

DR. KUSSINSZKY ANIKÓ

Beszámoló az „Életvégi kérdések filozófiai és jogelméleti kérdései” címmel megrendezett workshopról

Összefoglalás ♦ *A Bölcsészettudományi Kutatóközpont Filozófiai Intézete MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoportja 2023. november 17-én az „Életvégi döntések filozófiai és jogelméleti kérdései” címmel rendezett workshopot, melynek középpontjában az Emberi Jogok Európai Bírósága előtt zajló Karsai kontra Magyarország ügy állt. A rendezvényen bioetikus, jogász, filozófus, pszichológus, életvégi tervezéssel foglalkozó szakember fejtette ki a véleményét. Az alábbiakban összefoglaljuk a legfontosabb gondolatokat.*

Kulcsszavak: életvégi döntések, filozófia, jogelmélet

Report on the workshop entitled "Philosophical and Legal Theoretical Issues of End of Life"

Summary ♦ *On 17 November 2023, the Hungarian Academy of Sciences Momentum Values and Science Research Group of the Institute of Philosophy of the Research Centre for the Humanities, organised a workshop entitled "Philosophical and Legal Theoretical Issues of End-of-Life Decisions", focusing on the Karsai v. Hungary case presented at the European Court of Human Rights. During the event bioethicist, lawyer, philosopher, psychologist and end-of-life planning expert discussed their views. Here below is a summary of the main ideas.*

Keywords: end-of-life decisions, philosophy, legal theoretical issues

Az életvégi kérdések (az élet kezdetéhez hasonlóan) széles körű társadalmi és tudományos érdeklődés központjában és olykor heves viták keresztüztüében állnak az elmúlt évtizedekben. Az önmagában is érzékeny téma végső soron minden embert érint, számtalan megközelítési

módja lehetséges, ezek közül a filozófiai-bioetikai és jogelméleti kérdések képezték a Bölcsészettudományi Kutatóközpont Filozófiai Intézete MTA Lendület Értékek és Tudomány Kutatócsoportja szervezésében, 2023. november 17-én az „Életvégi döntések filozófiai és jogelméleti kérdései” címmel megrendezett workshop tematikáját. A rendezvény az akkor már az Emberi Jogok Európai Bírósága (a továbbiakban: EJEB) előtt zajló Karsai kontra Magyarország ügy¹ kapcsán került megszervezésre, amely azóta is a közbeszédet és a híradásokat tematizáló kezdeményezés. Mint ahogyan az sokak számára ismert, 2023 augusztusában dr. Karsai Dániel 46 éves ügyvéd, alkotmányjogász keresetet nyújtott be a strasbourgi bírósághoz. Ebben az Emberi Jogok Európai Egyezménye több cikkének megsértését kifogásolta, tekintettel arra, hogy ALS² betegként a magyar jogszabályok által lehetővé tett egyetlen életvégi döntési lehetőség (az életfenntartó kezeléstről történő lemondás) érvelése szerint nem biztosítja számára azt, hogy méltóságát megőrizve távozzon.

A Karsai által megjelölt egyik cél már bizonyosan teljesülni látszik: megkezdődtek azok a társadalmi viták, amelyek elősegíthetik az életvégi döntés jogintézményének „életrekeltését”, s amelyek alkalmasak lehetnek arra, hogy eljuttassák az életvégi döntési lehetőségek hírét és mibenlétét az emberekhez.

A rendezvény két, egyenként másfél órás szekcióban tárgyalta a címnek megfelelően a filozófiai és a jogelméleti kérdéseket, majd 30-30 perc állt a hallgatóság rendelkezésére, hogy kérdéseket intézzon az előadók felé. Jelen beszámoló terjedelmi korlátaira tekintettel csak a legrelevánsabb, legérdekesebb gondolatokat, felvetéseket tudom az alábbiakban összefoglalni.

