakozhatott ki, mert a szülőket bevonták a döntésbe, akik nem értettek egyet az orvosokkal.

Magyarországon azonban egy ilyen vagy ehhez hasonló esetben (s a perinatalis intenzív centrumokban rendszeresen előfordulnak ehhez hasonló dilemmák) a szülő bevonás után, ha az utóbbi a kezelés abbahagyása mellett döntene, automatikusan a bírósághoz kellene fordulni a kezelésbe való szülői beleegyezés pótlására. Mivel – mint láttuk – az Eütv. 1997-es hatályba lépése óta összesen két ilyen bírósági eset volt Magyarországon, noha hasonló dilemmák százával-ezrével fordulhattak elő az elmúlt majdnem három évtizedben, ebből az következik, hogy ezekbe a döntésekbe nem tudták bevonni a szülőket, hanem az orvos igyekezett a lehető legjobb lelkiismerete szerint dönteni. De ez ismét vizsgálatszerű a régi paternalisztikus hagyományhoz, melyet az 1997-es Eütv. meg akart szüntetni. Ráadásul a dilemmában szereplő orvos – mivel ezek alapvetően nem orvosi, hanem erkölcsi kérdések – bizonytalannak érezheti magát, hogy helyesen cselekedett-e, bárhogyan is döntött. Hiszen egyrészt a szülőt nem vonhatta be a döntésbe, noha olvassa a külföldi szakirodalmat, s tudja, hogy sok nyugati országban ez a protokoll. Ráadásul bizonytalan lehet abban is, hogy a hazai törvények szerint járt-e el, ha nem az agresszív kezelés melletti döntött, hiszen a törvény alapvetően bírói hatáskörbe utalja a döntést. S nem ad segítséget a bírónak sem, hogy neki milyen elvek alapján kellene döntenie egy ilyen kérdésben, ha az hozzá kerülne. A szülő joga is sérül, hiszen nem vonták be a döntésbe, melynek eredménye őt is mélyen érinti. A probléma tehát a „szőnyeg alá lett söpörve”, miközben egy perinatalis intenzív centrumban dolgozó orvosnak hasonló problémák tucatjaival kell szembenéznie. Ha a jogi szabályozás nem megfelelő, mindenki magára van utalva, s a lelki furdalással is meg kell birkóznia, ha úgy érzi, hogy talán nem döntött helyesen.

Az újraélesztés (cardiopulmonális reszuscitáció) példája

Összességében – mint láttuk – évente tízezzrel fordulhatnak elő Magyarországon esetek, amikor az orvosoknak terminális állapotú betegek esetén dönteniük kell azt illetően, hogy mennyire legyen agresszív az életmegg hosszabbító kezelés. S mivel kevésbé támaszkodhatnak a jogszabályokban lefektetett – homályos, nem egyértelmű és sokszor életszerűtlen – mechanizmusokra, dönteni azonban az egészségügyben mindig kell, s erre sokszor csak percek állnak rendelkezésre, ezért megmaradtak a paternalisztikus megoldások, melyek túl nagy terhet rónak az orvosra, és a betegek önrendelkezési joga is sérül. A példa kedvéért vegyük a korábban már említett újraélesztés kérdését, mert a keringés és a légzés reverzibilis leállása (klinikai halál) a haldoklás szinte törvényszerűen bekövetkező szakasza. Ilyenkor dönteni kell, hogy történjék-e újraélesztés, vagy arról le lehet-e mondani. S további kérdés, hogy ki és hogyan döntson erről.

A klinikai halál állapotában az újraélesztés (cardiopulmonális reszuscitáció) életmentő eljárás. Az újraélesztés neurológiai károsodás nélküli sikeressége azonban csak 7,6%. A többi esetben az újraélesztés fiziológiailag sikeres ugyan (a keringés és a légzés helyreáll), de súlyos neurológiai károsodások alakulnak ki.²⁵

Az újraélesztéstől – a nemzetközi bioetikai konszenzus és sok ország gyakorlata szerint is – akkor lehet eltekinteni, ha beteg erről előzetesen rendelkezett. Ezt azonban a hazai paternalista gyakorlat kevésbé veszi figyelembe. Az Eütv.-ben nincsenek is speciálisan a DNAR-re vonatkozó rendelkezések. Emiatt az újraélesztéstől való eltekintés sokszor annak hasztalanságára hivatkozva történik, s nem a beteg előzetes autonóm döntése alapján.²⁶

