

**EGÉSZSÉGÜGYI TUDOMÁNYOS TANÁCS
TUDOMÁNYOS ÉS KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG
(ETT TUKEB)**

ÁLLÁSFOGLALÁSAI

(1990-1999)

ISBN 963 206 837 8

**EGÉSZSÉGÜGYI TUDOMÁNYOS TANÁCS
TUDOMÁNYOS ÉS KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG
(ETT TUKEB)**

ÁLLÁSFOGLALÁSAI

(1990-1999)

Szerkesztő
Vizi E. Szilveszter

A kötetet összeállította
Temesi Alfréda, Mandl József

Olvasószerkesztő
Takácsné Szolláth Szilvia

TARTALOMJEGYZÉK

Előszó	5
Bevezető	7
Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság alapító tagjai	9
Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának eddig tagjai és elnökei	11
A lelkiismereti szabadság érvényesüléséről az egészségügyi ellátás gyakorlatában (1990. március 6.)	13
Az állatkísérletek etikai feltételeiről (1990. február)	15
A bérnyaságról (1990. február 25.)	17
Az orvosbiológiai kutatások szakmai-etikai kérdéseiről (1991. december)	19
A természetgyógyászati ténykedésről és eljárásokról, valamint a nem bizonyított gyógyhatású, gyógyszerként el nem fogadott szerek orvosi alkalmazásáról (1991. december)	23
A klinikai gyógyszervizsgálatok és publikálásuk egyes kérdéseiről (1992. február 26.)	27
A humán reprodukció új módszereiről (1992. február 26.)	29
A magyar pszichiátriai gyakorlat etikai problémái (1992. szeptember 21.)	49
A transzplantáció jogi-etikai kérdéseiről (1994. március 30)	51
A betegeket a gyógykezelés során megillető tájékoztatási és beleegyezési jogról (1994. március 30.)	53
A gyermekek jogairól szóló ENSZ-konvencióról (1991. évi LXIV. törvény) (1995. február 8.)	69
A szervbankok jogi szabályozásával kapcsolatban (1995. június 28.)	73
Az eutanáziával kapcsolatban felmerülő jogi és etikai kérdésekről (1995. november 29.)	75
Vizi E. Szilveszter	79
Büki Béla	81
Kovács József	85
Somfai Béla	107
Sajó András-Sándor Judit	115
A xenotranszplantáció megvalósítását célzó tudományos kutatásokkal és jövőbeni klinikai alkalmazásával kapcsolatban (1996. november 26.)	133
A készülő új egészségügyi törvényhez kapcsolódó etikai kérdésekről (1997. március 17.)	140
Epidemiológiai vizsgálatok kutatóetikai kérdései (1999. február 25.)	145
A szakmai publikációk etikájáról (1999. április)	151
Az ETT TUKEB által koordinált regionális etikai bizottságok	153

Előszó

2002. tavaszán a magyar Országgyűlés törvényben kihirdette az ország csatlakozását az Oviedoi Egyezményhez, amit 1997-ben az ETT javasolt, és júliustól életbe lépett az orvosbiológiai kutatásokat szabályozó 23/2002.(v.09.)EüM és a 24/2002.(V.09.)EüM miniszteri rendelet, amelyek koncepcionális megalkotását mint az ETT elnöke kezdeményeztem. Ezzel lezárult az a folyamat, amellyel Magyarország csatlakozott a fejlett világ bioetikai értékrendjéhez. Az olvasó egy válogatást tart a kezében, amely az ETT TUKEB legfontosabb állásfoglalásait tartalmazza 1989-2000 között. 1989-ben, amikor a TUKEB megalakult, az egészségügyben hiányzott az a társadalmi-szakmai bázis, amely a szükséges etikai változtatásokat kezdeményezi, szakmailag előkészíti. Ezért az ETT-n belül létrehoztuk azt a Tudományos és Kutatásetikai Bizottságot (TUKEB), amely a szükséges változások megindításának élére állt. Személyi javaslatom alapján a Bizottság 1989 őszén kezdett el dolgozni. Mint a TUKEB első elnöke büszke vagyok arra, hogy olyan szakemberekkel dolgozhattam, mint például Szentágothai János, Nyíri Tamás, Törő Károly, akik sajnos ma már nincsenek közöttünk. Az akkor még kevésbé ismert tagok közül többen jelentős szerepeket – többek között Alkotmánybíróság elnök (Sólyom László), miniszter, (Surján László) - töltöttek be az ország életében. A TUKEB nemcsak a kiemelkedő orvos-szakemberekre, de a kiváló jogászi bázisra is támaszkodva a civil szervezetek olyan, mind az orvos-, mind a beteg- társadalmat alapjaiban érintő kezdeményezéseket tett, amelyek a későbbiekben beépültek a napi gyakorlatba, ill. az azt szabályozó rendeletekbe, törvényekbe (pld. tájékoztatott beleegyezés). Szembenézett számos olyan, a társadalmat mélyen foglalkoztató kérdésekkel, mint az eutanázia, az embriókon végzett kutatások, vagy az in vitro fertilizáció. Konkrét ügyekben is vállalt etikai véleményt, és szembeszállt mindazon törekvésekkel, amelyek különösen a '90-es évek elején arra irányultak, hogy Magyarországon végezzenek el olyan vizsgálatokat, amelyeket Nyugat-Európában vagy Észak-Amerikában nem engedélyeznének. A jelenlegi három ETT keretben működő nemzeti etikai bizottsági feladatot ellátó testület a TUKEB-ből fejlődött ki. Először a Klinikai Farmakológiai Etikai Bizottság vált ki a TUKEB-ből, mert nem tudtuk egy bizottságban ellátni a gyógyszervizsgálatok növekvő számának engedélyezésével járó rengeteg feladatot. Majd a korábban a TUKEB ad hoc bizottságaként működő Humán Reprodukciós Bizottság „őse” alakult külön etikai bizottsággá. A TUKEB több „alapító tagja” máig részt vesz a Bizottság munkájában. Magam nehezen váltam meg a TUKEB vezetésétől, miután az ETT elnöke lettem. Jóleső érzés volt újra olvasnom azt, amit megalkottunk, mivel visszamenőleg is mindent vállalhatunk. Ezúton is köszönöm a TUKEB korábbi és jelenlegi tagjainak, referenseinek, szakértőinek, működtetőinek az együttes munkát.

