

Eutanázia és asszisztált öngyilkosság az EAPC Etikai munkacsoportjának szemszögéből*

Összefoglalás ♦ *Napjainkban világszerte komoly érdeklődés mutatkozik az eutanáziával és az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos etikai és törvénykezési problémák irányába. Épp ezért szükségessé vált, hogy mértékadó szervezeti szinteken is megfogalmazásra kerüljenek azok az iránymutató elvek, amelyek támpontul szolgálhatnak a viták során. Az EAPC (Európai Szövetség a Palliatív Ellátásért) is bekapcsolódott ebbe a munkába, s 2003-ban etikai szakértői csoportja megjelentette a kérdéskör kapcsán állásfoglalását, amely a „palliatív gondozás”, az „eutanázia” és az „asszisztált öngyilkosság” fogalmainak definíciós tisztázásához járul hozzá, s nyomatékosan hangsúlyozza a palliatív terápia és az eutanázia különféle formái közötti különbségeket.*

Bevezetés

1991-ben, az Európa Parlamentben lefolytatott eutanázia-vita hatására Európában minden szinten megbeszélések kezdődtek. Ezt követően az EAPC Igazgatótanácsa két szakértő bevonásával munkacsoportot hozott létre a szervezet eutanáziával kapcsolatos álláspontjának tisztázására. A szakértők az Igazgatótanáccsal együtt kidolgoztak egy dokumentumot, és 1994-ben az EAPC elkészítette első nyilatkozatát *Az eutanáziával kapcsolatban*, és ez az EAPC hivatalos folyóiratában – *European Journal of Palliative Care (A Palliatív Gondozás Európai Folyóirata)* – jelent meg (1). 2001 februárjában az EAPC Igazgatótanácsa felkért egy szakértői csoportot, hogy hozzanak létre egy etikai munkacsoportot, amely áttekinti ezt a tárgykört, és a szervezetnek ennek megfelelően tanácsokkal szolgál.

A közbeeső években a palliatív gondozás területén nagyszabású fejlesztések és komoly teljesítmények valósultak meg, valamint sok – néha ellentmondásos – vita tárgya volt az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság. Néhány országban a törvénykezés is változott.

* EAPC: European Association for Palliative Care (Európai Szövetség a Palliatív Ellátásért)

A tanulmány eredeti címe: Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine* 2003; 17: 97-101.

A munkacsoport tagjainak felsorolása a tanulmány végén szerepel.

Fontos, hogy az EAPC részt vesz e témakörök nyilvános vitáin, különösen, mivel az európai politika és törvénykezés a modern életben egyre nagyobb súlyt kap. Ennek érdekében alapos és folyamatos párbeszédre van szükség, minthogy az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság napjaink egészségügyének legösszetettebb és legnagyobb kihívást jelentő etikai kérdései közé tartoznak. Ez az írás napjaink vitáin alapul, és a palliatív gondozás perspektívájából foglal állást.

Figyelemreméltó, hogy a legtöbb palliatív gondozásban részesülő beteg daganatos betegségtől szenved. Sajnálatos módon Európa-szerte a terminális állapotú rákbetegeknek csupán kis hányada részesül palliatív ellátásban. Ugyanakkor Hollandiában az eutanázia vagy asszisztált öngyilkosság segítségével meghalt betegek 86%-a szintén daganatos betegségben szenvedett (2).

Történeti irányzatok és a jelenlegi helyzet

Az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság terén az egész világon jelentős változások történtek. 1996-ban, a történelem során először esett meg, hogy egy demokratikus kormányzat az eutanáziát és az asszisztált öngyilkosságot bizonyos körülmények között egyaránt lehetővé tevő törvényt iktatott be (*A terminális állapotú betegek jogainak módosított törvénye, 1996. Északi Terület, Ausztrália*) (3). A törvény azonban hatályon kívül került, amikor az Ausztrál Nemzetközösségi Parlament 1997-ben módosította az Északi Terület (Önkormányzat) 1978. évi törvényét (4). Ugyanebben az évben az *Oregoni Törvény a Méltóságteljes Halálról* (5) lehetővé tette az asszisztált öngyilkosság (de nem az eutanázia) legalizálását. 2001 áprilisában a Holland Parlament Alsóháza elvégezte a Büntetőtörvénykönyv szükséges változtatásait, hogy az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság bizonyos körülmények között törvényessé válhasson. Ez a törvény 2002 áprilisában lépett hatályba (6, 7, 8, 9). Kevéssel ezután Belgiumban is hasonló események játszódtak le: 2002. május 16-án a Szövetségi Parlament Képviselőháza megszavazta az eutanázia legalizálását (10).

