

## AZ ÉLET VÉGÉN ESEDÉKES DÖNTÉSEK A XXI. SZÁZAD KÜSZÖBÉN

---

### ABSTRACT

*The paper emphasizes the importance of decisions made at the end of life. First it raises the question as to why it is too difficult to die today. This question leads to the examination of the advanced medical technology, which has done a great good for mankind, but at the same time, it presents a double-edged sword - longer lives often come at the price of greater suffering and less dignified dying. Doctors often wage a war against death, instead of accepting it as a natural part of life. Nurses are too busy to attend the needs of the dying, thus the tender, humane care is frequently missing. Hospice and high level of palliative care might be the answer to the world-wide movements to legalize euthanasia and physician assisted suicide.*

*Another question of primary importance is who should make the decision at the end of life. Among the several variations the author claims that it is the patient who should make the final choice. He supports his claim on the ground of respecting autonomy, autonomy that has taken the central place recently in the physician-patient relationship. For those who are incompetent, advanced directives and/or appointed representatives are recommended. The article emphasizes that decisions made at the end of life are essentially not medical decisions, but ones that take the quality of life into consideration, which make those decisions moral instead of medical.*

*Finally, the author believes that real alternative to euthanasia and physician assisted suicide can only exist in the form of a very high level of palliative care. It can be provided by those who are very well educated in pain management and dedicated health professionals as well.*

---

—

Az élet végén történő döntések fontosságát mi sem bizonyítja jobban, mint az a tény, hogy az Egyesült Államokban az ilyen döntésekkel kapcsolatos félelmek és bizonytalanságok vezettek a halálhoz való jog mozgalmához és az ún. "living will" intézményének a bevezetéséhez. Elsősorban az idős emberek félnek attól, hogy még akkor is életben fogják őket tartani, amikor számukra már jobb lenne, ha megengednék őket halni. Attól is tartanak, hogy amikor az idő eljön, saját maguk már nem lesznek képesek beleszólni a dolgok alakulásába, elvesztik belátási képességüket, és nem lesz módjuk kívánságuk kifejezésére, különösképpen beleegyezésük megtagadására.

A döntést nehezíti, hogy a küszöbön álló haláltól gyakran meg lehet menteni a beteget, de, hogy vajon ez kívánatos cél-e, az már egészen más kérdés, hisz erről magának a betegnek, családjának és az orvosnak is eltérő véleménye lehet.

### ***NEHÉZ-E MA MEGHALNI?***

A válasz egyértelműen az, hogy emberhez méltó módon igen. E megállapításon az sem sokat változtat, hogy nemcsak meghalni, hanem még élni is nehéz méltósággal, autonóm emberként. Nehéz meghalni, mert paradox módon a halál medikalizációjával, maga a haldokló ember került ki az orvoslás figyelmének középpontjából, és valahová a perifériára szorult. Gépek, műszerek, laboratóriumi eredmények válnak igazán fontossá, miközben a beteg teljesen magára marad. Valamikor még az orvos - a hosszú évszázadok során kialakult rítusok tiszteletben tartásával - jelen volt a végső pillanatokban, s ha gyógyítani már nem is tudott, emberségével, együttérzésével ott szorgoskodott a haldokló mellett és elkísérte őt az utolsó útjára.

Kétségtelen, hogy a technológia meg tudja hosszabbítani az életet, de épp úgy lehet átok, mint áldás, ha korlátlanul alkalmazzák és nem párosul emberséggel. Noha fejlettebb és jobb az orvosi technika, nagyobb a tudásunk, de a halál mégsem lett könnyebb. Napjaink orvoslása állandó küzdelem a halál ellen, holott nem szabadna a halált kudarcnak és a tudomány bukásának tekinteni. A mindenáron való életmeghosszabbító beavatkozásokkal szembeni ellenállás éppen azon a felismerésen alapul, miszerint egy bizonyos ponton túl teljesen értelmetlen továbbra is úgy kezelni a haldoklót, mintha csak beteg lenne és hamarosan felgyógyulna.

Ma, az emberekkel nem törődő technokraták vehetik körül a haldoklót, olyanok, akik a csillogó-villogó technikai eszközök bűvöletében elmerülten tevékenykednek, nem beszélnek, nem szólnak, a kérdésekre nem válaszolnak, hallgatásba burkolóznak, menekülnek a haldokló és a hozzátartozók előtt. Szótlanságuk végül is elvezet a közömbösséghez és a haldokló elszigetelődéséhez. A haldoklás során az ember lassan elveszít mindent, ami emberré teszi. Testi és szellemi működése fokozatosan felmondja a szolgálatot, magányos, elhagyatott, akinek már sem biológiai, sem emberi erőforrása nincs.