Budapest, 2002. december

Dr. Vizi E. Szilveszter

Bevezetés

Ez a kötet egy összeállítás, amely azokat a legfontosabb állásfoglalásokat, tanulmányokat és javaslatokat tartalmazza, amelyeket az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (TUKEB) 1989 és 2000 között készített. A több mint 130 éves ETT különböző korokban különböző szakmai orientációval működött. Volt amikor főként közegészségügyi kérdésekkel, volt amikor elsősorban epidemiológiai problémákkal foglalkozott, és volt amikor az egészségügyi ellátás kérdései álltak érdeklődésének homlokterében. Ez természetesen összefüggött minden időben az egészségpolitika szervezetével, lévén az ETT alapvető feladata mindig a szakma és az államigazgatás közötti intézményesített kapcsolat kialakítása volt. A '80-as évek végére a bioetikai kérdések kerültek az érdeklődés középpontjába. Sorra fogalmazódtak meg azok a nemzetközi elvek és ajánlások, amelyeknek a nemzeti sajátosságokhoz és struktúrához történő adaptálása intézményesített szabályozásokat követelt. A korszerű etikai bizottságok jogállásának feltételeit a 11/1987-es egészségügyi minisztériumi rendelet alapozta meg. Ennek alapján szervezték át az ETT-t, és 1989-ben jött létre az ETT TUKEB, mint a középkelet-európai térség első, olyan kutatásetikai bizottsága, amelynek összetétele már megfelelt a nemzetközi kritériumoknak is. A bizottságot dr. Vizi E. Szilveszter akadémikus, mint a TUKEB első elnöke szervezte meg és vezette 2001-ig, amikor az ETT elnöke lett. Ő kezdeményezte a TUKEB szakmai programjait, és számos külső szakértőt vont be a bizottság tevékenységébe. Ezekben a szakmai programokban a nemzetközi etikai direktívák sajátosságaink figyelembevételével történő - nemzeti szabályainak kidolgozása, az EU csatlakozáshoz szükséges etikai- és jogharmonizáció igénye vezérelte.

1989 a magyar történelem rendkívül érdekes éve, amikor számos kezdeményezés indult el, amely átalakította a közgondolkodást; új szakmai irányzatok kaptak lendületet. Áttekintve a TUKEB első tíz évét, megállapítható, hogy a bizottság egyaránt figyelemmel kísérte az orvostudomány robbanásszerű fejlődését, ennek társadalmi vetületeit, kezdeményezte a jogszabályok környezetének alapvető változásait. A TUKEB úttörő tevékenysége nélkül sem az 1997-es Egészségügyi Törvény, sem a végül 2002-ben kiadott 23/2002 és 24/2002 EüM rendeletek nem jöhettek volna létre. A TUKEB kezdeményezte az Ovideo-i Egyezményhez (az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről) történő csatlakozást. Működése során a TUKEB ajánlásai és javaslati nemcsak a Minisztérium vezetéséhez, hanem más testületekhez, így többek között az Alkotmánybírósághoz is eljutottak, amellett, hogy az egész magyar orvostársadalom tájékoztatását is rendszeresen feladatának tartotta. Kezdetől részt vett a TUKEB munkájában a Magyar Orvosi Kamara (először elnöke, majd etikai bizottságának vezetője), valamennyi orvosegyetem illetékes rektorhelyettese, üléseire rendszeresen meghívást kaptak minisztériumi, országos intézeti vezetők, társadalmi személyiségek. A TUKEB összefogta a regionális kutatásetikai bizottságok munkáját, időről-időre beszámoltatta azok vezetőit. Az ETT-n belül a TUKEB-et az ETT Kutatásszervezési Osztálya

működtette. Összességében 1989-ben megindult egy munka, amelynek hatásai ma már jogszabályokban, intézkedésekben átalakulóban levő közgondolkodásban, nemzetközi egyezményekhez történő csatlakozásban mérhetők. Ennek „kordokumentumait” tartja kezében az olvasó. Az összeállítókat az a szándék vezette, hogy a TUKEB legmaradandóbb állásfoglalásait, elemzéseit foglalják össze e kötetben.

Dr. Temesi Alfréda
az ETT Kutatásszervezési Osztály
vezetője

Dr. Mandl József
az ETT tiktára

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság alapító tagjai

Elnök:

Vizi E. Szilveszter

Tagok:

Ádám György
Börzsönyi Mátyás
Böszörményi Nagy György
Csernay László
Damjanovich Sándor
Eke Károly
Fenyvesi Tamás
Gáti István
Ihász Mihály
Jávor Tibor
Lapis Károly
Nagy Zsolt
Nyíri Tamás
Oberfrank Ferenc
Petrányi Győző
Schweitzer József
Sólyom László
Sótonyi Péter
Surján László
Szentágothai János
Törő Károly
Varga Ferenc
Veér András

AZ EGÉSZSÉGÜGYI TUDOMÁNYOS TANÁCS TUDOMÁNYOS ÉS KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁGÁNAK

EDDIGI ELNÖKEI:

Vizi E. Szilveszer	1989-2001
Papp Zoltán	2001-

EDDIGI TAGJAI:

Ádám György	1989-1991
Ádám Veronika	1995-1999
Arató Mihály	1991-1998
Besznyák István	2001-
Blassauer Béla	1992-1999
Börzsönyi Mátyás	1989-1992
Böszörményi Nagy György	1989-1995
Brooser Gábor	1991-2001
Cziffer Endre	1996-1999
Csernay László	1989-1991
Damjanovics Sándor	1989-1991
Dobozy Attila	2000-
Dósa Ágnes	2001-
Eke Károly	1989-2000
Falus András	2001-
Farsang Csaba	1991-
Fazakas Sándor	2001-
Fenyvesi Tamás	1989-
Ferencz Antal	2001-
Fésüs László	1995-1999
Gaizler Gyula	1995-1996
Gallyas Ferenc	1998-1998
Gáti István	1989-
Gergely Pál	2000-2001
Ihász Mihály	1989-2002.
Jákó János	2001-
Jávor Tibor	1989-1995
Keller Éva	2001-
Kendrey Gábor	2001-
Kereszty Éva	1995-1998
Kolos Tamás	1995-1999