Az első szekció előtt dr. Stánicz Péter, Karsai Dániel ügyvédje tartott megnyitó, felvezető beszédet. Kiemelte a Karsai kontra Magyarország ügy *tapintható kettősségét*: amellett, hogy ez egy egyéni sorskérdés (jelesül Karsai Dánielnek a magyar jog szerint nincs arra lehetősége, hogy érdemben döntsön az élete végéről), és *alapvetően erre az egyedi élethelyzetre keresnek megoldást az EJEB előtt, ugyanakkor vitathatatlanul felmerül egy nagyon fontos ösztársadalmi kérdés is, amelynek ugyanúgy ügyvivőivé válnak.*

Felhívta a figyelmet a nemzetközi fórum és a hazai szintér közti legfőbb különbségekre, majd beszélt a *fogalomhasználatban tapasztalható eltérésekről*. Míg Magyarországon *emberi méltóságról* csak beszélünk, addig nemzetközi szinten az emberi méltóság egy mindent átható alapelveként jelenik meg, és sokkal inkább az *egyéni autonómia és döntési képesség* az, amely meghatározza a nemzetközi emberi jogi fórumok szemléletét. Annak elismerése tehát, hogy *emberi mivoltunk releváns meghatározója az, hogy dönthessünk az életünkben felmerülő*

¹ <https://www.echr.coe.int/w/karsai-v-hungary-no-32312/23->

² <https://egeszsegvonal.gov.hu/a-a/1986-amiotrofias-lateralszklerozis.html>

kérdésekben, azaz életünk irányítói lehessünk, nem pusztán passzív szemlélődők. *A lényeg nem a döntés eredménye, hanem a döntés lehetősége maga.* Annak megélése, hogy van jelentősége és értelme annak, hogy gondolkozunk és egyéni döntéseket hozunk a preferenciáink alapján, amelyeket mások és maga az állam is tiszteletben tart.

Ezt követően az egyik szervező, *dr. Barcsi Tamás* moderátorként megnyitotta a rendezvény filozófiai, bioetikai pszichológiai blokkját, melynek öt résztvevője ülésrendben *Csikós Dóra* életvégi tervezéssel foglalkozó mentálhigiénés szakember³; *dr. Nemes László* filozófus, bioetikus⁴; *dr. Kovács József* orvos, filozófus, bioetikus⁵; *dr. Tari Gergely* filozófus, bioetikus⁶, és *dr. Bíró Eszter* tanácsadó szakpszichológus⁷ volt.

Az első szekció kérdéskörei

Az első blokk alapvetően három fő kérdést járt körül: 1.) A halál tabusításának jelenségét, okait és hatásait; 2.) az aktív és passzív eutanázia elhatárolásának kérdéseit, valamint 3.) az aktív eutanázia és az orvos által asszisztált öngyilkosság (physician assisted suicide) elhatárolási kérdéseit.

Barcsi Tamás felvezetőjét azzal kezdte, hogy amikor halálról beszélünk, a tabusítás jelenségét figyelhetjük meg a XX. sz. közepétől a nyugati kultúrkörben. A halál tabutémává válásának pedig számos negatív következménye van életünkre.

Kovács József szerint továbbra is van egy tabu, de alapvetően a problémát abban látja, hogy az emberek elsősorban arra vágynak, hogy fájdalommentesen és gyorsan haljanak meg, azonban többségük a medicina fejlettsége okán lassan, előre látható módon⁸, egy krónikus betegségben fog meghalni. Véleménye szerint *ez az az ellentmondás, amely az eutanázia kérdést előtérbe hozza.*

A hosszú haldoklási folyamat sok szenvedéssel jár, a viszonylag jól csillapítható testi fájdalmak mellett a *lelki, egzisztenciális szenvedéssel*, amikor valaki szembesül saját halandóságával. Olyan korban élünk, amikor elhessegetjük magunktól a halált. Tudjuk, hogy van, de a szembenézést vele igyekszünk elodáztatni (ez köszönhető a másik nagy tabunak is, amely az öregedés és a testi képességek elvesztése, fogyatékoságok előtérbe kerülése) és amikor az elkerülhetetlenné válik, a hirtelen kényszerű szembesülés, számvetés olyan lelki

