

## A TASZ az eutanáziáról

Az elmúlt évtizedekben világszerte előtérbe kerültek az élet befejezésével kapcsolatos dilemmák. A modern orvostudomány segítségével a betegek haldoklása akár évekig is meghosszabbítható, ezért az orvosok, a betegek és a hozzátartozók korábban nem ismert döntési helyzetekbe kerülnek. Emellett a halálról másként gondolkodunk ma, mint régen: sokan nem tartják kötelességüknek elviselni a haldoklással járó szenvedéseket, s az orvosoktól segítséget várnak haldoklásuk megrövidítéséhez.

Napjainkban alapvető emberi jogként fogalmazzódik meg a méltóságteljes halálhoz, az eutanáziához való jog. Álláspontunk szerint a gyógyíthatatlan, végső stádiumba jutott betegnek is joga van dönteni saját sorsáról, ezért tiszteletben kell tartani a döntésképes beteg akaratát, ha az életfenntartó kezelést beszüntetését kéri. Az elviselhetetlen szenvedéseket átélő beteg kívánságára biztosítani kell a fájdalomcsillapító szereket akkor is, ha azok a halálát okozhatják. Mindemellett – megítélésünk szerint – a végstádiumba jutott betegnek joga van ahhoz, hogy orvosi segítséget vegyen igénybe élete befejezéséhez.

### Mi az eutanázia?

Annak ellenére, hogy nincs egységesen elfogadott eutanázia-meghatározás, vitathatatlanul ide sorolható, ha a beteg érdekében az orvos a gyógyíthatatlan (és halálos) betegét halálba segíti, életfenntartó beavatkozásokat megszüntet, illetve elmulaszt.

Ez történhet a beteg kérésére (önkéntes eutanázia) és beleegyezése nélkül, ha már nincs megkérdozhető állapotban (nem önkéntes eutanázia). Gyakori az aktív és passzív eutanázia közötti különbségtétel, amely nem azon alapul, hogy az orvos tevékenységgel vagy mulasztással valósítja-e meg. Passzív eutanázia esetén az orvos nem kezeli a beteget (pé-

dául nem éleszti újra), illetve beszünteti a kezelését (például lekapcsolja a lélegeztetőgépet), s ezzel engedi meghalni. Aktív eutanázia esetén pedig az orvos olyan tevékenysége okozza a beteg halálát, amelyről egészséges ember is meghalna (például halálos injekció). Ettől eltérő eset, amikor az orvos segítséget nyújt a beteg öngyilkosságához, például az ehhez szükséges szer átadásával.

Az eutanázia legfontosabb feltétele tehát az, hogy az orvos mindig a beteg érdekében cselekszik. Elvileg nem feltétele az eutanáziának, hogy orvos hajtsa végre, de gyakorlati szempontok indokolják ezt a szűkítést. Elretentési céllal gyakran az eutanázia körébe sorolják a hitleri eugenika-programot, holott az nem volt más, mint kiválasztott embercsoportok (fogyatékkal élők, pszichiátriai betegek, alkoholisták és mások) legyilkolása. Nem be-

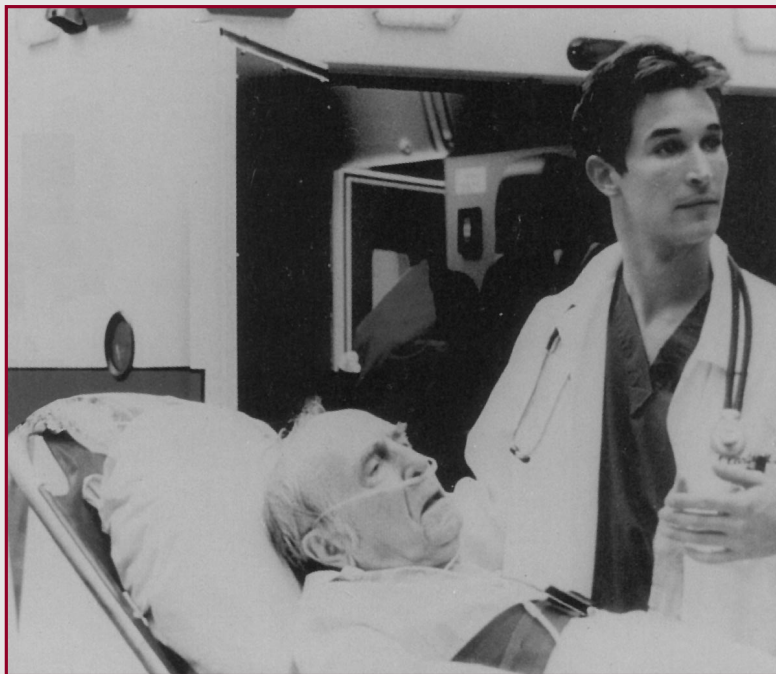
### Jogunk van-e visszautasítani az életfenntartó kezelést?