Nem csak az orvosoknak, de még a nővéreknek sincs igazán idejük a haldoklók szükségleteinek kielégítésére. Ezt bizonyítják azok a felmérések, amelyekből egyértelműen kiderül, hogy a haldoklók ellátása számos szempontból elégtelen, s a halál közeledtével izolációjuk tovább fokozódik. Az ápolók általában figyelmen kívül hagyják a haldoklók hányingerét és étvágytalanságát, a szomjúságot nem csillapítják, miközben a betegek már annyira legyengülnek, hogy önmaguk már képtelenek arra, hogy segítség nélkül oltsák szomjúságukat. Vagyis, nemcsak a pszichoszociális problémákra nem figyelnek általában az ellátók, de a tünetek enyhítésére sem. A nővéreknek persze sok egészségügyi rendszerben idejük sincs arra, hogy mindezekre figyeljenek, és egy pillanatra se felejtsek el, hogy a haldokló még él, életben van, és alapvető szükségletei vannak. A legtöbb nővér a betegségre koncentrálnak és nem a betegre, s így aztán a haldoklók többségének az ellátása sok kívánnivalót hagy maga után<sup>1</sup>.

Az élet befejezését megkönnyítendő módszerek között találjuk a palliatív ellátást és a hospice intézményt. A palliatív ellátás a tünetek és a fájdalom enyhítését jelenti, de aligha válaszolható meg könnyen, hogy vajon mi is a különbség a palliatív és a hospice ellátás között. Melyik beteg alkalmas az egyikre, melyik a másikkra? Az előbbi a hospice szolgálat részének tekinthető, amely magában foglalja az összes beteg, nem csak a haldoklók, szakszerű és magas szintű fájdalomcsillapítását is. A hospice ellátás pedig: *"olyan palliatív és gondoskodó szolgáltatás, amely a haldoklóknak és hozzátartozóinak fizikai, pszichológiai, szociális és spirituális ellátást nyújt. A hospice tehát folyamatos ellátást jelent, amelyet hivatásosok irányítanak, és célja az, hogy kielégítse azok szükségletét és kívánságát, akiknek már nagyon kevés idejük van vissza, és akiken már semmilyen gyógyító erőfeszítések nem segítenek<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> Mills, M.-Davies, T.O.- Macrae, A.W.: Care of dying patients in hospital. BMJ, Vol.309. September 1994. pp. 583-586.

<sup>2</sup> Blasszauer Béla: Eutanázia. Budapest, Medicina, megjelenés alatt.

Sajnos, sem a palliatív medicina, sem a hospice nem mindig éri el a célját, sőt néha még a jó palliatív és hospice ellátás is csődöt mond, és borzalmas halálhoz vezet, amitől nagyon sokan félnek.

### ***KI DÖNTSÖN AZ ÉLET VÉGÉN?***

Aligha kétséges, hogy az élet végén az egyik leglényegesebb kérdés az, hogy - a lehetséges beavatkozásokról és netán azok elmaradásáról - végül is ki döntsön: az orvos? A beteg? A beteg írásban rögzített akarata vagy meghatalmazott képviselője? A hozzátartozó? A bíróság? Egy bizottság? Az Isten, vagy egyszerűen a véletlen?

A fejlett országokban a döntéshozás mechanizmusa drámai módon megváltozott az utóbbi 20 évben. Az a szemlélet, miszerint - a szakértelméből adódóan - az orvos tudja leginkább, mi a legjobb a betegnek, igen sokáig uralkodó felfogás volt, nemcsak az orvosok, hanem a betegek között is. A bioetikába azonban belépett az autonómia elve, amely az orvos-beteg kapcsolatban a központi helyet foglalja el. Az életbe való visszatérés minden előnyét vagy borzalmát az viseli, akiről a döntést hozzák, s ha a beteg birtokában van szellemi képességének, akkor az élet végén történő orvosi tevékenységnek az egyetlen elfogadható eleme nem lehet más, mint a beteg bevonása a döntésbe. A végső döntés jogáról pedig az amerikai Hastings Center igazgatója, Daniel Callahan a következőket írja: "*A halálunk feletti kontroll némi vigaszt jelent az életünk feletti kontroll hiányáért, és pótolja azt a hiányt - a halál legyőzésének a képességét - , amelyet a medicina fejlődése még nem ért el. Mi olyan egészségügyi rendszert tervezünk, amely az egyén gyógyítási szükségletének a kielégítésére irányul, és amikor az orvosi képesség és ismeret csődöt mond, akkor az eutanáziával a medicina legalább egy határozott kontrollt ad nekünk, hogy halálunk felett kimondhassuk az utolsó szót*"<sup>3</sup>.