³ a Magyar Hospice Alapítványtól

⁴ a Semmelweis Egyetem adjunktusa

⁵ az egyik legjelentősebb hazai bioetikus, a Semmelweis Egyetem professzora

⁶ a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karának adjunktusa

⁷ a Magyar Hospice Alapítványtól

⁸ Statisztikák szerint átlagosan 23-24-25 hónappal előbb tudja meg egy ember azt, hogy olyan betegségben szenved, ami valószínűleg a halálához fog vezetni.

fájdalommal tud járni, amely fájdalomcsillapítással nem enyhíthető. Csikós Dóra is kiemelte, hogy sajnálatos módon a tabusítás miatt sokszor nagyon későn kezdik el az élet végéről történő gondolkodást az emberek, és sokaknak egyáltalán nem is sikerül az életvégi tervezési folyamat végére érni.

A tabusítás egyik fontos hatásaként értékelték a beszélgetés résztvevői az *információhiányt az élet végével kapcsolatban*: a legtöbb ember nem tudja, hogy egy kórházban mennyit és hogyan lehet szenvedni egy intenzív osztályon, hiányoznak a személyes tapasztalatok. 50-60 éves emberek sokszor akkor értik meg, hogy nekik ezzel valami dolguk van, amikor végignézik közeli hozzátartozójuk halálát és az fogalmazódik meg bennük, hogy „úgy” nem akarnak meghalni. A jognak ezt a rendelkezési lehetőséget kell nagyon pontosan kidolgozva biztosítania függetlenül attól, hogy van-e eutanázia vagy asszisztált öngyilkosság vagy más jogintézmény, *a lényeg a beteg önrendelkezési jogának biztosítása*. Az tehát a valóban lényeges kérdés, hogy *ki fogja meghozni a döntést az élet végén*. Ha nem beszélünk róla eleget, akkor az fog történni - ami hagyományosan történik -, hogy az orvosnak kell meghoznia ezt a döntést, amikor az élet végén alkalmaz vagy nem alkalmaz és ha igen, akkor milyen agresszíven alkalmaz egy bizonyos kezelést. Ahogyan *Bíró Eszter* fogalmazott: azt, hogy egy életvégi helyzetben mi az, amit el tud fogadni valaki és mi az, amit már nem szeretne, az illető maga tudja igazán, ezért volna fontos, hogy mindenki ismerje és éljen is az egészségügyi előzetes rendelkezés lehetőségével. A hozzátartozók ugyanis számos dologról nem dönthetnek érvényesen. A *Csikós Dóra* által felvetett példával megvilágítva: az otthoni hospice ellátás esetében előzetes egészségügyi rendelkezésben foglalt, ilyen irányú rendelkezés nélkül segítségnyújtás elmulasztásának számít, ha a hozzátartozó nem hív mentőt a haldoklóhoz, hiába tudja, hogy a beteg otthon szeretne meghalni.

Tari Gergely a társadalmi kontextussal összefüggésben kiemelte, hogy azok az orvosok, akik egy haláltabusító társadalomban élnek, nem tudnak ebből minden szükséges helyzetben automatikusan kiszakadni a munkájuk során. Az orvosi ethosz, amire szocializáljuk őket a nyugati orvosképzésben, egy életcentrikus, segíteni akaró orvostudományt alapoz meg. *Az orvostudomány alapvetően arra van berendezkedve, hogy az életet meghosszabbítsa*. Tari úgy tapasztalja, hogy az orvostársadalom hazánkban nagyon megosztott abban a kérdésben, hogy egy orvos mennyire képviselheti megfelelően a beteg számára, klinikai környezetben, a gyógyító munka során az életvégi döntések előkészítését, vagy sokkal inkább az élet meghosszabbítása összeegyeztethető az orvosi szereppel akár agresszív, sokszor dehumanizáló, az emberi méltóságot visszaszorító beavatkozások árán is.