Az egészségügy területén az önrendelkezési jog azt jelenti, hogy a betegek maguk dönthetnek a kezelésükkel kapcsolatos kérdésekben: igénybe veszik-e az egészségügyi ellátást, mely beavatkozások elvégzésébe egyeznek bele, melyeket utasítanak vissza. Az önrendelkezési jog a végstádiumba jutott beteget is megilleti. A kiinduló feltételezés az, hogy a beteg életét fenn kell tartani és hatékony kezelést kell számára nyújtani. Az orvoslás célja azonban nem lehet minden esetben az, hogy a halál időpontját bármilyen áron kitolja és a haldoklást meghosszabbítsa. Ha a beteg nem akarja, nem szükséges minden eszközt felhasználni a halál késleltetésére. Az önrendelkezési jog elismeréséből következik, hogy az életfenntartó, életmentő beavatkozásokat is csak a beteg hozzájárulásával szabad elvégezni.

A törvényhozóknak az önrendelkezési jog mellett a lelkiismereti szabadságot is figyelembe kell venniük: nem mindenki tekinti abszolút értéknek az életet, sokan nem életük időleges meghosszabbítását választanák szenvedések és kiszolgáltatottság árán, hanem a „könnyű halált”, életük megrövidítése árán. Az államnak tiszteletben kell tartania az életfelfogások sokféleségét.

Az életfenntartó kezelés visszautasításához való jog elismerése az önkéntes passzív eutanáziához való jog elfogadását jelenti. Ez a jog biztosítja, hogy ne lehes-

Fotó: RTV Részletes Újság



szélhetünk eutanáziáról a szűkös egészségügyi eszközök elosztásáról hozott döntések kapcsán sem, vagyis azokban az esetekben, amikor a beteg azért hal meg, mert életben tartásához nem álltak rendelkezésre egészségügyi eszközök (például három betegre két lélegeztetőgép jut).

sen kényszerrel lélegeztetőgépen tartani azt, aki az ellenkezőjét kívánja, ne lehessen levágni a lábát annak, aki tiltakozik ellene, ne lehessen az életet rövid időre meghosszabbító kezelésre kényszeríteni azt, aki fájdalmi miatt a kezelés megszüntetését kéri.

Úgy ítéljük meg, hogy az életfenntartó beavatkozások visszautasítását akkor kell lehető-

Az elmúlt évtizedekben világszerte törvényi, illetve bírói védelmet nyertek a betegek jogai, s az önrendelkezési jog alapján mindenfajta orvosi kezelés visszautasítható.

Az Egyesült Államokban az orvos-beteg viszonyt meghatározó „tájékozott beleegyezés elve” (informed consent) szerint az orvos csak a megfelelően informált beteg önkéntes felhatalmazása alapján végezheti el a szükséges vizsgálatokat és beavatkozásokat. Az 1970-es évektől egyre több bírósági döntés ismerte el, hogy a döntésképes felnőttek önrendelkezési joga kiterjed az életfenntartó kezelés visszautasítására is: a lélegeztetőgépen lévő beteg kérésére a készüléket ki kell kapcsolni, a lebénult személy elutasíthatja a mesterséges táplálást, Jehova Tanúi megtagadhatják a vérátömlesztést. A Legfelsőbb Bíróság 1990-ben, a *Cruzan versus Director, Missouri Department of Health*-ügyben hozott irányadó döntést, amely szerint csak a beteg szándékainak egyértelmű és meggyőző bizonyítása esetén szabad megszüntetni az orvosi kezelést. A határozat azonban elismerte a betegek alkotmányos jogát a kezelés visszautasításához és a természetes halál választásához. A bírósági jogfejlesztést követve valamennyi tagállam törvényben intézményesítette az egyes kezelési formák elutasításáról szóló előzetes jognyilatkozatot (living will) és a helyettes döntéshozó megnevezéséről szóló előzetes jognyilatkozatot (health-care proxy). A Kongresszus a betegek önrendelkezési jogáról szóló törvényben arra kötelezte az egészségügyi intézményeket, hogy tájékoztassák a betegeket az ilyen jognyilatkozatok tételének lehetőségéről.

Az amerikai mintát követve a demokratikus országokban általánosan elfogadottá vált, hogy a haldoklókat sem lehet kezelni beleegyezésük nélkül, és ha a döntésképtelenné vált beteg korábbi akaratát nem állapítható meg, a bíróságok néhány államban a betegek érdekeinek figyelembevételével hoznak döntést. Nagy-Britanniában a Lordok Háza – legfelsőbb bírósági funkciójában – az *Airedale NHS Trust versus Bland*-ügyben úgy döntött, hogy Anthony Bland, a visszafordíthatatlan agykárosodást szenvedett fiatal ember életfenntartó kezelése abbahagyható, mert legjobb érdekei ezt kívánják. Írországban egy hasonló ügyben a Legfelsőbb Bíróság kimondta, hogy egy több mint huszonhárom éve eszméletlen állapotban lévő asszony érdekeit az szolgálja a legjobban, ha mesterséges táplálását megszüntetik. A legjelentősebb kanadai eset a *Nancy B. versus Hôpital-Dieu de Quebec* volt, amelyben egy huszonöt éves, idegrendszeri megbetegedés miatt bénult, lélegeztetőgéphez kötöten élő beteg azt kérte a bíróságtól, hogy kötelezze orvosait a gép kikapcsolására. A határozatot hozó bíró kifejtette, boldog lenne, ha a beteg megváltoztatná szándékát, de el kell ismernie követkelességét, ezért elrendelte a respirátor kikapcsolását.