Elsőként 1978-ban a massachusettsi legfelső bíróság hozott döntést arról, hogy az orvos a beteg egyetértésével hozhat DNAR döntést, s ehhez nem szükséges bírósági jóváhagyás. 1988-ban pedig New York államban fogadtak el kifejezetten a DNAR-t szabályozó törvényt, mely szintén előírja a beteg előzetes nyilatkozatását a DNAR döntések vonatkozásában.²⁷

Élő Gábor vizsgálata azt mutatja, hogy a hazai újraélesztési gyakorlat paternalista (vagyis az újraélesztésről alapvetően az orvos dönt, sokszor orvosinak vélt kritériumok alapján, annak hasztalanságára hivatkozva), míg például Németországban a beteg önrendelkezési joga jobban érvényesül az újraélesztés során.²⁸ Egyszóval, orvosi hasztalanságra hivatkozva nálunk inkább az orvos dönti el, hogy végez-e új-

raélesztést, míg Németországban inkább figyelembe veszik a beteg ezzel kapcsolatos preferenciáját.

Ma az újraélesztés visszautasítására előzetes rendelkezéssel Magyarországon egyes vélemények szerint nincs lehetőség. Ugyanis az Eütv. 22. § (4) pontja utal a 20.§ (4)-re, mely szerint e visszautasítást csak egy összehívott orvosi bizottság vizsgálata és írásos nyilatkozata után lehetne figyelembe venni. Ez a feltétel azonban sürgősségi helyzetben nem teljesíthető. Noha az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium ezzel kapcsolatban még 2008-ban törvénymódosítási javaslatot nyújtott be, hogy a reszuscitáció visszautasítására Magyarországon is legyen lehetőség, a törvény módosítása, illetve egyértelműsítése máig nem történt meg.²⁹ Ezért – noha a beteg által hozott DNAR rendelkezés intézménye egyes országokban, mint láttuk, immár több mint 40 éve létezik – Magyarországon az újraélesztésre vonatkozó orvosi döntést a beteg bevonása nélkül, a beavatkozás orvosi hasztalanságára hivatkozva lehet csak meghozni. Ez paternalisztikus hozzáállásra kényszeríti az orvost, másfelől sérti a beteg autonómiáját, önrendelkezési jogát. A nemzetközi ajánlások manapság a DNAR utasítások kapcsán a beteg döntését tekintik irányadónak, s az orvosi hasztalansággal történő indoklásnak alárendelt szerepet szánnak.³⁰

Hadd jegyezzem meg, hogy más jogi szakértői vélemények szerint a hatályos Eütv. lehetőséget ad a betegnek az előzetes DNAR rendelkezésre, hiszen az előzetes egészségügyi rendelkezés erre is lehetőséget ad. Én is ezt az álláspontot osztom, hiszen az Eütv. 22. § (4) arra az esetre vonatkozik, amikor a beteg által megnevezett helyettes döntéshozó utasítja vissza a reszuscitációt. S ekkor valóban nem lehetne a 20.§ (4)-ben előírt, háromtagú orvosi bizottságot összehívni. Vagyis csak arról van szó, hogy a helyettes döntéshozó nem utasíthatja vissza az Eütv. szerint a reszuscitációt, hiszen azt 1-2 percen belül meg kell kezdeni, ezért bizottság összehívására nincs idő. De egyszerű előzetes egészségügyi rendelkezéssel az Eütv. – álláspontom szerint – lehetővé tenné a reszuscitáció visszautasítását. Nem céлом azonban ezt a vitát itt eldönteni, melynek csak elméleti jelentősége van, hiszen az elmúlt 27 évben, mint láttuk, formális DNAR rendelkezés alapján a reszuscitációtól való eltekintésre a gyakorlatban nem került sor. Csak utalni szeretnék arra, hogy vannak szakértői vélemények, melyek szerint a hazai Eütv. lehetőséget biztosít a beteg számára az előzetes DNAR rendelkezésre, míg a betege-

ket ellátó szakmát képviselő Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Szakmai Kollégium szerint erre a törvény nem ad lehetőséget. Ezért is kezdeményeztek törvénymódosítást. Mindkét oldalon jogi szakértők is állnak, és ez a körülmény önmagában bizonyítja, hogy a hazai szabályozás nem elégíti ki a normavilágosság alkotmányos követelményét. Hiszen 27 évvel az Eütv. hatályba lépése után sincs konszenzus arról, hogy az Eütv. lehetővé teszi-e vagy nem a beteg által előzetes egészségügyi rendelkezés keretében a DNAR olyan megfogalmazását, melyet a gyakorlatban figyelembe lehet venni.