Nemes László kifejtette, hogy álláspontja szerint a halál és az arról való döntés nem magánügy. Felvetése szerint *a halálról való gondolkodás magánosítása*, az emberek ebben való magára hagyása, a lehetőség megadása arra, hogy mindenki maga hozza meg a saját döntését, *önmagában tabusít*. Úgy gondolja, hogy amikor életvégi döntésekről beszélünk, akkor a halál filozófiájáról, a halál etikájáról és akár teológiájáról ugyanígy kellene valamiféle benyomással rendelkezünk.

Az aktív és passzív eutanázia elhatárolása, engedélyezése kapcsán Kovács József kifejtette, hogy két uralkodó érvelés mentén alakul az egyes országok gyakorlata. Az egyik érvelés az, hogy ha a kettő egyforma, akkor engedjük meg az aktív eutanáziát is, és ebbe az irányba indult el Hollandia, Belgium, Luxemburg. Összesen kb. 8 ország van jelenleg, ahol megengedik az aktív eutanáziát. A másik érvelés az, hogy ha a kettő nem egyforma és az aktív eutanázia nem megengedhető, akkor a passzív sem, vagyis orvos szándéka nem irányulhat a beteg halálára (ebbe az irányba indult el a világ nagy része). Ami megengedhető, hogy a beteg életmentő/életfenntartó kezeléseket visszautasíthat. Ezt a fogalmi elkülönítést sokszor nem tesszük meg, pedig fontos. *Az életmentő, életfenntartó kezelés visszautasítása nem passzív eutanázia, hanem a beteg autonómiájának tiszteletben tartása!* A beteg önrendelkezési joga nem sérül, ha kellő ismerettel rendelkezve döntést hoz, amit meg is ismer az egészségügyi szolgáltató. Ennek egyik jól működő megoldása az élő végrendelet (előzetes egészségügyi rendelkezés) és annak kiegészítése az USA-ban a POLST, amelyet a bekerüléskor vesz fel a szolgáltató a kellő tájékoztatás megadása mellett.

Az aktív eutanázia és az orvos által asszisztált öngyilkosság (PAS) elhatárolása:

Barcsi Tamás azzal vezette fel a kérdést, hogy általában azokban az országokban, ahol az eutanázia elérhető, ott az asszisztált öngyilkosság is az, de inkább az a tendencia, hogy számos államban az asszisztált öngyilkosság lehetővé tételéig mennek el, az eutanáziát már nem teszik lehetővé. De van-e érdemi erkölcsi különbség aktív eutanázia és asszisztált öngyilkosság között?

Kovács József a két intézmény közti erkölcsi különbség lényegét abban foglalta össze, hogy az önkéntesség jobban bizonyítható az orvos által asszisztált öngyilkosság esetében. Ekkor az orvos csak előkészíti a szert, de a beteg veszi azt be, míg az eutanázia esetében ezt az utolsó lépést is az orvos végzi, így utólag esetleg jobban megkérdőjelezhető az, hogy valóban a beteg akarata teljesült-e, mint abban az esetben, ha a beteg maga veszi be a halálos szert. A

lehetőségek bővülését Kovács ingoványos talajnak érzi, sok irodalom van arról, hogy ha a lehetőségek száma nő, akkor kvázi kötelezőnek érezzük, hogy azokkal éljünk is.⁹

A második szekció kérdéskörei

A meghívottak ebben a részben a következő szakemberek voltak: *dr. Filó Mihály* – az ELTE ÁJK Bünetetőjogi Tanszék adjunktusa, ügyvéd; *dr. Kőműves Sándor* – filozófus, a Debreceni Egyetem Magatartástudományi Intézetének adjunktusa; *Bérczes Tibor* – tanár; *dr. Zakariás Kinga* – jogász, kutató; *dr. Kussinszky Anikó* – vezető főtanácsos az Alapvető Jogok Biztosának Hivatalában. A szekciót *dr. Zeller Judit* moderálta.