vé tenni a beteg számára, ha döntésképes állapotban van, vagyis:

- képes megérteni a döntéséhez szükséges információkat;
- képes értékrendje és céljai alapján a lehetőségeit mérlegelni;
- képes világosan megérteni döntése minden lehetséges következményét;
- képes közölni döntését orvosaival, ellátóival.

A döntéshozatali képességgel rendelkező beteg saját erkölcsi értékeinek megfelelően dönt kezelésével kapcsolatban. A döntésképes fogalma bizonyos esetekben nem esik egybe a jogi cselekvőképesség fogalmával, hiszen olykor a jogi értelemben nem teljesen cselekvőképes beteg is képes lehet arra, hogy egészségügyi ellátásával kapcsolatban tájékozott döntést hozzon. Nem zárható ki, hogy olyan, enyhe értelmi fogyatékoságban vagy pszichiai betegségben szenvedő személy, aki nem képes vagyoni ügyeinek kezelésére, érvényes döntést hozzon kezelése megszüntetéséről. Emellett a tizenhat-tizenhét éves kiskorúakat sem szabad teljesen megfosztani az önrendelkezésnek ettől a formájától.

Gyakran előfordul, hogy a beteg azért nincs döntésképes állapotban, mert kezelése során nyugtatókkal, fájdalomcsillapítókkal túlgyógyszereztek. Ilyenkor az ellátóknak törekedniük kell arra, hogy a páciens döntésho-

zatali képességét, amennyire lehet, helyreállítsák.

## Jogunk van-e előzetesen rendelkezni az életfenntartó kezelés visszautasításáról?

Számos betegség vagy sérülés miatt a beteg végleg elveszti öntudatát vagy legalábbis döntéshozatali képességét. Ilyenkor már nem nyilatkozhat a kezelésbe való beleegyezésről. Az önrendelkezési jog azonban azt követeli, hogy a jogszabályok biztosítsák az állampolgárok számára az *előzetes jognyilatkozat* lehetőségét. Ez egy olyan írásos dokumentum, amelyben az érintett előre kifejezi majdani orvosi ellátásával kapcsolatos szándékait. A demokratikus államokban az előzetes jognyilatkozatnak két formája terjedt el.

- *Előzetes nyilatkozat a kezelési formákról:* az állampolgár arról rendelkezik, hogy ha betegség vagy baleset miatt végleg döntésképtelenné válna, az életmentő, életfenntartó beavatkozásokat mely esetekben ne végezzék el, hanem engedjék, hogy meghaljon. Emellett előre meg lehet nevezni azokat a kezelési formákat is, amelyeket a nyilatkozó semmiképpen sem fogad el (például gépi lélegeztetés, dialízis, újraélesztés elutasítása).

- *Előzetes nyilatkozat a helyettes döntéshozó személyéről:* az érintett azt a személyt nevezi

meg, aki helyette a döntés jogát gyakorolja abban az esetben, ha ő döntésképtelen állapotba kerül. A helyettes döntéshozónak a beteg értékrendjéből kiindulva kell döntenie, a beteg feltehető akaratát és érdekeit kell figyelembe venni. Nem dönthet azon az alapon, hogy ő maga mit tart a legjobb választásnak.

Lényeges garanciát jelent a visszaélésekkel szemben, hogy az előzetes jognyilatkozatot a betegek bármikor visszavonhatják, módosíthatják. A helyettes döntéshozó szintén megváltoztathatja véleményét, feltéve, ha ez nem ellentétes a beteg előzetesen kinyilvánított akaratával. Csak az egyén szándékainak egyértelmű bizonyítása után kerülhet sor az életfenntartó kezelés megszüntetésére, illetve mellőzésére.

Felmerül a kérdés, mi történjen akkor, ha a beteg nincs döntésképes állapotban és írásban sem nyilatkozott a számára elfogadhatatlan kezelési formákról, illetve a helyettes döntéshozó személyéről. Megítélésünk szerint ilyenkor a beteg törvényes képviselőjét (a szülőt, a gondnokot vagy a gyámot), illetve legközelebbi hozzátartozóját kell feljogosítani a döntésre. Ez esetben azonban szükségesnek tartjuk, hogy a kezelés megszüntetése előtt a bíróság jóváhagyja a helyettes döntéshozó rendelkezését. A terápiát csak akkor szabad abbahagyni, ha ez összhangban van a beteg korábbi akaratával és legjobb érdekeivel.