Élő végrendelet

Az Eütv. 22.§ (1) és (2) bekezdése írja körül az élő végrendelet és a helyettes döntéshozó intézményét. Az élő végrendelet törvényi szabályozása sokkal bonyolultabb probléma annál, hogy

ilyen röviden „elintézhető” lenne. Először is hiányzik annak előírása az Eütv.-ből, hogy a betegeket tájékoztatni kell arról a lehetőségről, hogy élő végrendeletet készítsenek, vagy kijelöljék a helyettes döntéshozót. Az USA-ban 1991-től például törvény írja elő, hogy a kórházba bekerülő beteget erről tájékoztatni kell, s fel kell számára ajánlani segítsé-

get, ha előzetes egészségügyi rendelkezést akar készíteni. Kevés Magyarországon az egész mechanizmust a betegnek laikus nyelven megmagyarázó dokumentum, illetve tájékoztató, noha már létezik ilyen.³¹ Több kitűnő USA-beli anyag áll rendelkezésre,³² ezeket adaptálni lenne szükséges a hazai viszonyokhoz. Ez azonban csak ilyen tájékoztató elkészítését és a betegek számára elérhetővé tételét előíró rendelkezés esetén kezdődhet el. Hiányzik a beteg által készített élő végrendeletek lekérdezhető központi nyilvántartása, melynek alapján megállapítható lenne, hogy a betegnek van-e élő végrendelete vagy nincs. Megjelentek már azok a formanyomtatványok is, melyek a laikusok és szakemberek számára megkönnyítik a részletes élő végrendelet készítését,³³ de ezek még kevéssé ismertek. Javasolható ezért ennek az egész kérdéskörnek a nagyon részletes újr szabályozása, „minta” élő végrendeletek készítése, formanyomtatványok előírása. A 22. § (2) voltaképpen a szakirodalomból ismert tartós meghatalmazott („durable power of attorney”) vagy más néven helyettes döntéshozó intézményét írja le; ezt az amerikai jogrendszerben széles körben alkalmazzák. Az ilyen

helyettes döntéshozónak nagy szerepe van, mert a beteg helyett kell döntenie sző szoros értelmében vett „élet-halál” kérdésekben. Ezért fontos annak meghatározása, hogy milyen módon kell döntenie. Ez a hazai szabályozásból teljesen hiányzik, azt sugallva, mintha a helyettes döntéshozó a saját értékrendje alapján is dönthetne. Ezzel szemben az USA szabályozás kiemeli, hogy a helyettes döntéshozónak az ún. helyettesített döntés standardját kell alkalmaznia. Meg kell tehát próbálnia rekonstruálni a beteg értékrendjét, illetve meg kell próbálnia rekonstruálni, hogy hogyan döntene a beteg, ha egy rövid időre ismét cselekvőképes állapotba kerülne, s mindazon információkkal rendelkezne, mellyel a helyettes döntéshozó rendelkezik. A helyettesített döntés elve teszi csak lehetővé, hogy a beteg értékrendje, kezelési preferenciái cselekvőképtelen állapotában is érvényesülhessenek.³⁴ Mivel a helyettesített döntés eleve hiányzik a hazai szabályozásból, fontos lenne ennek pótlása a fent leírt szellemben.

JAVASLAT: BETEG ÁLTAL ADOTT IRÁNYMUTATÁS (POLST) AZ „ORVOSILAG HASZONTALAN KEZELÉS” PATERNALISZTIKUS ALKALMAZÁSA HELYETT

Ha a betegnek nincs előzetes egészségügyi rendelkezése (élő végrendelete), akkor életmentő vagy életfenntartó beavatkozás beszüntetését illetően jelenleg csak a bíróság dönthet. Ez túl időigényes, s mint láttuk, ennek nálunk nem alakultak ki a mechanizmusai. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy ilyenkor egyoldalúan az orvosnak kell döntenie. Ez az orvosilag haszontalan kezelés fogalmára alapozottan történik. Az orvosilag haszontalan kezelésre hivatkozva az orvos megszüntetheti a kezelést azzal, hogy az orvosi szempontból felesleges, még akkor is, ha a beteg, illetve a hozzátartozó beleegyezését ehhez nem nyerte el. Az indoklás ilyenkor az, hogy az orvosilag haszontalan kezelés fogalma orvosi szakkérdés, melyet csak az orvos dönthet el. Ez azonban, mint láttuk, paternalisztikus megoldás, ami nem veszi figyelembe a beteg önrendelkezési jogát.