A második blokkban a jogi keret és a jelenlegi szabályozás működésének áttekintése mellett büntetőjogi kérdések (az öngyilkosságban történő részvétel esetében a kivételek megállapításának tendenciája) is tárgyalásra kerültek, illetőleg külföldi kitekintés is helyet kapott a tárgyalt témák között.

Zeller Judit felvezető beszédében a 20 évvel ezelőtti első eutanázia határozatból (2003) idézett¹⁰, miszerint a vonatkozó törvényi szabályozás területén a még alkotmányos és már alkotmányellenes szabályozás közötti határvonal nem egyszer s mindenkorra adott, ennek megfelelően a Karsai kontra Magyarország per jó apropó arra, hogy megnézzük használható-e még a hatályos szabályozás és az akkori Alkotmánybírósági érvelés.

Zakariás Kinga elmondta: az emberi méltóság két dimenzióban jelenik meg az Alkotmánybíróság gyakorlatában és ennek megértése szükséges az eutanázia határozatok megértéséhez is. Az egyik dimenzió, amikor az emberi méltósághoz való jog *abszolút jogként* jelenik meg: az emberi minőség védelmében. Ez a jog a minden ember lényeges tulajdonságát alkotó autonómiaképességét védi. A másik dimenzió, amikor az emberi méltóság *általános személyiségi jog* formájában jelenik meg: amikor a jog a személyiség szabad kibontakoztatását védi konkrét helyzetekben. Az egészségügyi önrendelkezési jog ez utóbbinak, az általános személyiségi jognak az egyik tartalmi eleméből, az önrendelkezési jogból levezetett különös jog, és ezt a korlátozható jogot állította szembe az Alkotmánybíróság a 2003-as határozatában az állam életvédelmi vagy intézményvédelmi kötelezettségével. 2013-ban az életmentő,

⁹ Főként a feminista irodalomban jelenik meg, hogy mióta lehetőség van a nők esetén a terméketlenség orvoslására szolgáló ellátások igénybevételére, amelyeket, ha egy nő nem vesz igénybe, akkor azt mondják, hogy nem is akart igazán gyereket: szinte kötelességgé vált ezen eljárások igénybevétele.

¹⁰ 22/2003. (IV. 28.) AB határozat; <https://njt.hu/jogszabaly/2003-22-30-75> ; „Az Alkotmánybíróság álláspontja az, hogy a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogának érvényesülésére vonatkozó törvényi szabályozás területén a még alkotmányos és már alkotmányellenes szabályozás közötti határvonal nem egyszer s mindenkorra adott; az ismeretek szintje, az intézmények állapota, fejlettsége-fejletlensége és egy sor további tényező befolyással lehet e kérdés alkotmányosságának megítélésére.”

életfenntartó beavatkozás visszautasítására vonatkozó jog feltételrendszerét vizsgálta az Alkotmánybíróság, és a lényegét tekintve elutasította az indítványokat, melyek szerint ez túlságosan bonyolult és aránytalanul korlátozza az önrendelkezési jogot. Ezen túlmenően az Alkotmánybíróság vizsgálta azt a kérdést is, hogy a jogalkotó mulasztásban megnyilvánuló alaptörvény-ellenességet követett-e el azzal, hogy a „kívánatra ölés” tényállását, mint az emberölés privilegizált esetét nem tartalmazza. Míg az első esetben az ellátás visszautasítása kapcsán egyértelműen kimondta az Alkotmánybíróság, hogy az ellátás visszautasítása az egészségügyi önrendelkezésnek olyan része, amelyet a jogalkotó korlátozhat ugyan, de nem vonhat el teljes mértékben, az utóbbival kapcsolatban azt mondta, hogy *az orvosi tevékenységgel megvalósuló halálba segítség nem képezi az egészségügyi önrendelkezés olyan részét, amelyet a jogalkotó akár teljes terjedelmében ne vonhatna el*. A kiinduló pont tehát egyik oldalon az egészségügyi önrendelkezési jog, a másik oldalon az állam intézményvédelmi kötelezettsége. Ezzel kapcsolatban fontos azt látni, hogy az utóbbi is két megközelítést foglal magában: egyrészt az állam köteles biztosítani, hogy az egyén saját, befolyástól mentes döntése alapján választsa, a másik, hogy mindenki más életének védelmében garanciákat kell beépíteni a rendszerbe. Ha valaki bekerül az egészségügyi ellátó rendszerbe és adott esetben nem kívánja az életmentő, életfenntartó ellátást visszautasítani, akkor legyenek meg azok a garanciák, hogy mások ne dönthessenek helyette.