Kovács József	1995-	
Kovács László	1991-1994	
Lampé László	1991-1991	1995-2000
Lapis Károly	1989-1991	
Lengyel Anna	2001-	
Méhes Károly	2001-	
Muszbek Katalin	2001-	
Nagy Zsolt	1989-1991	
Nyíri Tamás	1989-1993	
Oberfrank Ferenc	1989-1998	
Papp Gyula	1991-1999	
Papp Zoltán	1995-2001	
Patakiné Dr. Matkó Ida	1992-	
Petrányi Győző	1989-1999	
Pordán Endre	1991-1995	
Préda István	2000-2001	
Réthelyi Miklós	1991-1994	
Sajó András	1995-2001	
Sándor Judit	1995-	
Schwarcz Tibor	1995-2001	
Schweitzer József	1989-	
Sólyom László	1989-1991	
Somorjai Ádám	1994-1995	
Sótonyi Péter	1989-2001	
Surján László	1989-2000	
Susánszky Miklós	1990-2000	
Süveges Ildikó	2001-	
Szabó Magda	1991-1992	
Szekeres Júlia	1995-1998	
Szentágothai János	1989-1993	
Szolcsányi János	1991-1994	
Tokaji Ferenc	1995-1998	
Tóth Gyula	1999-2001	
Törő Károly	1989-1992	
Varga Ferenc	1989-1991	
Vártok Józsefné	2001-	
Vécsei László	2001-	
Veér András	1989-1991	

A LELKIISMERETI SZABADSÁG ÉRVÉNYESÜLÉSÉRŐL AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS GYAKORLATÁBAN

A lelkiismereti szabadság alapvető emberi jog, amelyen azt az állampolgári szabadságot értjük, amelynek birtokában az állampolgár nem kényszerül, illetőleg nem kényszeríthető olyan tevékenységre, ténykedésre, illetve cselekvéstől való tartózkodásra, amely személyiségének súlyos sérelme nélkül lelkiismeretével, morális meggyőződésével, erkölcsi felfogásával, világnézetével nem egyeztethető össze. A lelkiismereti szabadságot csakis mások alapvető joga korlátozhatja.

Bizottságunk 1989 szeptembere óta foglalkozik a kérdéssel, és ennek során felmérte a magyar egészségügyi gyakorlatot, az orvosok és más egészségügyi dolgozók tevékenységét.

Az első magyar orvosjogi törvényig (1876. évi XIV. tc. közegészségügyi törvény) visszamenve nem található utalás az orvos lelkiismereti szabadságának figyelembevételére. Az Alkotmány és „A lelkiismereti és vallásszabadságról, valamint az egyházakról” szóló 1990. évi IV. törvény első fejezete rendelkezik az állampolgárok jogairól. Az állampolgár jogává teszi, hogy lelkiismereti meggyőződése szerint éljen, viselkedjen, cselekedjen. Megvizsgálva a mai orvosi gyakorlatot megállapítható, hogy ez a jog csak korlátozottan érvényesül. A fennálló érvényes miniszteri utasítások, rendeletek, egészségügyi intézmények működési szabályzata, főigazgatói, igazgatói, vezetői utasításai, a Munka Törvénykönyve, a kialakult orvosi gyakorlat megnehezíti a lelkiismereti szabadság érvényesülését, amelyre pedig az orvosnak mindezekkel szemben joga van.

Bizottságunk kéri az egészségügyi tárca vezetőjét, hogy – a lelkiismereti szabadsággal való összhang megteremtése végett – a hatásköréhez tartozó intézményekben, más államigazgatási szervek vezetőivel egyetértésben vizsgálja felül az egészségügyi ellátás szabályozott gyakorlatát (pl. terhesség-megszakítás) az orvos, az egészségügyi dolgozó és a beteg szempontjából.

Javasoljuk, hogy a Népjóléti Minisztérium adjon lehetőséget olyan szülészeti-nőgyógyászati osztály kialakítására (megfelelő intézményben), ahol az ott dolgozók egyöntetűen elutasíthatják a szociális indítékból kérvényezett abortusz végzését. Lelkiismereti szabadságukkal élve, az anya életének veszélyeztetését fogadva csak el az abortusz szükségességének egyetlen indokaként.

Az orvosok és más egészségügyi dolgozók magatartását meghatározó, jelenleg hatályos törvény az 1987. évi VI. törvénnyel módosított 1972. évi II. számú egészségügyi törvény. Ez nem ad iránymutatást arra vonatkozóan, hogy mi a teendő abban az esetben, ha az orvos vagy más egészségügyi dolgozó valamely beavatkozást lelkiismereti okokból nem akar elvégezni. Ennek leggyakoribb példája a szülész-nőgyógyász tevékenységgel ma még „együttjáró” abortusz végzése.

1990. március 6.

AZ ÁLLATKÍSÉRLETEK ETIKAI FELTÉTELEIRŐL

A kísérlet a világ megismerésének és a tudomány fejlődésének legfontosabb eszköze. A tudomány fejlődése nemcsak az ember, hanem az állatvilág érdekeit is szolgálta. Az emberen végzett kísérletekhez hasonlóan az élő állatokon végzett kísérletek fontos forrásai annak a tudás- és ismeretanyagoknak, amelyet az ember az élővilág törvényszerűségeinek megismerése, de különösképpen az ember és az állatvilág különböző betegségeinek gyógyítása érdekében szerzett, illetőleg szerez.

Az állatok a külvilági ingerek (fény, hang, hő, nyomás stb.) felfogására és megélésére is képesek. A kutatóknak az élő állatot kísérletre használva elsőrendű kötelessége, hogy ne okozzon fájdalmat, illetőleg a fájdalmat a minimálisra csökkentse.