Európa egészében azonban az utóbbi tíz évben az eutanázia parlamentáris legalizálására irányuló közös erőfeszítéseknek kevés jelét láttuk. Tény, hogy számos európai országban szakmai csoportok széles köre ellenzi az eutanáziát, köztük orvosok, nővérek és egyéb szakemberek, valamint palliatív ellátási szervezetek is.

Fogalmak és definíciók

Ez a tanulmány a következő fogalmak definícióját közli: „palliatív gondozás”, „eutanázia” és „asszisztált öngyilkosság”. Az első az EAPC-től származott, és később az Egészségügyi

Világszervezet (WHO) is átvette és fejlesztette; ez magában foglalja a palliatív gondozás normáit és értékeit. A második és harmadik fogalom nem tartalmazza a definiált jelenség normáit és értékeit. Amikor a „kívánságra ölés” kifejezést alkalmazzuk az eutanáziával kapcsolatban, ez a cselekedet technikai leírását jelenti, mely az alkalmazott eljáráson alapul – ez általában barbiturát-injekció kóma kiváltására, melyet egy neuromuscularis relaxáns injekció követ a légzés leállítása érdekében, ami a beteg halálát okozza. Az, hogy az eutanázia *tekinthető-e* kérésre elvégzett ölésnek, már másik téma, amit lentebb tárgyalunk. Élesen el kell különítenünk tehát az „ez van” és az „ennek kellene lennie” fogalmait (11).

Palliatív gondozás

A palliatív gondozás Európa-szerte az egészségügyi ellátás egyre bővülő és elismert része. Ugyanakkor folyamatos viták folynak arról, mi tartozik a palliatív gondozás körébe, hol kezdődik és hol ér véget (a betegség stádiuma és jellege, prognózis, gondozási terv) (12, 13). Helyi, nemzeti és kulturális különbségek állnak fenn a palliatív gondozás megközelítése és szervezése terén. Ezek az eltérő nézőpontok a szakmai gyakorlatban is tükröződnek (14).

A palliatív gondozás egyik definíciója mindazonáltal egységes befolyást gyakorolt számos európai ország palliatív gondozási mozgalmaira és szervezeteire. 1989 tavaszán az EAPC első hírlevelében közzétette a palliatív gondozás definícióját (15), amelyet a WHO *A daganatos fájdalom enyhítése és a palliatív gondozás* (16) című dokumentumában is felhasznált. A közelmúltban megjelent egy új, módosított WHO definíció. Ez a következőket mondja ki:

„A palliatív gondozás olyan megközelítés, amely az életet fenyegető betegséggel szembesülő betegek és családtagok életminőségének javítására törekszik a szenvedés megelőzése és enyhítése révén, a fájdalom és egyéb, fizikai, pszicho-szociális és spirituális problémák korai felismerésével, kifogástalan értékelésével és kezelésével. A palliatív gondozás:

- a fájdalom és egyéb nyomasztó tünetek enyhülését biztosítja,
- igentli az életet, és a halált természetes folyamatnak tartja,
- nem sietteti, és nem is késlelteti a halált,
- magában foglalja a betegellátás pszichológiai és spirituális vonatkozásait,
- támogatást nyújt a betegeknek, hogy halálukig a lehető legaktívabb életet élhessék,
- támogatást nyújt a hozzátartozóknak, hogy megbirkózzanak a beteg betegségével és saját gyászukkal,

- a betegek és családjaik igényeinek kielégítését team végzi, beleértve szükség esetén a gyászolók segítését is,
- javítja az életminőséget, és akár a betegség lefolyását is pozitívan befolyásolhatja,
- a betegség folyamán korán alkalmazható, az élet meghosszabbítását célzó terápiák, így a kemoterápia és sugárterápia mellett, és magában foglalja azokat a vizsgálatokat, amelyek az aggasztó klinikai komplikációk jobb megértéséhez és kezeléséhez szükségesek.”

„Medikalizált ölés”, a hiábavaló kezelés megszüntetés illetve meg nem kezdése, és a „terminális szedáció”

Az eutanáziának és asszisztált öngyilkosságnak számos definíciója született. Az itt alkalmazott definíciók alapján a következők egyike sem tekinthető eutanáziának:

- a hiábavaló kezelés megszüntetése,
- a hiábavaló kezelés meg nem kezdése,
- „terminális szedáció” (nyugtató készítmények alkalmazása az elviselhetetlen szenvedés enyhítésére az élet utolsó napjaiban).