Az önrendelkezési jog biztosítása érdekében szükséges lenne Magyarországon is bevezetni azt az USA-ban kifejlesztett eszközt („physician orders for life-sustaining treatment”, POLST), mely a betegek orvos általi standard megkérdezését jelenti az életvégi döntésekkel kapcsolatos preferenciáikról. Ez a

hazai problémák jelentős részét megoldaná. Ezért ezt szeretném ismertetni, illetve hazai használatra javasolni.

Az ún. POLST-ot, azaz életfenntartó kezeléssel kapcsolatos orvosi utasításokat³⁵ az orvos veszi fel a bekerülő beteggel (s nem a beteg írja, mint az élő végrendeletet). Ennek során rutinszerűen kikérdezik

a felvett beteget az életmentő/életfenntartó kezelésekről, s a kérdések elég konkrétak ahhoz, hogy az orvosnak az ilyen jellegű döntések során gyakorlati segítséget nyújtson a dokumentum. Ez lehetővé teszi, hogy figyelembe

vegyék a beteg értékrendjét és az orvosi indikációkat is. A POLST-nak része az iránymutatás a kardiopulmonális reszuszcitációra (CPR) vonatkozóan, amire a légzés és a szívműködés leállása esetén lehet szükség. Ha a DNAR-t jelölik be, akkor a beteget nem kísérik meg újraéleszteni, vagyis nem végeznek mellkaskompressziókat a szívműködés megindítására, s semmiféle defibrillátort sem alkalmaznak. Továbbá, a betegnek nyilatkoznia kell a kívánt kezelési célról. Itt három lehetőség van, s a háromból csak az egyiket lehet kiválasztani. *Komfort kezelés*nél az elsődleges cél a fájdalom és a szenvedés csillapítás, bármilyen módon, ami ezt biztosítja: Nem intubálják a beteget, de például oxigén adása lehetséges, vagy a légutak leszívása, légúti akadályok manuális megszüntetése is. Ilyenkor azonban nem alkalmaznak olyan eljárást, ami a másik két (alább bemutatott) kezeléstípushoz tartozik. A komfort kezelés bejelölésekor intenzív osztályra vagy kórházba csak akkor szállítják át a beteget, ha az ellátás a tartózkodási helyén nem biztosítható. De például a beteg kérésére az addig folytatott dialízis-kezelést folytatják. *Szelektív kezelés*nél a cél a beteg orvosi állapotának a kezelése, de a megterhelő beavatkozások elkerülésével. Ilyenkor a komfort kezelésen túl adnak intravénás antibiotikumot, folyadékpótlást is, ha az indikált, hiszen a folyadékpótlás meghosszabbítja az életet. Nem intubálnak, vagy ha a beteg kéri, akkor csak egy rövid próbaperiódusra, illetve meg lehet határozni a napok számát, ameddig a beteg engedi magát intubálni. Nem invazív pozitív nyomású lélegeztetést alkalmaznak, de intenzív osztályos ellátás ehhez a kezelési célhoz általában nem tartozik. *Teljes kezelés* választásánál a cél az élet maximális meghosszabbítása minden rendelkezésre álló módszerrel. Ilyenkor intubálnak, mechanikus lélegeztetést alkalmaznak, kardioverziót végeznek, ha kell. A beteg megjelölheti, hogy csak próbaidőre kér teljes kezelést. Az intenzív osztályos kezelés ilyenkor eleve feltételezett. A POLST többi

részében a beteg kitérhet arra, hogy milyen konkrét beavatkozásokat és kezeléseket utasít el vagy enged meg (például antibiotikum alkalmazását, mesterséges táplálást), és milyen úton (például csak orálishan vagy intravénásan, szondával stb.) A POLST végül rögzíti, hogy kivel beszélte meg a célokat az orvos (a beteggel, kiskorú esetén a szülővel, a beteg által előzetesen megnevezett helyettes döntéshozóval, a bíróság által kijelölt gondnokkal), és mi alapján történt az utasítás megfogalmazása (a beteg kérése alapján, a beteg ismert preferenciái alapján, a beteg élő végrendelete alapján is, végső esetben pedig a beteg legjobb érdeke alapján).

A POLST kitöltése önkéntes.