Állatkísérletek megtervezésénél, elvégzésénél a következő alapvető szempontokat kell figyelembe venni:

- 1.) A kísérletre kijelölt állatokat fajtájuknak megfelelő körülmények között kell tartani, táplálni és szociális kapcsolataikat biztosítani. Beteg állatokat szakszerű orvosi ellátásban kell részesíteni.
- 2.) A kísérletet tervező, illetőleg végző kutatónak a következőkkel kell rendelkeznie:
 - megfelelő szakmai képzettséggel, felkészültséggel, és az
 - állatokon végzett kísérletek etikai problémáinak ismeretével.
- 3.) Tervezett kísérleteknél, lehetőség szerint, a fájdalomak bármilyen formáját el kell kerülni.
- 4.) A kísérleteknek szakmailag indokoltaknak kell lenniük.
- 5.) Altatás nélkül nem szabad olyan beavatkozást végezni, amely fájdalmat okoz, vagy az állat nem képes a fájdalom vagy kellemetlen érzés elhárítására. A fájdalomcsillapító szerek kutatásánál az „International Association for the Study of Pain” nemzetközi szervezet „Pain” című folyóiratban (1983. 16. kötet 109. oldal) közzétett ajánlásai a mérvadóak.
- 6.) Izomrelaxans szerek általános érzéstelenítés nélkül csak akkor adhatók, ha biztosítva van a fájdalomérzés elhárításának lehetősége.
- 7.) Az állatokon végzett kísérleteknek lehetőség szerint a legrövidebb ideig kell tartaniuk.
- 8.) Állatkísérleteket csak megfelelő intézetben és csak abban az esetben szabad végezni, ha a tervezett ismeretanyag megszerzése más úton nem lehetséges.
- 9.) A kísérletekbe a lehető legkisebb számú állatot kell bevonni.

- 10.) Törekedni kell arra, hogy az állatot szövettanyészettel, mikrobiológiai anyagokkal (gomba, tojás stb.) helyettesítsük.
- 11.) A folyóiratok követeljék meg azt a nyilatkozatot a szerzőktől, mely szerint az állatkísérleteket az előírottak szellemében végezték és ezeket az elveket sértő dolgotat ne közöljenek.

Javasoljuk, hogy a kérdés jogi szabályozására rövid időn belül állatvédelmi törvény keretei között kerüljön sor.* Ez az állásfoglalás az orvosbiológiai kísérletek szempontjából hozzájárulás a jogszabályok megalkotásához.

1990. február

*Tv.

A BÉRANYASÁGGAL KAPCSOLATBAN

A Bizottság elfogadja, hogy szorosan vett orvosi javallat alapján a béranyaság indokolt lehet, de kényelmi szempontból, orvosi javallat nélkül etikailag nem támogatja azt. Egyelőre az országban legfeljebb 2 vagy 3 centrumban lehetne engedélyezni ezekre a feladatokra minden szempontból jól felkészült munkacsoport működését, akik részletesen kidolgozott munkaprogramjukat jogi és szakmai fórummal ellenőriztetik.

A munkaprogram a következő szempontokra terjedjen ki:

- 1./ A házaspár és a vállalkozó anya pszichológiai vizsgálata.
- 2./ A megfelelő szűrővizsgálatok (beleértve a genetikai vizsgálatokat is) elvégzése.
- 3./ Az elemzés térjen ki a családi-rokoni kapcsolatokra is.
- 4./ Van-e biztosíték arra, hogy a pótanya a terhesség során az elvárható követelményeknek eleget tesz?
- 5./ A házaspár várható magatartása a terhesség és a szülés során.
- 6./ Milyenek lehet megítélni a gyermek sorsát?
- 7./ Milyenek az anyagi következmények, azok kit terhelnek?

Tisztázandó továbbá, mi történik akkor, ha a szülés után a pótanya nem adja át a csecsemőt, vagy ha az újszülött defektussal születik, mi lesz a sorsa. – Ha a pótanya megváltoztatja véleményét, elvetetheti-e a terhességet: ha igen meddig, milyen körülmények között, milyen javallattal (pl. hyperemesis gravidarum?). Kötelezhető-e amniocentesisre, chorionbiopsiára, akár császármetszésre, fogóműtetre. – Mi történik, ha a szülés során szövődmény következik be (elgennyed az episiotómiás seb, rectovaginalis fistula alakul ki, transfuziókat kell adni stb.).

A törvényes rendelkezések tisztázása után a Kutatásetikai Bizottság ismét foglalkozik a béranyaság etikai kérdéseivel.

1990. február 25.

AZ ORVOSBIOLÓGIAI KUTATÁSOK SZAKMAI-ETIKAI KÉRDÉSEIRŐL

Az Egészségügyi Tudományos Tanács (ETT) – annak a felelősségnek a tudatában, amely a képviselt szakmai-etikai értékekből és a működéséről szóló jogszabályokból következik – az orvosbiológiai kutatások etikai véleményezése és engedélyezése gyakorlatában az érvényes jogszabályok egységes végrehajtása érdekében időszerűnek tartja az alábbi állásfoglalás közzétételét:

Az elmúlt időszakban számos olyan nyilatkozat kapott nyilvánosságot, amely mind a magyar, mind a külföldi közvélemény előtt azt a látszatot keltheti, hogy Magyarországon a fenti kérdések nincsenek a kor színvonalán szabályozva. Hazánkban az elmúlt évtizedekben az Orvosok Világszövetségének Helsink-i Nyilatkozatában foglalt irányelvek fokozatosan érvényre jutottak. A Helsink-i Nyilatkozatban foglalt kutatásetikai elveket jogi formában először az 1972. évi egészségügyről szóló törvény, majd annak 1987. évi módosítása adaptálta és szabályozta. Ennek felhatalmazása alapján az egészségügyi miniszter a 11/1987.(VIII.19.)EüM számú rendeletében állapította meg az orvosbiológiai kutatások rendjét. E jogszabályok egyértelművé teszik, hogy élő emberen orvosbiológiai kutatás (készítmény és új gyógyeljárás) kizárólag diagnosztikus, terápiás, megelőzési és rehabilitációs eljárások tökéletesítése, új eljárások kidolgozása, valamint betegségek kóroktanának és patogenezisének jobb megismerése érdekében és csak engedéllyel végezhető.

Az ilyen orvosbiológiai beavatkozások esetén előírják a jogszabályok, hogy mindig (I) megfelelő és kielégítő laboratóriumi és állatkísérleteken, valamint a tudományos irodalom mélyreható ismeretén kell alapulnia, (II) csak egészségügyi intézményben, szakmailag felkészült, tudományosan képzett orvos vagy ilyen orvos által irányított szakdolgozó végezheti. Fontos előírás az is, hogy az ilyen beavatkozás folyamatában az abban részt vevő személyek számára biztosítani kell a korábbi, már tudományosan megalapozott és a gyakorlatban elfogadott diagnosztikus és terápiás eljárások lehetőségét is.