Ha a beteg kompetenciájának hiánya miatt képtelen a döntésre, és nincs végakarata sem - amelyet ugyanúgy tiszteletben kellene tartani, mint bármely más végrendekezést - , s ha nincs az érdekét képviselni képes hozzátartozó, sőt teljes körű felhatalmazott sem, aki a beteg kívánságát közvetítené, akkor a beteg feltételezett akaratának kell érvényesülnie. S amennyiben ez sem ismert, akkor pedig az átlag embernek az ilyen helyzetben feltételezhető

---

<sup>3</sup> Callahan, Daniel: What Kind of Life? - Limits of Medical Progress. New York, 1990, Simon&Schuster, 243. p.

érdeke lehet a mérvadó. Ez utóbbit általában az emberi természet alapján lehet eldönteni, figyelembe véve például azt, hogy az emberek általában nem akarnak szenvedni, nem akarnak túlzott terhet róni szeretteikre és nem akarják pusztán vegetálással leélni életük hátra lévő részét<sup>4</sup>.

Minden egyénnek a legvégső, utolsó joga az életéről-haláláról való döntés, de ehhez tudni kell a prognózist, az információk birtokában kell lenni ahhoz, hogy az egyén megalapozottan, végig gondoltan visszautasíthassa - a jó halál vagy a legkevésbé rossz halál biztosításának a reményében - az életfenntartó kezelést. Ma már világosan látszik, hogy minél demokratikusabb egy társadalom, annál elfogadottabb a beteg - felvilágosításon alapuló! - döntése.

Persze ez a döntés nem egészen úgy történik, hogy az orvos azt mondja: "Tessék, itt vannak a tények, döntsön ahogy tetszik!". Egy humánus orvos-beteg kapcsolatban a döntés általában az orvos aktív közreműködésével születik, aki nemcsak a biológiai jelenségeket ismeri, hanem a beteg embert is. Az orvos képzettségével, tudásával, tapasztalatával meghatározza a beteg diagnózisát, prognózisát és a lehetséges kezelési alternatívákat, azok előnyeit és kockázatait, valamint a rendelkezésre álló terápiák elmaradásának következményeit. Az orvos mindezzel segíti a beteget a döntésben, anélkül, hogy akaratát a betegre kényszerítené. A beteg pedig mindezeket figyelembe véve saját céljainak és értékeinek megfelelően - ideális esetben családjának bevonásával - dönt arról, hogy melyik lehetőség a legjobb számára.

A beteg döntésben való részvételének egyre szélesebb körben terjedő módja a végakarat intézménye. Ez lényegében olyan előre rögzített írásbeli dokumentum, amelyet ma gyakorlatilag minden fejlett ország jogszabálya elismer, és érvényesülésének szabad utat enged. A végakarat általában a terminális fázisban nem kívánt heroikus erőfeszítések visszautasítását foglalja magában. Ezt a kívánságot helyettesítheti a beteg meghatalmazott képviselője, akinek az ilyen jellegű szerepét szintén számos országban elismerik. Az élet végi döntésekben etikai bizottság is szerepet játszhat, bár nem olyan formában, hogy dönt, hanem úgy, hogy részt vesz a döntés körüli ellentétek feloldásában, bizonyos elvi kérdések tisztázásában. A legvégső esetben bíróság is beleavatkozhat az élet-halál döntésekbe, de ez általában az orvosok, betegek, vagy a hozzátartozók kérésére történik.

---

<sup>4</sup> Blasszauer Béla: Eutanázia . Budapest, Medicina, megjelenés alatt.

Számos orvos felismeri, hogy különösképpen az élet végén hozott döntésnek vannak olyan társadalmi, erkölcsi, vallási, jogi, gazdasági és egyéb vonatkozásai, amelyeknek figyelmen kívül hagyása súlyos következményekkel járhat. Ezek a döntések nagymértékben meghatározhatják az orvos-beteg kapcsolat minőségét, és jelentős hatással lehetnek az orvosi hivatás tekintélyére<sup>5</sup>.

A betegség utolsó stádiumában hozott döntések lényegében nem szakmai, hanem a beteg életminőségét figyelembe vevő erkölcsi döntések. Az például, hogy vajon a fájdalom, a szenvedés, a kezelés súlyos mellékhatása megéri-e az egyén számára, hogy alávesse magát egy beavatkozásnak vagy sem, valójában a várható életminőség szubjektív megítélésén múlik. A beteg további táplálása, és életének ily módon történő fenntartása, például, nem orvosilag lehet értelmetlen, hanem erkölcsileg. Vagyis, ami orvosilag értelmes és hasznos, az lehet, hogy erkölcsileg értelmetlen és helytelen.