Valakinek gyógyszeresen kioltani az életét a beleegyezése nélkül, akár az önkéntesség hiányában (amikor a beteg nem képes a beleegyezésre), akár az önkéntesség ellenében (a beteg akarata ellenére), nem eutanázia, hanem gyilkosság. Az eutanázia kizárólag önkéntes lehet (18, 19). A gyakran hangoztatott „önkéntes eutanázia” kifejezést tehát el kellene törölni, mivel tévesen azt sugallja, hogy az eutanáziának vannak nem önkéntes formái is. A szakirodalomban és a nyilvános viták során néha különbséget tesznek „aktív” és „passzív” eutanázia között. Meglátásunk az, hogy ez a különbségtétel nem helytálló. Értelmezésünk szerint – a holland közfelfogással megegyezően – az eutanázia definíció szerint önkéntes, így a „passzív” eutanázia a kifejezések önellentmondása – más szavakkal: ilyen nem létezik. Ajánlatos tehát a következő definíciók elfogadása:

- Az eutanázia kívánságra végrehajtott ölés, amely során az orvos gyógyszerek adagolásával szándékosan megöl egy személyt, az illető önkéntes és kompetens kérésére.
- Az asszisztált öngyilkosság során az orvos szándékosan segít egy embernek öngyilkossága végrehajtásában, az illető önkéntes és kompetens kérésére biztosítja számára a gyógyszereket, amiket az saját magának ad be.

Kulcskérdések

Az EAPC feladata annak hangsúlyozása és elősegítése, hogy az életet korlátozó betegségben szenvedő betegeket a WHO 2002-es palliatív gondozási definíciójának megfelelően lássák el (17). A palliatív gondozás célja a szenvedés és a reménytelenség megelőzése az élet végén. Az autonómia tiszteletben tartása fontos eleme a palliatív gondozásnak, amely az autonómia megerősítésére és megőrzésére törekszik, nem pedig annak lerombolására. Az Európa-szerte kompetens, multidiszciplináris palliatív gondozást biztosító nemzeti és nemzetközi programok kötelessége, hogy magas színvonalú palliatív ellátást tegyenek hozzáférhetővé. Az Etikai Munkacsoport a következő álláspontot foglalja el:

1. Felismertük, hogy Európában az eutanáziának és asszisztált öngyilkosságnak számos megközelítése létezik, és az ezt övező aktív vitát támogatni kell.
2. A szakemberek, a betegek és a közvélemény eutanázia és asszisztált öngyilkosság iránti attitűdjét, valamint az ezekkel kapcsolatos tapasztalatokat vizsgáló tanulmányok hozzájárulhatnak a széleskörű vitához. E tanulmányok legtöbbje azonban jelentős módszertani hiányossággal küzd; ez kétségbe vonja, hogy valóban bizonyítékokon alapulnak. Szükség volna e tanulmányok koordináltabb megszerkesztésére.
3. Az eutanázia és asszisztált öngyilkosság iránti egyes kérvények komplex eredetűek, és személyes, pszichológiai, társadalmi, kulturális, gazdasági és demográfiai tényezőket foglalnak magukba. Ezek a kérvények tiszteletet és gondos odafigyelést, valamint a klinikai munkatársak közötti nyitott és érzékeny kommunikációt igényelnek.
4. Az eutanázia és asszisztált öngyilkosság iránti kérelmeket gyakran ki lehet váltani átfogó palliatív ellátás biztosításával. Lehetővé kell tenni tehát az eutanáziát vagy asszisztált öngyilkosságot kérelmező betegek számára, hogy eljussanak a palliatív szakemberekhez.
5. Nem szabad, hogy a palliatív gondozás felelősségi körébe tartozzon az eutanázia és asszisztált öngyilkosság biztosítása.
6. A halál küszöbén álló betegek „terminális” vagy „palliatív” szedálását meg kell különböztetnünk az eutanáziától. Terminális szedáció esetén a *szándék* az elviselhetetlen szenvedés enyhítése, az *eljárás* szedatív gyógyszer alkalmazása a tünetek kezelésére, és a sikeres *végkimenetel* pedig a szenvedés enyhülése. Eutanázia esetén a *szándék* a beteg megölése, az *eljárás* letális gyógyszer alkalmazása, és a sikeres *végkimenetel* pedig az azonnali halál. A palliatív gondozásban enyhe szedáció alkalmazható terápiásan, de ebben a helyzetben ez nem érinti hátrányosan a beteg tudati szintjét vagy kommunikációs képességét. Erőteljes szedáció (ami a beteg

öntudatlan állapotához vezet) alkalmazása bizonyos terápiás célok elérése érdekében időnként szükséges lehet; a szedáció szintjét azonban rendszeresen ellenőrizni kell, és általában csak időlegesen alkalmazzák. Fontos, hogy a beteget rendszeresen megvizsgálják, és hogy szükség esetén mesterséges folyadékpótlást és táplálást kezdeményezzenek.