Ha azonban kitöltötték, akkor a betegellátóknak az abban foglaltakat követniük kell, s az azon alapuló döntés – ha jóhiszemű – jogilag védettséget élvez. A POLST nem helyettesíti az élő végrendeletet, azonban a POLST kitöltésekor jó áttekinteni azt is, s összhangba hozni a POLST-ot az élő végrendelettel. A POLST-ot az orvos tölti ki, a beteggel való megbeszélés alapján. A POLST-ot az orvoson kívül a beteg is aláírhatja, bár az utóbbi csak ajánlott. Ha egy POLST bármely részét nem töltötték ki, vagy nem teljesen töltötték ki, akkor az automatikusan a lehető legintenzívebb, legkiterjedtebb kezelést kell alkalmazni a tekintetben.

Ajánlott a POLST-ot rendszeresen áttekinteni, de a következő alkalmakkor különösen: amikor a beteget áthelyezik az egyik ellátó helyről a másikra, vagy az ellátás egyik szintjéről a másikra. S akkor is, amikor jelentős változás áll be a beteg egészségi állapotában vagy amikor megváltoznak a beteg kezeléssel kapcsolatos preferenciái.

A belátási képességgel rendelkező beteg a POLST-ot bármikor visszavonhatja, vagy attól eltérő kezelést is kérhet. Ha visszavonja, akkor a POLST-ot teljes egészében, keresztben át kell húzni, s rá kell írni nagy betűkkel, hogy érvénytelen. Ezt alá kell írni, és dátummal kell ellátni. Ha a beteg helyett más dönt, ő is kérhet a POLST-hoz képest eltérő kezelést, ha úgy ítéli meg, hogy ez lenne a beteg kívánsága vagy a legjobb érdeke.

A POLST bemutatása után érdemes kitérni a jogi transzplantáció problémájára, ami hazánkban gyakran felmerül, és félelmek övezik. Már 1997-ben, az élő végrendelet, a tartós meghatalmazott s egyéb, az USA-ban és Nyugat-Európában létező jogi megoldásoknak a hazai jogrendszerbe az Eütv. általi beemelésükor hallható volt az a vád, hogy nemkívána-

tos jogi transzplantáció történik. Vagyis ezek a jogi eszközök nem hazai jogi hagyományokból fejlődtek ki, szervesen, hanem egyszerű átvételei külföldi jogi megoldásoknak. Jogi transzplantációk tehát, melyek kerülendőek.

Természetesen a jogi transzplantáció nem ideális megoldás. Ebből azonban nem következik, hogy ne lehetne helye a hazai jogrendszerben. Ahogy az orvoslásban sem ideális megoldás a szervtranszplantáció, de legtöbbször mégis életmentő, úgy a jogban is jobb, ha létezik valamilyen megoldás egy problémára, mint ha egyáltalán nem létezne. A POLST kapcsán is ez az érvelés hozható fel. Pillanatnyilag nem létezik ehhez hasonló me-

chanizmus a hazai jogrendszerben, ami komoly akadály a annak, hogy a beteg autonómiája és kezeléssel kapcsolatos preferenciái érvényesülhessenek. Így a régi, paternalisztikus megoldásokra lehet csak támaszkodni, melyek az orvosra nagy terhet rónak, a beteg számára pedig autonómiája indokolatlan korlátozását jelentik. Ráadásul éppen a jogi transzplantációtól való tartózkodás vezetett oda, hogy hazánkban 1997-ben az Eütv. keretében az életvégi döntéseknek olyan mechanizmusa került kialakításra, ami a gyakorlatban nem alkalmazható. Tekintve, hogy a nemzetközi terminológiát a törvény átvette ugyan, de a külföldön már létező, évtizedek óta sikerrel alkalmazott megoldásokat nem, s ehelyett specifikus magyar megoldásokat próbált kifejleszteni, nem lehet csodálkozni, hogy a jogalkotás nem vezetett sikerre.

A POLST – bár magyarországi bevezetése jogi transzplantációnak lenne tekinthető – megoldást jelentene a hazai életvégi döntések számos problémájára. Így bevezetése a hazai jogrendszerbe és egészségügyi gyakorlatba mindenképpen javasolható.