### ***EUTANÁZIA ÉS AZ ORVOSI SEGÍTSÉG A BETEG ÖNGYILKOSSÁGÁBAN***

Néha bizony a haldoklók a megváltó halált kívánatosabbnak tartják, mint az életet. Széleskörű az értékítélet vezet el az eutanázia és a beteg halálához való orvosi segítségnyújtás gyakorlatához, az efféle élet végi döntések világméretű vitájához. A halál preferálására általában a kontroll elvesztése miatt; a környezetre, a családra nehezedő terhek, és a haldokló függősége, kiszolgáltatottsága, és a terminális ellátás elégtelen volta miatt kerülhet sor.

Egyesek tehát kérik a megváltó halált, az eutanáziát, és kérésük az, hogy az orvos olyan injekciót adjon be nekik, amelynek elsődleges célja a halál előidézése, vagy kérésük az életmeghosszabbító kezelés visszautasítására, illetve abbahagyására irányul. Azt pontosan nem lehet tudni, hogy hány ember választja a halált, hány haldokló kéri az orvosi segítséget öngyilkosságához, vagy hogy bizonyos országokban hányszor alkalmaznak passzív vagy aktív eutanáziát. Továbbá, még az sem igazán ismert, hogy csökkenne-e az ilyen kérések száma, ha jobb lenne a fájdalomcsillapítás, a palliatív ellátás egésze, és hogy ki hogyan reagál az ilyen kérésekre.

A kérések teljesítése előtt természetesnek tűnik, hogy fel kell mérni a beteg kompetenciáját, meg kell állapítani, hogy depressziós-e vagy sem, felbecsülni a tüneti kezelés

---

<sup>5</sup> Blasszauer Béla-Jakab T.: Erkölcsi "indikáció" az élet végén hozott orvosi döntésekben. Orvosi Hetilap, 1992. október 11. 2658-2659. p.

lehetőségét, a várható túlélést, és nem utolsó sorban meg kell ismerni a beteget, sőt még a hozzátartozókat is.

Az orvosi asszisztálás a beteg öngyilkosságában szintén a beteg kérésére történhet, s lényege, hogy az orvos olyan gyógyszert írjon fel, amelyet a beteg be tud venni, azzal az elsődleges szándékkal, hogy véget vessen életének. Mindezek a döntések teljes mértékben feltételezik a beteg és az orvos egyetértését és együttműködését. Sokak szerint a beteg öngyilkosságában történő orvosi segítség, - mint utolsó lehetőség - nem mond ellent az orvos feladatainak, amelyek magukban foglalják a "nem ártani", és a beteg bizalma fenntartásának köteleességét, s így nem sérti az orvosi hivatás integritását<sup>6</sup>. Ezt a nézetet támasztja alá, például, az Egyesült Államok két Összövetségi Fellebbviteli Körzeti Bíróságának a döntése is, miszerint alkotmányellenes a beteg öngyilkosságában történő orvosi segítségnyújtás jogellenessé való nyilvánítása<sup>7</sup>.

Ez azonban nem csak egyes vitalista irányzatok számára jelent kihívást, hanem a hospice identitása és integritása számára is, hisz annak egyik alapelve, hagyományos filozófiája az, hogy nem siettetik a halált, de ugyanakkor figyelembe veszik a haldokló kívánságát. Ha például Oregon államban, a az orvos asszisztálása a beteg halálában legálissá válik, akkor ezek az intézmények igencsak komoly dilemma elé néznek<sup>8</sup>.

Az eutanázia melletti döntésnek jelenleg csak ott van igazi alternatívája, ahol igen magas szinten művelik a palliatív medicinát. Sajnos, a világ nagy részében ez a szint igen alacsony. Ha nem így volna, akkor nem lenne az eutanázia világjelenség, és nem foglalkoznának vele annyira gyakran, következetesen és kitartóan. Az eufemizmusok, mint pl. a "beszûkített kezelés", a "komfort terápia", és a "csökkentett terápiás erőfeszítés" természetesen nem alternatívák, pusztán az eutanáziának más szóval, fogalommal való helyettesítése. A levezényelt, a technológia által irányított egyenhalál dehumanizáló, nélkülözi a beteg és az orvos partneri, emberi kapcsolatát, és sérti az alapvető emberi jogot: az önrendelkezés jogát.

---

<sup>6</sup> Miller, G.F.-Brody, H.: Professional Integrity and Physician-Assisted Death. Hastings Center Report

<sup>7</sup> News: Physician-Assisted Suicide. Bulletin of Medical Ethics, 1996. May, 5. p.

<sup>8</sup> Campbell, C.S.-Hare, J.-Matthews, P.: Conflicts of Conscience: Hospice and Assisted Suicide. Hastings Center Report, 1995. May/June, 36-44. p.