## Mit jelent a haldoklók humánus ápolása?

A méltóságteljes halálhoz való jog magában foglalja, hogy a haldoklók számára humánus ellátást kell biztosítani. A beteget nem szabad magára hagyni, amikor életfenntartó kezeléseket megszüntetéséről dönt, és lehetővé kell tenni, hogy hozzátartozói akár folyamatosan mellette tartózkodjanak. Világossá kell tenni a beteg számára, hogy az életfenntartó kezeléseket bizonyos formáiról való lemondás nem azt jelenti, hogy más kezelésben sem részesülhet. Az egészségügyi személyzetnek elsődleges kötelessége, hogy a beteg részére támogatást nyújtson: fájdalomcsillapítókkal, nyugtatókkal, gondos ápolással törekedni kell a beteg szenvedéseinek csökkentésére. Előfordul, hogy a fájdalmakat csak úgy lehet csillapítani, hogy narkotikumokkal eszméletlen állapotba hozzák a beteget. Ez akkor engedhető meg, ha a beteg előzetesen beleegyezett a kezelésbe.

A végstádiumba jutott betegeknek joguk van a *hospice-ellátásra*. Az egészségügyben helyet kell kapniuk az ilyen intézményeknek, és a betegeket fel kell világosítani azok szerepéről. Aki hospice-programba kéri felvéte-



lét, lemond az agresszív életfenntartó beavatkozásokról és elfogadja, hogy kezelésének legfőbb célja a fájdalomcsillapítás és a tüneti kezelés. A hospice szellemű ellátás nemcsak a fizikai szenvedés mérséklésére összpontosít, hanem a beteg érzelmi, lelki fájdalmának enyhítésére is. Az ápolók arra töreksenek, hogy a beteg élete hátralevő részét kényelemben, emberhez méltó körülmények között, lehetőleg családja támogatásával élhesse le.

## Kérhetnek-e a betegek orvosi segítséget életük befejezéséhez?

Előfordul, hogy a beteg a haldoklás megrovídtetését kívánja, de óhaja nem teljesülhet a kezelés visszautasításával. Számos halálos kór kibontakozása hosszú időt vesz igénybe, az orvos azonban nem végez életfenntartó kezelést, mert a rendelkezésre álló eszközökkel a folyamatot nem lehet feltartóztatni. Más esetekben lehetőség van életfenntartó kezelésre, de annak abbahagyása hosszabb-rövidebb ideig tartó kegyetlen szenvedést von maga után. A lélegeztetőgép kikapcsolatásával a beteg az akár órákig is eltartó fulladásos halált választaná, és a műtét visszautasítását is követheti hosszadalmas haláltusa.

Meggyőződésünk, hogy a betegeknek akkor is joguk van a méltóságteljes halálhoz, ha azt a kezelés visszautasításával nem érhetik



Diana Pretty az Emberi Jogok Európai Bírósága előtt.

Fotó: MTI

el. Ilyenkor az orvosok halált okozó szer átadásával nyújthatnak segítséget számukra életük gyors és fájdalommentes befejezéséhez. Olyan szabályozást támogatunk, amely lehetővé teszi, hogy az orvos a beteg rendelkezésére bocsássa és tájékoztatást adjon használatáról. Mindezt – meggyőződésünk szerint – három alapvető jogként elismert jogosultság is biztosítja a gyógyíthatatlan betegek számára.

- Az emberi méltósághoz való jog érvényesül, amikor az orvos hozzásegíti betegét, hogy elviselhetetlen testi-lelki szenvedéseitől megszabaduljon.
- *Önrendelkezési jogát* gyakorolja a döntésképes beteg, amikor az orvos segítségét kéri, majd saját elhatározása alapján véget vet életének.
- Az *élethez való jog* része az élet befejezéséhez való jog is. A beteg maga rendelkezik élete felett, és nem kényszeríthető arra, hogy életben maradjon, ha élete értelmes folytatására nem lát lehetőséget.

Ha a gyógyíthatatlan beteg alapos megfontolás nyomán úgy ítéli meg, hogy hátralevő napjai nem jelentenének emberhez méltó életet számára, joggal igényelhet segítséget öngyilkosságához. Vagyis *joga van orvosi segítségre az öngyilkosságához*.

Fontosnak tartjuk, hogy a törvények nyújtsanak biztosítékot a visszaélésekkel szemben. Csak döntésképes beteg kérheti a segítséget, és a kérést megfelelően dokumentálni kell. Az orvosoknak meg kell győződniük arról, hogy a beteg kellő információk birtokában, saját elhatározásából, alapos megfontolás után igényelte a segítséget. A beteg számára tájékoztatást kell nyújtani a szer használatáról. Egy másik, a beteg gyógykezelésében részt nem vevő orvosnak meg kell erősítenie, hogy a beteg állapota indokolja a halálos szer átadását, és ellenőriznie kell, hogy a segítségnyújtásra a beteg önrendelkezése alapján kerül-e sor. Természetesen a lelkiismereti szabadság az orvosokat is megilleti, ezért egy orvos sem kötelezhető a közreműködésre, ha az ellenkezik meggyőződésével.