ÖSSZEGRÖZÉS

Az aktív eutanázia és az orvos által segített öngyilkosság (PAS) mára mindenütt előtérbe került problémáját a mai orvoslás technikai fejlettsége okozza. A modern orvosi technika agresszív használata ugyan nem tudja megakadályozni a halált, de a haldoklási folyamatot meg tudja nyújtani, ezt azonban sok beteg nem érzi érdekében állónak, s az ilyen életmentő/életfenntartó beavatkozást visszautasítja. Kezdetben az volt a kérdés, hogy ez a visszautasítás tekinthető-e egyfajta öngyilkosságnak, a visszautasítást

elfogadó orvos pedig a beteg öngyilkosságában segítséget nyújtónak. Mára ez a kérdés eldöntöttnek tekinthető. Ma a beteg önrendelkezési jogához tartozónak tekintjük azt, hogy visszautasíthasson életmentő/életfenntartó beavatkozásokat is. S az ezt tiszteletben tartó orvost nem tekintjük az öngyilkosságban segítséget nyújtónak, hanem inkább olyannak, mint aki a beteg önrendelkezési jogát tiszteletben tartja.

Azok a jogrendszerek, melyek ezt elismerik, abban különböznek egymástól, hogy elismerik-e minden beteg jogát arra, hogy visszautasítson életmentő/életfenntartó beavatkozásokat, vagy csak abban az esetben ismerik el ezt a jogot, ha a beteg rossz prognózisú, gyógyíthatatlan, s rövid időn belül halált okozó betegségben szenved. Magyarország ezen utóbbi jogrendszerek közé tartozik.

Abban is vannak eltérések, hogy életmentő/életfenntartó beavatkozások visszautasítását lehetővé tevő rendelkezések az élő végrendeletet és a tartós meghatalmazott intézményét milyen módon szabályozzák, különös tekintettel arra, hogy a tartós meghatalmazottnak a döntés során a helyettesített döntés elvét kell-e alkalmaznia, vagy a saját értékrendjét kell alapul vennie. Ez utóbbi aggályos, miközben Magyarországon jelenleg még ilyen szabályozás van érvényben.

A kérdés ma az, hogy lehet-e ennél tovább menni. Segítséget kérhet-e a beteg az öngyilkosságban, illetve lehetőség van-e aktív eutanázia végrehajtására?

Szekuláris talajon a PAS, valamint az aktív eutanázia engedélyezése és tiltása etikailag egyaránt elfogadhatónak tűnik, de a szabályozásnak tekintettel kell lennie a társadalom állapotára.

Ez volt az Emberi Jogok Európai Bíróságának az álláspontja is, mely szerint sem a PAS tiltása, sem annak megengedése nem ellentétes az Emberi Jogok Európai Egyezményével. Noha ez a döntés a PAS-sal kapcsolatos, vélelmezhetően vonatkozik az önkéntes aktív eutanáziára is.³⁶

A szabályozásnak tekintettel kell lennie azonban arra, hogy mennyire gazdag a társadalom és az egészségügy, s mennyire jutnak hozzá az emberek rossz prognózisú betegség esetén a fájdalom- és szenvedéscsillapítás különféle formáihoz.

Az aktív eutanázia és a PAS megengedhetőségének az első feltétele ezért a társadalom gazdagsága, valamint a polgárok relatív egyenlősége. Az aktív eutanázia és a PAS csak akkor elfogadható, ha minden beteg hozzájuthat az egészségügyi/palliatív ellátás minden olyan formájához, aminek révén rossz prognózis esetén a fájdalmaikat, a szenvedésüket csillapí-

tani lehet. Különbözik a betegek nem csak azért kérnének eutanáziát, mert valóban csillapíthatatlanul szenvednek, hanem azért, mert nem férnek hozzá olyan palliatív ellátáshoz, amelyenhez egy megfelelő forrásokkal rendelkező egészségügyi rendszerben a betegek hozzájuthatnak, vagy amelyenhez az adott

társadalomban egy gazdagabb beteg hozzájuthat. Egy nem megfelelő forrásokkal rendelkező egészségügyi rendszerben az eutanázia nem kiegészítené az egészségügyi ellátást, hanem helyettesítené azt. Egyben csökkentené is a motivációt a palliatív el-

látás fejlesztésére és elérhetővé tételére, hiszen ott lenne az eutanázia lehetősége azoknak, akik a korszerű palliatív ellátáshoz nem jutnak hozzá. Nem a szenvedéscsillapítás megoldásával, hanem a szenvedő saját kérésére történő megölésével oldanák meg az életvégi ellátás problémáját, amely a társadalom dehumanizálódásához vezethet. Az aktív eutanázia/PAS megengedhetőségének másik feltétele a társadalom szabálykövetésének magas szintje. Ahol ez hiányzik, ott nagy a veszélye a visszaélésnek, ami az eutanázia lehetővé tétele esetén nagyon komoly erkölcsi eróziót eredményezhet.