A jogszabályokban előírt kérdésekben véleményt és engedélyt az ETT illetékes bizottságaitól kell kérni, készítmények esetében az OGYI-n keresztül. (Új diagnosztikus vagy terápiás eljárásnál az intézet igazgatója útján a központi vagy illetékes terület kutatásetikai bizottságától.) A jogszabályok mindenütt hangsúlyozzák ezekben a kérdésekben az intézmény vezetőjének személyes felelősségét. Az ETT ezen növekvő feladatkör ellátásának biztosítására létrehozta az 1980-as évek elején a Kutatásetikai Orvosi Bizottságot, majd a legutóbbi átszervezés során a Tudományos és Kutatásetikai Bizottságot, mert általános a tapasztalat, hogy a tudományos s az etikai kérdések csak együtt

bíráhatók el. Ebben a bizottságban már nemcsak az orvostudomány, hanem más tudományterületek (vallás-és-élet-ethika, jog) kiemelkedő képviselői is helyet kaptak. Ilyen kiegészítések vannak folyamatban a most újjászervezés alatt álló egyetemi (területi) bizottságoknál is.

Az emberi jogok és a személyi szabadság érvényesítésének és kiteljesítésének igényével párhuzamosan hazánkban is fokozódik a közvélemény érdeklődése ezen kérdések iránt, ugyanakkor tapasztalható az is, hogy intézetvezetőink és kutatóink egy része nem ismeri kellően a kutatás-és-élet-ethikai rendelkezéseket. Erre utal az elmúlt évtizedben és napjainkban is számos jel. Az orvoskutatói közvéleményt néhány általános kutatás-és-élet-ethikai kérdés foglalkoztatja a közleményekben közölt adatok valóságától, megbízhatóságától és reprodukálhatóságától, a közlés etikájától, a tudományos dolgozatok szerzőségétől kezdve a tudományos kutatás szabadságáig, amely az emberekkel kapcsolatos kutatások esetén külön jelentőséget kap. Jogosan merül fel a közvéleményben ugyanakkor ezzel összefüggésben az állatkísérletek szabályozásának igénye is.

Az Egészségügyi Tudományos Tanács elvárja az orvosbiológiai kutatások résztvevőitől, hogy a fenti kérdésekben a nemzetközi gyakorlatban elfogadott, Magyarországon is előírt etikai normákat kövessék.

A szakmai társadalom és a közvélemény nem követhet külön értékeket és célokat ezekben a kérdésekben, mert az érdek közös. A bonyolultnak tűnő szabályozások a világban ismert súlyos tragédiák megelőzését szolgálják. Ennek ellenére érezhető egy társadalmi értetlenség és bizonytalanság, amelyet nemcsak a nem kívánatos szakmai történések, hanem a teljes tájékozatlanságról tanúskodó alaptalan nyilatkozatok is gerjesztenek.

Véleményünk szerint az orvosbiológiai kutatások hazai szabályozása megfelel az európai szintű előírásoknak, de több jel arra utal, hogy a gyakorlat nem mindenben igazodik az előírásokhoz, ami átmenetileg sem engedhető meg. Az ETT nemcsak a hozzá érkezett konkrét ügyek véleményezése és engedélyezése útján, hanem a jogi szabályozás korszerűsítésével is igyekszik elősegíteni az etikai normák érvényesülését. Így legutóbb a Népjóléti Közlöny 1991. 15. számában jelent meg az Európa Tanács Egészségügyi Miniszterei 1991 februári értekezletének határozata „Az embereken végzett orvosi kutatás alapelvei”-ről, mely az orvosbiológiai kutatásokról szóló hazai rendelkezések kiegészítését képezi.

Az ETT – amikor a Népjóléti Minisztérium tárcaszintű kutatásainak elfogadása megtörtént – felhívással fordult a kutatóhelyekhez, hogy ahol a téma etikai véleményt és engedélyezést is igényel, ott azt ne mulasszák el. Külön felhívást

bocsájtottunk ki az állatkísérletek ügyében is. Megkereste az ETT az OTKA Titkárságát is, hogy az OTKA témáknál is hasonló előírást vezessenek be. Ezúton is felkéréssel fordul a hazai orvostudományi lapok szerkesztősegeihez, hogy olyan közleményt, mely orvosbiológiai kutatások témakörébe is tartozik, csak akkor fogadjanak el közlésre, ha a szerző(k) mellékelik az illetékes kutatásetikai bizottság egyetértő véleményét. Ugyanez a gyakorlat kívántatik meg a tudományos minősítés elbírálása során is.

Annak érdekében, hogy a kutatásetikai kérdésekkel kapcsolatban vélt, vagy valós visszasságok ne kapjanak támogatást, azok ne forduljanak elő, szükség van az egész magyar kutató társadalom összefogására. A kutatásetika előírásainak megfelelő gyakorlat megvalósítása közös cél.

1991. december

A TERMÉSZETGYÓGYÁSZATI TÉNYKEDÉSRŐL ÉS ELJÁRÁSOKRÓL, VALAMINT A NEM BIZONYÍTOTT GYÓGYHATÁSÚ, GYÓGYSZERKÉNT EL NEM FOGADOTT SZEREK ORVOSI ALKALMAZÁSÁRÓL

Egészségügyi rendszerünk küszöbön álló megújításának időszakában az ETT plénuma szükségszerűen foglalkozott azzal a kérdéssel, hogy a hazai orvoslás és betegellátás milyen típusú rendszerben működik, hol van a helye és mi a szerepe a korábbi évtizedekben egyedülnek elismert és elfogadott tudományos orvoslás mellett a döntően csak fizikai eljárásokat és természetes anyagokat alkalmazó természetgyógyászatnak. Ez a kérdés az egészségügyi dolgozókat és a lakosságot egyaránt foglalkoztatja, megítélésében sok a szélsőséges nézet, a tájékozatlanság és az indulat. A hazai lakosság javításra szoruló egészségi állapota és egészségügyi kultúrája, a megújuló egészségügyi szisztéma, s nem utolsó sorban a magyar orvostudomány és orvoslás presztízse szükségessé teszi a kérdés felvetését, s az érdekeltek álláspontjának egyeztetését.