7. Amennyiben az eutanáziát bármely társadalomban legalizálják, fennáll a lehetősége: (i) a kiszolgáltatott helyzetben levő személyekre gyakorolt nyomásgyakorlásnak; (ii) a palliatív ellátás fejlődésbeli elmaradásának vagy leromlásának; (iii) a jogi elvárások és az orvosok, valamint egyéb egészségügyi szakemberek személyes és szakmai értékrendszere közötti konfliktusnak; (iv) a klinikai kritériumok kiterjesztésének más társadalmi csoportok bevonása érdekében; (v) az önkéntesség hiányában vagy ellenében elkövetett medikalizált ölés felszaporodásának; (vi) annak, hogy az ölés elfogadottá válik a társadalomban.
8. Napjainkban a betegek egy része attól fél, hogy életét feleslegesen meghosszabbítják, vagy elviselhetetlen szenvedések közepette ér véget. Emiatt az eutanázia vagy az asszisztált öngyilkosság alternatívának tűnik. Megoldás lehet az élő végrendeletek vagy előzetes meghatalmazások alkalmazása, ezek hozzájárulnak a kommunikáció javulásához, a magas szintű kezelés tervezéséhez, ezáltal fokozzák a betegek autonómiáját.
9. Az Etikai Munkacsoport arra buzdítja az EAPC-t és annak tagjait, hogy folytassanak közvetlen és nyitott párbeszédet azokkal, akik az egészségügyben az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság mellett foglalnak állást. A megértés és mások álláspontjának tiszteletben tartása nem azonos az eutanázia vagy az asszisztált öngyilkosság etikai elfogadásával.
10. Az EAPC-nek tiszteletben kell tartania az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság választását, de fel kell hívnia a figyelmet a társadalom felelősségére abban, hogy megfelelő ellátást biztosítson idős, haldokló és sebezhető állampolgárai számára. E cél elérésének egyik fő komponense, hogy minden európai országban létezzen palliatív ellátás a fő egészségügyi területek között, és ezt támogassa megfelelő anyagi, oktatási és kutatási háttér. E cél megvalósulása az eutanázia és az asszisztált öngyilkosság iránti kérelmek legerőteljesebb alternatívája.

Az EAPC Etikai Munkacsoportja és az általuk végzett munka

Az Etikai Munkacsoport három alkalommal ült össze: az EAPC kongresszusán: Palermóban (Olaszország, 2001. április) (22); a Norvég Tudomány- és Technológiai Egyetem Orvosi Fakultásának Alkalmazott Klinikai Kutatási Részlegén Trondheimben (Norvégia, 2001, szeptember) (23) és a Kurt Bösch Egyetemen, Sionban (Svájc, 2002. március) (24).

Az Etikai Munkacsoport munkamódszerei a következők voltak. A titkár átfogó szakirodalmi áttekintést végzett, és ezt kiküldte a munkacsoport tagjainak. A tagok egyenként írásos véleményt készítettek, majd ezek alapján a három találkozó során közmegegyezéssel létrehoztak egy dokumentumot. Ezt a dokumentumot 2002. áprilisában terjesztették az EAPC Igazgatótanácsa elé, majd a publikálást megelőzően további átdolgozások következtek. A dokumentum az Etikai Munkacsoport tagjainak álláspontját tükrözi, és nem az EAPC-ét.

IRODALOM

1. Roy D. J., Rapin, C.-H.: the EAPC Board of Directors. Regarding euthanasia. *Eur J Palliat Care* 1994; 1: 57-59. (full text: <http://www.eapcnet.org/download/Euthanasiastatement94/>)
2. Haverkate I., Onwuteaka-Philipsen B. D., van der Heide A., Konstense P. J., van der Maas P.: Refused and granted requests for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: interview study with structured questionnaire. *BMJ* 2000; 321: 865-66. (<http://bmj.com/cgi/content/full/321/7265/865/>)
3. Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996. <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rottiamendmentact96.pdf/>
4. Parliament of Australia. <http://www.aph.gov.au/>
5. The Oregon Death with Dignity Act. <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ors.htm>
6. The Netherlands Department of Justice. Press Releases. http://www.minjust.nl:8080/c_actual/persber/index/htm/
7. The Netherlands Ministry of Foreign Affairs. Euthanasia Policy. http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ257609/
8. Kimsma G., van Leeuwen E.: The new Dutch Law on legalizing physician-assisted death. *Cambridge Q Health Care Ethics* 2001; 10: 445-50.
9. International Task Force on Euthanasia and Assisted Suicide: Holland's euthanasia law. <http://www.internationaltaskforce.org/hollaw.htm/>
10. Belgium legalizes euthanasia. *BBC News* 16 May 2002.