Európa néhány államában, például Svájcban és Svédországban nem húzódik éles határ a kezelés megszüntetése és a halálos szer átadása között. Ezekben az államokban az orvos nem adhat be halálos injekciót, de ha a betegnek felír vagy odaad halált okozó szer, nem követ el bűncselekményt. Az európai szabályozás sokfélesége miatt 2002-ben az Emberi Jogok Európai Bírósága a Pretty-ügyben óvatosan foglalt állást a kérdéssel: az Emberi jogok európai egyezménye alapján az államok nem kötelezhetők arra, hogy törvényben biztosítsanak büntetlenséget a gyógyíthatatlan beteg öngyilkosságában közreműködő személyeknek. Ugyanakkor a bíróság emlékeztetett arra, hogy a demokratikus államok jogfelfogása jelentős átalakuláson megy keresztül, és egyre kiterjedtebben érvényesül a betegek önrendelkezési joga.

Az Egyesült Államokban az öngyilkosságban való orvosi közreműködést sokáig *Dr. Kevorkian* nevével kapcsolták össze. Az általa készített szerkezet gombnyomásra halálos dózísú mérget juttatott páciensei szervezetébe. A gépet mindig a betegek hozták működésbe, s ily módon az orvos több mint száz embert segített a halálba. Hosszú ideig nem akadt bíróság, amelyik bűnösnek ítélte volna Kevorkiant, egy alkalommal azonban az orvos maga adta be a halálos injekciót egy betegének, amiért börtönbüntetésre ítélték. Az öngyilkosságban való orvosi közreműködés kivételt nem ismerő törvényi tiltása először Oregon államban szűnt meg, ahol a gyógyíthatatlan betegeknek 1997 óta törvényes joguk van az orvosi segítséggel történő öngyilkosságra (Death with Dignity Act). Az orvosi segítséget a tizennyolc év feletti, terminális állapotú, döntésképes betegek igényelhetik, s az orvosok csak a beteg rendelkezésére bocsáthatják a szer, de ők maguk nem adhatják be. Az oregoniak számára törvényben biztosított jog azonban nem vált mindenkit megillető alkotmányos joggá. A Legfelsőbb Bíróság ugyanis 1997-ben két esetben felülbíráltta New York és Washington állam fellebbviteli bíróságainak ítéleteit, amelyek a szövetségi alkotmány alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a végső stádiumú betegeknek joguk van az orvosi segítségre az öngyilkossághoz. A Legfelsőbb Bíróság szerint a szövetségi alkotmányból nem olvasható ki olyan egyéni jogosultság, amely alapján orvosi segítséget lehetne igénybe venni az öngyilkossághoz (*Vacco et al. versus Quill et al.; Washington et al. versus Glucksberg et al.*). Így az Egyesült Államokban a tagállamok törvényhozásán múlik, hogy tovább tágítják-e az önrendelkezési jog határait.



Fotó: Ferency Europress

## Bűnös-e az aktív eutanáziát végző orvos?

Álláspontunk szerint nem szabad büntetéssel sújtani azt az orvost, aki gyógyíthatatlan betege kérésére aktív eutanáziát végez. A haladók többsége jobban fél a fájdalomtól, mint a haláltól. A legtöbb beteg igényli szenvedései csillapítását, s az orvos kötelessége ilyen terápiát alkalmazni. A fájdalomcsillapítás lehetőségeiről tájékoztatni kell a beteget, és a narkotikumot vagy más eszközt a beteg kérésére akkor is igénybe kell venni, ha annak rendkívüli kockázatai vannak. A haladók szenvedéseinek mérséklése érdekében elfogadható az idegpályák injekciós roncsolása és függőséget okozó kábítószeres adása. Emellett a végstádiumba jutott betegek számára szükség esetén olyan mennyiségű narkotikum is beadható, amely légzésgátló hatása miatt valószínűleg megrövidíti a beteg életét.

Törvényben egyértelművé kell tenni, hogy az orvos nem követ el emberölést vagy más bűncselekményt, ha a beteg nagy mennyiségű narkotikumtól halt meg, feltéve, hogy:

- a beteg gyógyíthatatlan kórbán szenvedett és elviselhetetlen kínokat élt át;
- a döntésképes beteg vagy a helyettes döntéshozó tájékozott beleegyezését adta a nagy kockázatú fájdalomcsillapító kezelésbe;
- kisebb dóziszú narkotikum nem mérsékelte volna a beteg szenvedéseit;
- az orvos célja az volt, hogy a beteg fájdalmát csillapítsa.

E feltételek teljesülése esetén nincs helye büntetőeljárásnak az orvossal szemben. Elegendő, ha a kezelőorvos előzetesen konzultál más orvossal, utólag pedig jelentést készít az

esetről. Felelősségre vonásra csak akkor kerülhet sor, ha az orvos megszegte a fenti követelményeket.