A kérdést Magyarországra konkretizálva azt gondolom, hogy a POLST hazai bevezetése lehetővé tenné az életvégi döntések esetén a betegek autonómiájának tiszteletét, s csökkentené az orvosokra háruló terhet is, akik a nem hatékony jogi szabályozás miatt egyoldalú, a beteg bevonása nélküli döntéshozatalra kényszerülnek, orvosilag nem indikált vagy hasztalan kezelésnek nevezve olyan kezeléseket, amelyek valójában erkölcsileg nem indikáltak. Ennek eldöntésére azonban a beteg, illetve a hozzátartozója lenne csak jogosult. A POLST bevezetésével így lehetővé válna a paternalisztikus döntések visszaszorítása.

Az aktív eutanázia és a PAS bevezetése Magyarországon nem látszik elfogadhatónak, mert az egészségügyi ellátás szintje és hozzáférhetősége ma még nem biztosítja azt, hogy mindenki hozzájuthasson élete végén a legkorszerűbb fájdalom- és szenvedéscsillapításhoz, vagyis a megfelelő palliatív ellátáshoz. A szabálykövetés hazai szintje sem olyan, ami egy ilyen szabályozás problémamentes bevezetését lehetővé tenné.

A rossz prognózisú betegek esetén az egyedüli megoldás – amire hazánkban is lehetőség lenne – az, hogy ha valaki külföldön (pl. Svájcban) szeretné igénybe venni az öngyilkosságban való segítségnyújtás ott külföldiek számára is elérhető lehetőségét, akkor ebben segítséget kaphasson. S ezt anélkül te-

hesse meg, hogy az ebben számára segítséget nyújtónak az öngyilkosságban való segítségnyújtás hazai büntetőjogi tilalma miatti jogi következményekkel kellene számolnia. Hasonló a szabályozás az Egyesült Királyságban és Németországban is. Ez – Németországhoz hasonlóan – az öngyilkossághoz való jog elismerését jelentené. Ugyanis, ha elismernék ilyen jogot, akkor e jog gyakorlásában a nem önérdékből segítséget nyújtót nem lehetne büntetni.

Mivel ennek a lehetőségnek a Svájcban való igénybe vétele komoly anyagi erőforrásokat igényelne, így az is biztosítva lenne, hogy aki ezt igénybe veszi, azt nem az anyagi korlátok akadályozták meg abban, hogy megfelelő színvonalú palliatív ellátáshoz jusson. Így elkerülhető lenne az a veszély, mely az eutanázia legalizálásakor fenyegetne, nevezetesen, hogy ez a szegények, társadalmilag hátrányos helyzetűek eutanáziáját jelentené, akik nem jutottak hozzá a megfelelő színvonalú palliatív ellátáshoz. S a motiváció is megmaradna a hazai palliatív ellátás fejlesztésére.

Osszességében tehát Magyarországon az életvégi döntések kapcsán nem az a legnagyobb probléma, hogy nem engedélyezett az önkéntes aktív eutanázia, hanem az, hogy nem léteznek azok a működő jogi mechanizmusok, melyek a beteg önrendelkezési jogának érvényesülését lehetővé tennék az életvégi döntésekben. Ezért az orvosok az évtizedekkel ezelőtt meghaladottá vált paternalisztikus megoldásokra vannak kényszerítve, ami rájuk túl nagy terhet ró, a beteget pedig megfosztja attól, hogy beleszólhassanak az életvégi kezelésükkel kapcsolatos döntésekbe.