Széles körű az egyetértés ma nemzetközi egészségügyi körökben, s azt a WHO is támogatja, hogy a tudományosan megalapozott medicina mellett, melyet neveznek még konvencionális, hivatalos, nyugati, ortodox orvoslásnak is, létjogosultsága van a tradicionális (alternatív vagy paramedicinális) gyógyászatnak is, a kettő nem zárja ki egymást, mint ahogyan nem szükségszerű az sem, hogy a gyógykezelés az orvosok kizárólagos privilégiuma legyen.

Van igény a természetgyógyászatra, mert nem minden betegségre van gyógyulást ígérő gyógyeljárásunk és gyógyszerünk; a tudományos orvoslás sokhelyt óhatatlanul elszemélytelenedett, s fokozódott az igény az emberi kapcsolatot jelentő, holisztikus megközelítést ígérő természetgyógyászatra, mert eszközeit tekintve olcsóbb és könnyebben hozzáférhető, s esetenként a vele foglalkozóknak megélhetést jelent, s – nem utolsó sorban – a fejlődő országok népei számára egyféle egészségügyi alapellátást és gondozást biztosít. Sokhelyt a hagyományos orvoslás a nemzeti örökség fontos és megbecsült része, bővebben tartalmaz vallási, rituális elemeket is. Az igények mellett a természetgyógyászat térhódításának a fejlett országokban vitathatatlanul kedveznek a felvilágosítás, valamint az általános és az egészségügyi kultúra hiányosságai.

Európában ma kétféle egészségügyi rendszer működik. A monopolisztikus csak a tudományos orvoslást ismeri el törvényesnek, kizárja és szankcionálja a gyógyítás minden más módját. Ilyen a rendszer Franciaországban és Belgiumban, s ez volt a közelmúltig jellemző ránk és általában a kelet-európai országok egészségügyére is. A másik, a toleráns szisztémában is a

tudományosan megalapozott orvoslás az elismert, de bizonyos mértékű hagyományos gyógyítást, annak különböző formáit is tolerálja a törvény és a jogszabály. Ilyen az egészségügyi rendszer Európa legtöbb országában, s a jövőben várhatóan nálunk is. A monopolisztikus rendszerben az orvos, a fogász, a gyógyszerész és a nővér jogosult egészségügyi munkára, de hagyományos beavatkozást, mint kiropraktika, hipnózis, akupunktúra is csak orvos végezhet, speciális képesítés birtokában. A toleráns rendszerben bizonyos beavatkozásokat a kompetens hatóságtól képzést és felhatalmazást nyert személy (Németországban a Heilpraktiker) is végezhet. A tudományos és a hagyományos gyógyítás csak Kínában és Japánban integrálódott igazán.

Az orvost diplomája széles körű gyógyító tevékenységre jogosítja, alkalmazhat természetgyógyászati eljárásokat is. Ez utóbbi ténykedését szakmai képzettsége és etikai fejlettsége irányíthatja. A természetgyógyászattal is foglalkozó orvos szakmai felkészültségét és tisztességét a fejlett országokban általában szigorúbb társadalmi kontroll kíséri. Helyes, ha a természetgyógyászat nem külön studium az orvosi alapképzésben, mert gondolati rendszere más, és módszereinek a hatékonysága még nem bizonyított, de azok a jelenleginél nagyobb mértékben kell, hogy helyet kapjanak a képzés és a továbbképzés tematikájában, a megismertetés és a kritikus orvosi felhasználás igényével. Az orvosok számára meghirdetett tanfolyamok az alternatív medicina tárgyköréből (reflexológia, akupunktúra, homeopathia, stb.) növelhetik ugyan az orvosok tájékozottságát, tehát hasznosak, de veszélyük is van, ha egyoldalúan tájékoztatnak. A betegellátásban is részt vevő orvosoknak rendszeres, széleskörű és magas szintű szakmai továbbképzésben kell inkább részesülniük. A plénum szerint a továbbképzés egyetlen módja sem kifogásolható, de kívánalom, hogy az orvosi ténykedés megítélésekor, minősítéskor vagy felelősségre-vonáskor csak a diplomával és szakképesítéssel szerzett jogok és kötelezettségek legyenek irányadók és mérvadók, egyéb képesítésnek az etikai és jogi minősítéskor ne legyen szerepe.

Orvosi diplomával nem rendelkező személy orvosi tevékenységet nem folytathat, a jelenlegi jogszabály azt kuruzslásnak minősíti, de mint természetgyógyász segítőtársa lehet az orvosoknak. Ténykedésének határait jogilag szabályozni kell. Képzését megfelelő (orvosokból és természetgyógyászokból álló) intézménynek, illetve bizottságnak (a félreértések elkerülésére a plénum határozott véleménye szerint nem „szakmai kollégium”-nak) kell irányítani. A természetgyógyászt csak az a bizonyítvány jogosíthassa felelős gyógyító tevékenységre, melyet a mielőbb szabályozandó módon és formában az arra illetékesektől, mint képesítést elnyer. Alkalmazhasson gyógynövényeket, végezhesen fizioterápiát, általában olyan beavatkozásokat, melyek nem parenterálisak, nem tesznek szükségessé szervekbe, szövetekbe való behatolást (nem adhat injekciót, nem végezhet műtétet, akupunktúrát). Az

orvosi és a természetgyógyászati ténykedésnek koordinálnak, együttműködőnek kell lennie, mindkettőnek el kell határolódnia az anyagi haszon ellenében végzett, nyilvánvalóan hatástalan beavatkozásoktól, a kuruzslástól, a varázslástól, a szemfényvesztéstől.