Mindazonáltal az orvosi gyakorlatban előfordulhat, hogy az orvos olyan beavatkozással idézi elő a halált, amely nem minősül fájdalomcsillapításnak: a beteg állapotának is-

meretében úgy ítéli meg, hogy az előírt narkotikum-mennyiség nem elegendő a növekvő fájdalmak enyhítéséhez. Ezért a beteg kérésére nagyobb dóziszú szert ad be azzal a céllal, hogy gyors, szenvedésmentes halálba juttassa betegét. Ez a cselekedet – amikor is az orvos célja már nem a fájdalom csillapítása, hanem a beteg halála – az *aktív eutanázia*, amelyet a törvények ma még többnyire emberölésnek tekintenek.

Az aktív eutanázia az egyéni önrendelkezési jog leghatározottabb megnyilvánulási formája. Az ilyen esetekben mégsem tartjuk teljesen elfogadhatatlannak a közhatalmi beavatkozást, különösen azért, mert az egészségügyi intézményrendszer mai magyarországi állapotában nem lehet garantálni azt, hogy ne történjenek visszaélések. Ezért azt tartjuk helyénvalónak, ha hivatalos eljárásban megvizsgálják azokat az eseteket, amikor az orvos halálos injekció beadásával vagy más módon szándékosan halálba juttatja gyógyíthatatlan betegét. Azonban álláspontunk szerint a bíróság számára törvényes lehetőséget kell adni arra, hogy *ne mondja ki bűnösnek az orvost és ne alkalmazzon semmiféle szankciót vele szemben*. A bíróság előtt ugyanis bizonyítást nyerhet, hogy az orvos megoldhatat-

Az „élet befejezéséhez való jog” vagy a „halálhoz való jog” elismerése kivételesnek mondható, és a beteg kérésére végrehajtott aktív eutanáziát a legtöbb országban ma még bűncselekménynek tekintik.

Az aktív eutanáziát az emberölésnél enyhébben ítélik meg – többek között – Németországban, Lengyelországban, Olaszországban, Dániában és Svájcban, ahol a törvény ismeri a „kívánságra ölést”.

Hollandia az egyetlen ország, ahol az aktív eutanáziát évtizedek óta széleskörűen gyakorolják és hivatalosan elfogadják. Az ottani Legfelsőbb Bíróság 1984-ben az *Alkmaar*-ügyben kimondta, hogy az orvos szükséghelyzetben cselekszik, és ezért nem vonható felelősségre, ha a „ne ölj!” és a „csökkentsd a fájdalmat!” konfliktusában halálba segíti betegét annak kérésére. Az önkéntes aktív eutanázia az 1990-es évekre elfogadott gyakorlattá vált. A parlament sokáig nem akarta nyíltan legalizálni az eutanáziát, ezért 1993-ban a temetési törvényben szabályozta az orvos kötelezettségeit. Eszerint az orvossal szemben akkor nem emelnek vádat, ha betartotta az alábbi szabályokat:

- az eutanázia a beteg ismételt kérésére történt, s nem volt kétséges, hogy a beteg valóban meg akart halni;
- a beteg teljesen tájékozott volt betegségéről és a további kezelési lehetőségekről;
- beteg elviselhetetlen testi-lelki szenvedéseket élt át és semmilyen, számára elfogadható kezeléssel nem enyhíthette volna fájdalmait;
- az orvos előzetesen konzultált egy másik orvossal.

A tapasztalatok szerint a holland orvosok többsége hivatása elfogadott részének tekinti az eutanáziát. A felmérések azt mutatják, hogy olykor a beteg kérése nélkül is sor kerül aktív eutanáziára. Általában akkor, ha a beteg csillapíthatatlan és elviselhetetlen szenvedéseket él át, de már nincs megkérdésezhető állapotban. Az orvosok ilyenkor a hozzátartozókkal és kollégáikkal konzultálnak a döntés meghozatala előtt. A jogi szabályozás bizonytalanságait a parlament 2001-ben úgy szüntette meg, hogy önálló törvényt alkotott az eutanáziáról.

A világ első eutanázia-törvénye mégsem ez a holland jogszabály volt, mert Ausztrália Északi Területének parlamentje 1995-ben elfogadta a terminális betegek jogairól szóló törvényt. Ez úgy rendelkezett, hogy az orvos – meghatározott szabályok betartása mellett – felírhat, elkészíthet és átadhat, valamint maga is beadhat betegének halált okozó szert. A törvényt azonban nem sokkal hatálybalépése után megsemmisítette a szövetségi parlament. A holland példa követője Belgium, ahol 2002-ben lépett hatályba az önkéntes eutanáziát dekriminalizáló törvény.



lan helyzetbe került: betege szenvedéseinek csillapítására már nem voltak eszközei, és a beteg nem volt olyan helyzetben, hogy ön maga vessen véget életének, ezért kérte az orvostól, hogy adjon be halálos narkotikumot. Ha az orvos megtagadja a kérést, a méltóságteljes haláltól fosztja meg betegét. Ha viszont eleget tesz a kérésnek, az életét veszí el. Amennyiben az orvos az aktív eutanáziát választja, vállalnia kell a bírósági procedúrát és a nyilvánosság előtt kell megvédenie döntését. A bíróságnak pedig széles körű lehetőséget kell adni arra, hogy a konkrét eset körülményeinek mérlegelése alapján dönthesse a felelősségre vonás indoklásáról.