JEGYZETEK

1. Részletesebben lásd: Kovács József: *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*, Budapest, Medicina könyvkiadó, 2024 (e-könyv, 3. átdolgozott, bővített, szakkönyvi kiadás).
2. Helga KUHSE: Euthanasia, in *A Companion to Ethics*, ed. Peter SINGER, Oxford, Basil Blackwell, 1991, 294.
3. James RACHELS: Active and Passive Euthanasia, *The New England Journal of Medicine*, 1975/2, 78–80, <https://doi.10.1056/NEJM197501092920206>.
4. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 22.§.
5. Angolul elérhető: <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/>.
6. Maurice ADAMS: Euthanasia Law, in *The International Encyclopedia of Comparative Law*, eds. J. M. SMITS – Jaakko HUSA – Catherine VALCKE – Madalena NARCISO, Cheltenham, Edward Elgar, 2023, 2, <https://doi.org/10.4337/9781839105609.euthanasia.law>.
7. Devika RAO: In what countries is assisted dying legal or under review? *The week*, May 8, 2024, <https://theweek.com/health/assisted-dying-euthanasia-world>.
8. 2015 SCC 5, S112688.
9. Anees BAHJI – Nicholas DELVA: Making a case for the inclusion of refractory and severe mental illness as a sole criterion for Canadians requesting medical assistance in dying (MAiD): a review, *Journal of Medical Ethics*, 2022, 929–934, <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-107133>.
10. Supreme Court of Canada, *Carter vs. Canada*. 35591; idézi: BAHJI–DELVA (9. vj.) 929.
11. Government of Canada. Bill C-14: an act to amend the criminal code and to make related amendments to other acts (medical assistance in dying). C-14, 2016, <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent>; idézi: BAHJI–DELVA (9. vj.) 929.
12. Government of Canada (11. vj.).
13. Government of Canada. Bill C-7: an act to amend the criminal code (medical assistance in dying). C-7, 2020, <https://parl.ca/DocumentViewer/en/43-1/bill/C-7/first-reading>, idézi: BAHJI–DELVA (9. vj.) 930.
14. Karen LEBACQZ – H. Tristram ENGELHARDT: Suicide and Covenant. in *Ethical Issues in Death and Dying*, ed. Robert F. WEIR, New York, Columbia University Press, 1986, 349.
15. ADAMS (6. vj.) 5.
16. John A. BRYANT – Linda LA VELLE: *Introduction to Bioethics*, Chichester: Wiley Blackwell, 2019, 168–169.
17. David B. WAISEL – Robert D. TRUOG: The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: futility revisited, *Annals of Internal Medicine*, 1995, 304–308; idézi: ÉLŐ Gábor: Hasznosság és autonómia – az újraélesztés elmúlt 10 éve, in *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság. Az életvégi döntések szabályozása*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022, 180.
18. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
19. KUSSINSZKY ANIKÓ – STÁNICZ PÉTER: Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében, in *Autonómia, életvédelem, jogbiztonság. Az életvégi döntések szabályozása*, szerk. FILÓ Mihály, Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 2022, 134.
20. KUSSINSZKY–STÁNICZ (19. vj.) 137.
21. Központi Statisztikai Hivatal: 22.1.1.9. Halálozások száma és aránya, csecsemőhalandóság, születéskor várható élettartam, halálozás főbb okok szerint, https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0009.html.
22. KUSSINSZKY–STÁNICZ (19. vj.) 137–138.
23. KUHSE, Helga Peter SINGER: *Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants*, Oxford–New York, Oxford University Press, 1985, 24.
24. BÉRCZES TIBOR: *Élni és élni hagyni. Beszélgetések a holland eutanáziagyakorlatról*, Budapest, Corvina, 2016, 126.

25. ÉLŐ (17. vj.) 175.
26. ÉLŐ (17. vj.) 176.
27. ÉLŐ (17. vj.) 177.
28. ÉLŐ (17. vj.) 181.
29. ÉLŐ (17. vj.) 183.
30. ÉLŐ (17. vj.) 185–186.
31. Társaság a Szabadságjogokért (TASZ): *Méltósággal meghalni*, 2018.
32. Robert PEARLMAN – Helene STARKS – Kevin CAIN – William COLE – David ROSENGREN – Donald PATRICK: *Your Life, Your Choices. Planning for Future Medical Decisions: How to Prepare a Personalized Living Will*, Seattle, WA, Patient Decision Support, 1992;
- Hank DUNN: *Hard Choices for Loving People. CPR, Artificial Feeding, Comfort Care, and the Patient with a Life-Threatening Illness*, Herndon, VA, A & A Publishers Inc, 2001
33. Társaság a Szabadságjogokért (TASZ): *Előzetes egészségügyi rendelkezés cselekvőképzetlenség esetére*, 2018.
34. Robert M. VEATCH: *Death, Dying, and the Biological Revolution*, New Haven – London, Yale University Press, 1989 (revised edition), 121–122.
35. Washington POLST (Portable Orders for Life Sustaining Treatment), www.wsma.org/POLST; Kovács (1. vj.) 349.
36. ADAMS (6. vj.) 6.