A nem tudományosan megalapozott, természetes gyógymódok a televízióban, a rádióban és a sajtóban nagy és egyoldalú publicitást kaptak a múltban, ezáltal jónéhány eljárás és kezelésmód aránytalan népszerűsége és indokolatlan elterjedtsége telt szert. Az orvostársadalom, a tudományos vagy éppen a hivatalos szervek nem reagáltak vagy nem reagálhattak e jelenségre érdemileg. Kapjon helyet a tárgyilagos tudományos vélemény is a médiában, lehetőleg a természetgyógyászati eljárás bemutatásával párhuzamosan. Általában kapjanak nagyobb teret a bizonyítottan hatékony gyógyeljárások és a megelőzés módjai. Tudatosítani kell, hogy a természetgyógyászat nem alkalmas eszköz a mai egészségügyi gondok megoldására, elterelheti ugyan róluk a figyelmet, de ez aligha szolgálja a jövő hatékonyabb és gazdaságosabb egészségügyét.

Az ETT plénuma a leghatározottabban ellenzi azoknak a gyógyhatásúnak vélt és hirdetett szereknek az orvosi, gyógyszer helyetti alkalmazását, melyeknek a kedvező hatása még nem bizonyított, melyek a jelenleg, nemzetközileg és hazánkban is érvényes rendelkezéseknek megfelelő vizsgálati procedúrán nem jutottak át, s azokat illetékesek nem minősítették. Indokolatlan a kivételek túrése, a szakmai bizalom előlegezése. Nem megfelelően vizsgált, nem bizonyítottan gyógyhatású szerek parenterális alkalmazása nem engedélyezhető. Új gyógyszer kifejlesztésére és bevezetésére érkezett javaslatok, bárhonnán származzanak is azok, megkülönböztetett figyelmet, s egyforma megítélést érdemelnek. Ugyanígy, valamennyi szer csak az előírt, azonos rendszabályok és procedúra alkalmazásával válhat gyártott, törzskönyvezett, forgalmazott és rendelt, gyakorlatban használt gyógyszerre. Elvárható, hogy az illetékesek ezirányú törekvését a média messzemenően támogassa. Mutatis mutandis ez vonatkozik a diagnosztikumok és a diagnosztikus eljárások vizsgálatára és engedélyezésére is.

A plénum ellenzi és elítéli azt a jelenséget, hogy egyesek – orvosok és mások – a sajtóban, még a szaksajtóban is vagy másutt, bizonyos, gyógyhatásúnak hitt szereket indokolatlanul, félrevezető, olykor szándékosan megtévesztő módon nagyhatású gyógyszernek deklarálnak és propagálnak. Legtöbbször üzleti fogásról van szó, de ez alkalmas az egyes emberek, a betegek és a közvélemény félrevezetésére és megzavarására. Kívánatos, hogy a szakmai fórumok határozottan elítéljék e nyilatkozatokat és fellépjenek a nyilatkozókkal szemben.

Orvos és természetgyógyász csak a hivatalosan (legálisan) szerzett képesítést (szakképesítést) deklarálja és tüntetheti fel, például a névtábláján, kulturált módon.

A tudományosan megalapozott orvoslás is a természetgyógyászatból nőtt ki, bevált módszereit mint a múltban, jelenleg is alkalmazza. Ez az orvoslás sem mindig racionális, nem valamennyi eljárása hatékony bizonyítottan, használ empirikus módszereket és eszközöket is. A tradicionális természetgyógyászat sem feltétlenül irracionális, tudománytalan, induktív (az egyes megfigyelésből az általánosra következtető), megkívánható, hogy a terápiás eredményeket mindkét oldalon tudományos módszerekkel bizonyítsák, s csak a hatékony eljárásokat és szereket alkalmazzák. A jövő természetgyógyásza az orvossal együttműködő, speciálisan képzett szakember legyen.

Amíg a hivatalos orvoslás számára fehér foltok, azaz gyógyíthatatlan betegek és kielégítetlen igények vannak és lesznek, amíg az emberközpontú orvoslás maradéktalanul meg nem valósul, s amíg a hivatalosnak a hatékonyak elfogadott gyógyításnak van egyáltalán alternatívája, addig a betegeknek a tradicionális eljárások felé való fordulása érthető és magyarázható. Lehetővé kell tenni ezek elérhetőségét, szabályozottan és ellenőrzötten. Gátat kell ugyanakkor szabni a lakosság és a beteg ember bizalmával, hiszékenységgel visszaélő, a nem megfelelő informáltságot kihasználó kuruzslásnak, s valamennyi tisztességtelen, nyereszkes, demagóg törekvésnek.

1991. december

A KLINIKAI GYÓGYSZERVIZSGÁLATOK ÉS PUBLIKÁLÁSUK EGYES KÉRDÉSEIRŐL

A SOTE Regionális Kutatásetikai Bizottsága írásban felterjesztett kérésére és tényfeltáró munkájának alapján a 11/1987.(VIII.19.)EüM sz. rendelet szerint az ETT TUKEB – szakértői előzetes egybehangzó véleményét meghallgatva – az alábbi elvi határozatot hozta:

- 1.) A Bizottság véleménye szerint nyílt gyógyszer-kipróbálási vizsgálatot utólag „történelmi kontroll”-al (historic control) kiegészíteni és ezt placebo kontrollált vizsgálatként („placebo controlled clinical trial”) feltüntetni szakszerűtlen, etikailag kifogásolható, mivel a vizsgálat megítélésében az olvasót félrevezetheti.
- 2.) Folyamatban lévő tudományos vizsgálatokról szakmai szempontból nem elfogadható a befejezés előtt olyan közlés, amely lezárt vizsgálatok látszatát keltheti. Ha a vizsgálatokról azok befejezése előtt közlés jelenik meg, akkor egyértelműen jelezni kell, hogy a vizsgálat még folyamatban van.
- 3.) A Bizottság véleménye szerint a vizsgálatba bevont személyekkel az önkéntességről, a kezelés jellegéről és esetleges szövődményeiről tájékoztató, a vizsgálatban önként résztvevők anyanyelvén megfogalmazott beleegyező nyilatkozatot kell aláíratni.

1992. február 26.