## Elismert-e a méltóságteljes halálhoz való jog Magyarországon?

1998 előtt nem biztosította átfogó törvény a betegek jogvédelmét, így a gyógyíthatatlan betegekre vonatkozó rendelkezések is hiányosak voltak, de az uralkodó szemlélet az eutanázia minden formáját tiltottnak tekintette. Az egészségügyi törvény csupán azt írta elő, hogy „az orvos az általa gyógyíthatatlannak vélt beteget is a legnagyobb gondossággal köteles gyógykezeltetni”. A jogszabály csak a nem életmentő műtételnél követelte meg a beteg beleegyezését, s a gyógymódot az orvos egymaga választhatta meg. Az eutanázia – az orvos magatartásától függően – emberölésnek, öngyilkosságban való közreműködésnek, esetleg segítségnyújtás elmulasztásának minősült.

Mindez persze nem jelenti azt, hogy nem fordult elő eutanázia. A végső stádiumba jutott betegek kezelésével kapcsolatos kérdéseket a *beteg akaratától függetlenül* döntötték el: egyedül az orvosok határoztak az újraélesztés elmulasztásáról, kikapcsolták a lélegeztetőgépet, és gyakran adtak be olyan mennyiségű fájdalomcsillapítót, amely siettet a halált is. Az orvos-beteg kapcsolatban a beteg sokkal inkább *tárgya*, mint alanya volt a kezelésnek. A bizonytalan jogi szabályozás és a fejletlen egészségügyi kultúra pénztelenséggel párosult, így a visszaélés lehetősége két irányból fenyegetett: egyfelől fennállt a lehetősége annak, hogy a haldoklót mindenáron tovább kezelik, másfelől előfordulhatott, hogy nem a haldokló akaratából, s még csak nem is az ő érdekében okozták halálát.

Ezzel a szemlélettel igyekezett szakítani az 1998-ban hatályba lépett új egészségügyi törvény, amely rögzíti a betegek jogait. A törvény kimondja, hogy az orvosi kezelés a beteg beleegyezésétől függ, és a betegnek joga van az ellátás visszautasításához is. Az

*életmentő, életfenntartó* kezelés is elutasítható, ha a beteg olyan gyógyíthatatlan betegségben szenved, amely megfelelő orvosi ellátás esetén is rövid időn belül halálhoz vezet. Bár ez esetben – bizonyos kivételekkel – a szóbeli visszautasítás érvénytelen, törvényes megoldás, ha a beteg saját kezűleg írt és aláírt nyilatkozatban rendelkezik az ellátás visszautasításáról. Emellett az állampolgároknak arra is lehetőséget biztosít az új törvény, hogy – elsősorban közjegyzőnél – előre rendelkezzenek az esetleges balesetük, betegségük alkalmával követendő orvosi eljárásról.

Kétségtelen, hogy a törvény *nehézkés*, szinte kivihetetlen *procedúrát* ír elő a jogok érvényesítéséhez, és nem minden, önmagáról dönteni képes beteg számára biztosítja az önrendelkezés lehetőségét. Például nem utasíthatják vissza az életfenntartó kezelést azok, akik gyógyíthatatlan és kínzó betegségben szenvednek, de agresszív orvosi kezeléssel bizonytalan ideig még életben tarthatók. Azok sem élhetnek önrendelkezési jogukkal, akik az orvostudomány szerint nem gyógyíthatatlanok, de betegségük vég nélküli, elviselhetetlen szenvedést okoz számukra. Mindezek ellenére az új törvénnyel Magyarország megtette az *első lépést* a nyugati államokhoz hasonló szabályozás irányában.

Kevés változás történt ugyanakkor az egészségügyi intézményrendszerben, s ma sem állnak rendelkezésre megfelelő mennyiségben és színvonalon a terminális állapotú betegek gondozására hivatott szolgáltatások.

A magyarországi hospice-szervezetek erőforrásaik maximális felhasználása esetén évente kétezer terminális állapotú beteg ellátására tudnak vállalkozni. Összevetésül: évente százharc-ezer ember hal meg, s a rákbetegek száma meghaladja a harminc-ezret.