(<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1991995.stm/>)

11. Hume D.: *A treatise of human nature*. Selby-Bigge LA ed. Oxford, Oxford University Press, 1958.
12. ten Have H., Janssens R. eds.: *Palliative care in Europe: concepts and policies*. Amsterdam, IOS Press, 2001.
13. ten Have H, Clark D eds. *The ethics of palliative care: European perspectives*. Facing death series. Oxford, Open University Press, 2002.
14. Clark D., ten Have H., Janssens R.: Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliat Med* 2000; 14: 479-90.
15. The EAPC definition of palliative care. <http://www.eapcnet.org/about/definition.html/>
16. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series 804. Geneva. <http://www.who.int/dsa/cat98/can8.htm/>
17. Sepulveda, Marlin A., Joshida T., Ulrich A.: Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Sympt Manage* 2002; 24: 91-96.
18. Materstvedt L. J., Kaasa S.: Euthanasia and physician-assisted suicide in Scandinavia – with a suggestion regarding international research in relation to the phenomena. *Palliat Med* 2002; 16: 17-32.
19. Griffiths J., Bood A., Weyers H.: *Euthanasia and law in the Netherlands*. Amsterdam, Amsterdam University Press, 1998.
20. Kimsma G. K.: Euthanasia and euthanizing drugs in the Netherlands. In: Battin M. P., Lipman A. G. eds.: *Drug use in assisted suicide and euthanasia*. New York, The Havorth Press, 1996; 193-210.
21. Kimsma G. K., van Leuwen E.: Comparing two euthanasia protocols: the Free University of Amsterdam Academic Hospital and the Medical Center of Alkmaar. In: Thomasma D. C., Kimbrough-Kusner T., Kimsma G. K., Cieielski-Carlucci C. eds.: *Asking to die: inside the Dutch debate about Euthanasia*. Dordrecht, Kluwer, 1998: 115-33.
22. Seventh EAPC Congress. <http://www.kenes.com/eapc/>
23. Norwegian University of Science and Technology (NTNU) <http://www.ntnu.no/indexe.php/>
24. Institut Universitaire Kurt Bösch. <http://www.iukb.ch/>

AZ ETIKAI MUNKACSOPORT TAGJAI

1. **Lars Johan Materstvedt PhD** (filozófus), a *Norvég Rákszövetség Posztgraduális Kutatási Társaságának elnöke és titkára (Oslo)*, valamint a *Norvég Tudomány- és Technológiai Egyetem Művészeti Fakultásának docense (Trondheim)*.
E-mail: lars.johan.materstvedt@medisin.ntnu.no
2. **David Clark PhD** (szociológus), *Az Orvosi Szociológia Professzora* – Sheffieldi Egyetem, Klinikai Tudományok Osztálya (Dél), *Sebészeti és Aneszteziológiai Tudományos Szekció, Palliatív Ellátási Akadémiai Részleg és Igazgatóhelyettes* – Trent Palliatív Ellátási Központ, Sheffield, Egyesült Királyság
3. **John Ellershaw MA FRCP**, *Orvosigazgató* – Marie Curie Központ (Liverpool); *Palliatív ellátási tanácsadó / Tiszteletbeli professzor* – Királyi Egyetemi Kórházak, Liverpool, Egyesült Királyság
4. **Reidun Førde MD PhD**, *Az Orvosi Etika professzora* – Oslói Egyetem; *Az Etikai Bizottság elnöke* – Norvég Orvosi Társaság, Oslo, Norvégia
5. **Anne-Marie Boeck Gravgaard MD**, *Belgyógyász és Családorvos szakorvos, az SFPM – Svéd Palliatív Ellátási Társaság alelnöke* – Helsingborgs Hospice, Helsingborg, Svédország
6. **H. Christof Müller-Busch MD PhD**, *Priv. Doz. Ltd. Arzt Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Abtlg. Für Anästhesiologie, Palliativmedizin und Schmerztherapie* – Berlin, Németország
7. **Josep Porta i Sales MD PhD BA** (bioetikus), *Belgyógyászati tanácsadó, Palliatív ellátási tanácsadó* – Katalán Onkológiai Intézet, Barcelona, Spanyolország
8. **Charles-Henri Rapin MD PhD**, *A Geriátria professzora, osztályvezető főorvos* – Geriátriai Klinika, Genf, Svájc

(Fordította: Bíró Zsuzsa)