Kussinszky Anikó ezt követően kitért arra, hogy az egészségügyi önrendelkezési jog érvényesítési útjának tekinthető előzetes egészségügyi rendelkezés jogintézményének működését több dolog is gátolja a gyakorlatban: 1.) információs deficit mind a betegek, mind az egészségügyi szolgáltatók részéről. Az állam létrehozta ugyan ezt a jogintézményt, de nem rendelkezett arról, hogy hová, hogyan épüljön be ahhoz, hogy megfelelő információk álljanak rendelkezésre róla; 2.) igen erős gátló tényező a közokirati formával járó díj (50 ezer forint körüli összeg); 3.) nincs olyan központi, ingyenesen és valós időben hozzáférhető nyilvántartása az előzetes egészségügyi rendelkezéseknek, amely segítségével az egészségügyi szolgáltató tájékozódni tudna annak tartalmáról, így az irat csak esetlegesen tudja betölteni a szerepét. Valószínűleg mindezen okok közrejátszanak abban, hogy egy ombudsmani vizsgálat¹¹ során a klinikai központoknak kiküldött megkeresésre adott válaszok nem tudtak beszámolni arról, hogy életmentő életfenntartó ellátás visszautasítása történt volna náluk előzetes egészségügyi rendelkezés bemutatásán keresztül. Ugyanakkor már maga a válaszadás is

¹¹ lásd bővebben : Kussinszky Anikó – Stánicz Péter: Van-e döntésünk az élet végén? Lehetőségek és kompetenciák a gyakorlat tükrében. ; <https://www.eltereader.hu/media/2022/05/Filo-Mihaly-Autonomia-eletvedelem-jogbiztonsag-web.pdf>

nehézségekbe ütközhetett, hiszen azt sem írja elő jogszabály, hogy a bemutatott/felhasznált előzetes egészségügyi rendelkezésekről bármiféle statisztikai adatot kellene rögzíteni/szolgáltatni.

Zeller Judit javasolta áttekinteni, hogy azokban az országokban, ahol az életvégi döntések szélesebb körben engedélyezettek (asszisztált öngyilkosság, eutanázia), ott mi vezetett el idáig. Tudható-e, hogy előbb társadalmi igény volt és aztán vált joggá, vagy a jogászok létrehozták az ezeket lehetővé tevő szabályozást, és ennek nyomán váltak a jogintézmények ismertté és alkalmazhatóvá a társadalom számára.

Bérczes Tibor megjegyezte, hogy hollandiai tapasztalatai szerint annak valóban nagy jelentősége van, hogy létezik-e társadalmi elvárás az életvégi döntési lehetőségekkel összefüggésben. Magyarországon Bérczes nem érzi ezt a társadalmi nyomást¹², amit a legfontosabb feltételnek tart, de véleménye szerint ugyanakkor nem ez az egyetlen feltétel, ami nem adott hazánkban. Karsai Dániel ügyéről azt gondolja, hogy az talán alkalmas lehet arra, hogy beindítsa azt a társadalmi mozgást, ami nyomásgyakorlást tud előidézni.