Az Alkotmánybíróság 2003-ban foglalt állást az eutanáziáról. A testület az aktív eutanáziával kapcsolatban kimondta, hogy a gyógyíthatatlan beteg önrendelkezési jogának része, hogy élet és halál között dönthet, halála időpontját maga választhatja meg. Ennek értelmében a hatályos magyar szabályozás, amely nem teszi lehetővé, hogy a haldokló szenvedései megrövidítése érdekében orvosi segítséget kérjen a halál időpontjának előbbre hozatalához, az önrendelkezési jogot korlátozza. A bíróság szerint a törvényhozóknak kell mérlegelniük, hogy fennállnak-e a jogszabályi korlátok feloldásának feltételei: megteremthetők-e azok az eljárások, amelyek garantálják, hogy a beteg nem külső kényszer hatására, hanem szabad akaratából kér segítséget, és megfelelő-e ezen a téren az egészségügyi intézményrendszer fejlettsége, szakemberekkel való ellátottsága. Az Alkotmánybíróság érdemben nem vizsgálta meg azt sem, hogy a gyógyíthatatlan betegek élni tudnak-e a passzív eutanáziát biztosító, az egészségügyi törvényben megfogalmazott jogokkal. A határozat alapján az ellátás visszautasításához való jog korlátainak felülvizsgálata is a törvényhozókra hárult.

Az elmúlt években több országban vizsgálták, hogy az orvosi gyakorlatban előfordulnak-e eutanázia-esetek. Az empirikus kutatások azt igazolták, hogy a praktizáló orvosok többségétől betegek már kértek segítséget életük megrövidítéséhez. A felmérésekből az is kiderült, hogy – a törvényi tiltás ellenére – az orvosok egy része olykor segédkezik gyógyíthatatlan betegek halálában. A legtöbbször titokban, a büntetés elkerülésének reményében.

A British Medical Journal által 1994-ben közzétett vizsgálat szerint az orvosok 60 %-a nyilatkozott arról, hogy az élet megrövidítéséhez kértek tőlük segítséget, s 32%-uk eleget tett a kérésnek, 46%-uk pedig úgy vélte, nem zárkózna el a kérés teljesítésétől, ha a törvények azt lehetővé tennék. A brit Sunday Times felmérése szerint a megkérdezett orvosok 14 %-a számolt be arról, hogy már segítséget nyújtott betegének az élet megrövidítéséhez. Norvégiában egy 1997-ben végzett kutatás feltárta, hogy a jogszabályi tilalom ellenére évente mintegy 20 esetben kerül sor önkéntes aktív eutanáziára.

Ausztráliában 1996-ban vizsgálták meg az orvosok szerepét a betegek halálában, s a számok azt mutatták, hogy több esetben került sor önkéntes és nem önkéntes eutanáziára, mint az eutanáziát meghatározott feltételek esetén megengedő Hollandiában. A kutatók az ausztráliai halálesetek kb. 1,8 %-át sorolták az önkéntes aktív eutanázia és az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság körébe. Az esetek 3,5 %-ában az orvosok kérés nélkül rövidítették meg betegek életét. Kettős hatású fájdalomcsillapító kezelés alkalmazására 30,9 %-ban került sor.

Az ausztráliai adatokhoz hasonló eredményre jutottak azok a belga kutatók, akik Flandriában végeztek felmérést az eutanázia-törvény elfogadása előtt. Önkéntes aktív eutanázia és öngyilkosságban való közreműködés 1,3 %-ban, nem kifejezett kérésre végrehajtott eutanázia 3,2 %-ban, kettős hatású fájdalomcsillapítás eredményeként bekövetkezett halál 18,5 %-ban fordult elő.

Az empirikus kutatásokból az a közös végkövetkeztetés vonható le, hogy azokban az országokban is sor kerül aktív eutanáziára, ahol azt a jogszabályok kifejezetten vagy hallgatólagon tiltják. Ilyen körülmények között sem kisebb a visszaélés kockázata, mint azokban az országokban, ahol törvényben szabályozták az eutanázia feltételeit. Sőt, a tiltó államokban gyakrabban hozzák meg az orvosok a végső döntést, mint a betegek, ami az önrendelkezési jog sérelmét jelenti.

Meggyőződésünk, hogy a betegeket megillető jogok biztosítása és kiszélesítése érdekében további lépésekre van szükség:

- a gyakorlatban is érvényre kell jutnia az ellátás visszautasításhoz való jognak, amelyet az egészségügyi törvény biztosít, továbbá minden döntésképes betegnek lehetővé kell tenni, hogy élhessen önrendelkezési jogával;

- az előzetes jognyilatkozat formáinak széles körben ismertté kell válniuk, hogy mindazok kihasználhassák ezt a lehetőséget, akiknek ezt diktálja lelkiismereti meggyőződésük;

- meg kell teremteni a haldoklók humánus ellátásának feltételeit, és széles körben lehetővé kell tenni azt, hogy a rászorulóknak hospice-ellátást vegyenek igénybe;

- a magyar törvényhozóknak is el kell ismerniük a méltóságteljes halálhoz való jogot, és ebből következően törvényben kell meghatározni az orvosi segítséggel végrehajtott öngyilkosság feltételeit, továbbá törvényben kell büntetlenséget biztosítani a beteg kérésére aktív eutanáziát végző orvosnak.

---

Kiadta a

**TASZ**

T Á R S A S Á G A S Z A B A D S Á G J O G O K É R T

2003 decemberében.