Kőműves Sándor külföldi kitekintése során elmondta, hogy kétségtől van egyfajta konszenzuális társadalmi igény azokban az országokban, ahol az életvégi döntések szélesebb köre elérhető. A kérdés véleménye szerint az, hogy ezt a társadalmi konszenzust a jog hogyan tudja működőképes formában megjeleníteni. Ha abból indulunk ki, hogy azokban az országokban/régiókban, ahol az eutanázia működik, ott a jogszabályok milyen társadalmi igényt fejeznek ki. A társadalmi probléma (alapállítás) az, hogy vannak olyan emberek, akik elviselhetetlen és csillapíthatatlan szenvedést éreznek az életük végén vagy nem a végén, és ezt az elviselhetetlen szenvedést nem lehet számukra elfogadható módon csillapítani. Az etikai imperatívusz is ennek az alaphelyzetnek a kezelése lesz. Attól lesz társadalmi kérdés, mert azt kérdezzük meg, hogy *mit csináljunk azokkal az emberekkel, akik úgy érzik, hogy elviselhetetlenül és csillapíthatatlanul szenvednek*. Az egyes országok/régiók szabályozása tulajdonképpen az erre a kérdésre adott különböző válaszok. Gyakorlatilag két mód van, ahogyan az életvégi döntésekre vonatkozó szabályozás megszületik: az egyik a jogalkotás a másik a bíróság útján. A jogalkotási útra jó példa Hollandia, a bírósági útra jó példa Kanada. A 2015-ös Carter kontra Kanada ügyben¹³ a felperes azt állította, hogy a kanadai büntetőtörvénykönyv indokolatlanul sérti meg a Kanadai Kartában rögzített élethez, szabadsághoz és személyi biztonságához, valamint az egyenlő bánásmódhoz való jogát. A per

¹² Hollandiában az eutanázia mozgalom kezdetének tekinthető, hogy 1973-ban létrejött egy egyesület, ami egészen 30 éven át, a törvény megszületéséig nagyon aktívan működött 150 ezer taggal.

¹³ <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do>

során egy nagy szakértői csoport került felállításra annak érdekében, hogy megállapítsák, hogy a korábbi alkotmányjogi aggályok fennállnak-e még az elmúlt időszak fejleményeire is tekintettel. Az elmúlt évek, évtizedek történései, a fundamentális igazságosság elveinek levezetése, valamint a racionális öngyilkosság lehetőségének elismerése alapján a szakértői csoport ki tudta mutatni az alkotmányellenes helyzetet, és Kanada ennek következtében aztán legalizálta a 'medical assistance in dying' jogintézményét (nem nevezi se orvos által asszisztált öngyilkosságnak, se eutanáziának). Ebben az esetben tehát, bizonyos cselekedetekre azt mondjuk, hogy a büntetőtörvénykönyv alapján büntetnénk, de nem fogjuk büntetni, tehát *ez a modell még mindig a büntetőjog szemléletén belül marad.*

Quebec története kevésbé ismert, ugyanakkor annál érdekesebb. A Quebeci Orvos Kollégium éves gyűlésén 2006-ban felvetették az orvos által asszisztált öngyilkosság kérdését, annak apropóján, hogy az azt megelőző időszakban több olyan nagy publicitást kapott eset is felmerült, ahol különböző személyek szeretteiket, hozzátartozóikat segítették halálba, meglehetősen 'problemátikus' módon.¹⁴ A bizottság 2009 novemberére elkészült jelentése nyomán legalizálta Quebecben 2015-ben az 'aid in dying' jogintézményét. Az volt a sajátossága, és ez a különlegesség ebben a megközelítésben, ami nem a büntetőjog szemléletében dolgozik, hogy *az Orvos Kollégium az elfogadott anyagban azt mondta ki, hogy az az orvosok feladata, hogy a beteg szenvedését számára elfogadható módon csillapítsák és amennyiben ez csak úgy lehetséges, hogy a beteg életét megrövidítik, akkor ez is egy terápia.* Ennek a sajátos megközelítésnek a segítségével (terápiaként került definiálásra az 'aid in dying') nem kellett a büntető törvénykönyvüket módosítaniuk.

Körmüves megemlítette továbbá a *mélyszedálás* gyakorlatát, tekintettel arra, hogy Franciaországban erről folyik intenzív vita jelenleg. 2016 februárja óta a Claeys-Lionetti törvény értelmében, ha a beteg már valamelyest közel van a halálhoz, lehetséges a halál pillanatáig történő mélyszedálás, melyet a világon először a beteg jogaként nevesítettek.

Franciaország azért vezette be a mélyszedálás lehetőséget, mert nagyon radikálisnak érezték volna az eutanázia engedélyezését azonnal. Más országok pedig a *terminális szedáció* felé mozdulnak el ugyanezen okból, a *kettős hatás elve* irányába. A lényeges momentum ezekben az esetekben, hogy az orvos cselekedete sosem a beteg halálának előidézésére, hanem a beteg fájdalmának csillapítására irányul.

¹⁴ Az egyik gyerek, akit sclerosis multiplex-el diagnosztizáltak, az internetről szerzett be magának gyógyszereket és megkérte az édesanyját, hogy amikor majd beveszi ezeket és beáll egyfajta indukált kóma, akkor húzzon egy zsákot a fejére, kösse ki a kezeit és ne engedje, hogy a zsákot levegye a fejéről.

Filó Mihály az életvégi döntések megítélésével összefüggésben kifejtette, hogy a büntetőjog külsődleges emberi magatartásokat értékel, az élethez és emberi méltósághoz való joggal nagyon keveset tud kezdeni. Ha lenne ilyen ügy hazánkban (nem volt tudomása szerint), akkor azt a büntetőjog szabályai szerint, a büntetőjogi dogmatika alapján döntenék el. Elsősorban az öngyilkosságban való részvételről tartotta fontosnak beszélni. Ennek kapcsán elmondta, hogy a büntetőjog akkor jut szóhoz, ha valaki a másik érdekkörét sérti meg. A „saját magam megölése” ezen logika alapján nem esik a tilalom alá, a büntetőjog szempontjából tehát a legkisebb pozitív tartomány az az öngyilkosságban közreműködés¹⁵. *Filó* éppen ezért a gordiuszi csomó feloldását ebben látja, hazánkban az öngyilkossághoz tartozó kvázi részességi magatartások dekriminalizálása lehet a helyes út.

Véleménye szerint nagyon fontos, nem csak jogi, hanem etikai különbségtétel az idegenkezűség és a sajátkezűség kérdése. Annak, hogy faktuálisan is a beteg kezében van a döntés, azaz a beteg indítja el azt az okfolyamatot, ami a halálát okozza, beláthatatlanul lényeges tartalma van.

A palliatív szedáció büntetőjogi megítélésével összefüggésben *Filó* elmondta, hogy a német, svájci bíróságok arra jutnak ilyen esetekben (hazánkban még nem volt ilyen per), hogy ez egy *sajátos végszükségi szituáció*, és ha adott esetben rövidebb, de szenvedésmentes életet eredményez a palliatív szedáció, akkor a rövidebb, de szenvedésmentes élet egy jelentősebb jogi tárgy, mint a hosszabb vegetálás. A hidratálás/táplálás megvonása bonyolultabb kérdés büntetőjogi szempontból, mert ez már nyilvánvalóan megrövidíti az életet, de nem ismer olyan ügyet, amelyben erről döntött volna a bíróság.

Tekintettel arra, hogy a fenti tartalom egy erősen lerövidített összefoglalója csupán a napnak, az érdeklődők számára javasolt a rendezvény rögzített változatának megtekintése, melyet az alábbi linkeken keresztül érhetnek el:

I. szekció: <https://www.youtube.com/watch?v=oF23xZuDGfw>

II. szekció: <https://www.youtube.com/watch?v=NiikAEg1D-s>

Dr. Kussinszky Anikó

jogász

vezető főtanácsos

Alapvető Jogok Biztosának Hivatala

aniko.kussinszky@gmail.com

¹⁵ Amióta azonban van kodifikált magyar büntetőjog, a Csemegi-kódex, 1878 óta (és még az előtt is) mindig büntették az öngyilkosságban közreműködést, mind a rábírást, mind a segítségnyújtást.