A HUMÁN REPRODUKCIÓ ÚJ MÓDSZEREIRŐL

Lege Artis Medicinae 1992. 6. szám

Az Egészségügyi Tudományos Tanács és Kutatásetikai Bizottsága által felkért ad hoc bizottság állásfoglalásait két változatban készítette el. Az egyik változat részletesebb magyarázatokat, érvek és ellenérvek felsorolását követően összegezte a bizottsági állásfoglalásokat (ez az anyag az Orvosi Hetilap 1992. 10-13. számában folytatásos formában megjelent). A másik, rövidített változat már csak a végeredményt, azaz a bizottság végső megállapításait sorolja az egyes témaköröknek megfelelően. Ez utóbbit a Tudományos és Kutatásetikai Bizottság megtárgyalta és elfogadta, majd az Egészségügyi Tudományos Tanács Elnöksége is jóváhagyta, így a most közölt anyag a kérdést lezáró állásfoglalásként jelenik meg.

Előszó

Az a lehetőség, hogy humán embriót (préembriót) létre lehet hozni az uteruson kívül is, arra ösztönzi a társadalmat, hogy újra gondolja át az élet keletkezését, hogy ismerkedjen meg olyan etikai problémákkal, amelyek korábban nem léteztek, mint pl. prenatális diagnosztika, magzati terápia, préembrió- és embriókutatás, dajkaterhesség, az utód nemének megválasztása stb. Sok olyan alapelv és szabály, amelyeket évszázadok óta nem vitattak, most új és alapos vizsgálatot, tanulmányozást igényel, és a társadalomban nem csekély aggodalmat vált ki. Az asszisztált reprodukív technológiák (ART) nemcsak a házaspár, hanem egy harmadik személy közreműködését is szükségessé teszik az utód létrehozásában. Amikor az első „lombikbébi”, Louise Brown 1978-ban megszületett, új korszak kezdődött a reprodukcióban és annak etikai megítélésében. Általában világszerte elfogadják az in vitro fertilisatiót (IVF), de sokan félnek a lehetséges továbbfejlesztés módjaitól

Számtalan kérdés vetődik fel, amelyekre világos, egyértelmű választ kell adni, vagy legalább útmutatást megfogalmazni, hogy a veszélyeket és a buktatókat elkerüljük. Legalább ilyen fontos, hogy a társadalom széles rétegei – szakemberek (orvosok, biológusok, jogászok stb.) és nem szakemberek – megismerkedjenek a meddőség, mint sorscsapás okozta lelki és egyéb következményekkel, amelyek a gyógyulást keresőkben, a szakemberekben és a társadalom egyes csoportjaiban, s az egyéneknél joggal vagy megalapozatlanul felmerülnek

Ezt a sokoldalú igényt a legtöbb fejlett országban felismerték, és különböző összetételű bizottságokat hoztak létre szakmai és etikai állásfoglalások kidolgozására. Hasonló törekvést fogalmazott meg az Egészségügyi

Tudományos Tanács Kutatásetikai Bizottsága és felkért szakemberekből álló (3 szülész-nőgyógyász, 2 jogász, 1 igazságügyi orvos-szakértő) 6 tagú bizottságot az idevágó szakmai, etikai és jogi kérdések feldolgozására, állásfoglalások előkészítésére és ahol szükséges, javaslatok összeállítására.

Az ad hoc bizottság gondos előkészítő munka után, a nemzetközi irodalom felhasználásával áttekintette az asszisztált reprodukív technológiák főbb fejezeteit, az azokban fellelhető etikai dilemmákat, majd minden fejezet végén megfogalmazta állásfoglalását, s a szükségesnek ítélt ajánlásokat.

Szükségesnek tartjuk, hogy az orvostársadalom megismerje a tanulmányt és tapasztalatait, szakismeretein alapuló véleményével segítse elő a leginkább elfogadható és követendő gyakorlat kialakítását.

Természetesnek tartjuk, hogy az itt megfogalmazott, majd a megfelelő módosítások és változtatások után elfogadott hivatalos állásfoglalás időről időre módosulhat az új tudományos eredmények vagy a társadalmi vélemény változása következtében. (Dr. Rák Kálmán az ETT elnöke, Dr. Vizi E. Szilveszter a TUKEB elnöke)

Bevezetés

A reprodukcióval foglalkozó orvostudomány – s ezen belül a biológia, a genetika – az utóbbi évtizedekben tapasztalt rendkívüli mértékű fejlődése lehetővé tette humán préembrió létrehozását az uteruson kívül (in vitro) is. Ezáltal a meddőség gyógyításának új távlatai nyíltak meg: a korábban megoldhatatlannak tartott esetekben is kiteljesedhet a (házas)párok, egyének gyermek utáni vágya. Az új módszerek összefoglaló nevének egyik változata: asszisztált reprodukív technikák, rövidítésben ART. – Valóban „art”-ról, művészetéről van szó, amelyben orvosoknak és más területek szakembereinek összehangolt együttműködése szükséges a siker érdekében. Hasonlóan fontos a beavatkozások etikai, jogi megítélése, a szakemberek s a társadalom többségének egyetértése, támogatása, hogy a felmerülő reális és lehetséges aggodalmakat eloszlassuk.

Az aggodalmak akkor kezdődtek, amikor az IVF-hez több préembrióhozottak létre, mint amennyit beültettek a méhbe. (Rendszerint 3-4 préembrióhozottak be és nem többet, hogy az ötös, hatos stb. terhességeket elkerüljék.) Mi történjen a fennmaradó préembriókkal? Szabad-e azokat konzerválni, később felhasználni, szabad-e velük kísérletezni?

Az élet keletkezéséről alkotott biológiai ismereteink és etikai értékeink széttöredezése, átrendeződése korábban nem létező problémák felvetésével arra kényszerít bennünket, hogy újra és újra feleletet próbáljunk adni korábban nem vitatott alapelveinkre. Meglévő jogszabályaink alkalmatlanná váltak a létrejövő családi, emberi viszonyok rendezésére.

A felmerülő kérdésekre választ kell adnunk, olyan útmutatások megfogalmazásával együtt, melyek helyes irányokat határozva segítenek a veszélyek elkerülésében.

Attól függően, hogy a gaméták honnan származnak (házaspár, donor), hol történik a megtermékenyülés (feleség, laboratórium, „dajka”) és ki viseli ki a terhességet (feleség, dajka) 16 alternatív lehetőség adódik (1. sz. táblázat). A gaméták és a préembriók mélyfagyasztásos tárolásával a lehetőségek tovább bővülnek.

Az „etika”, „etikus” kifejezések általánosan elfogadott fogalmak, mégis nehéz definiálni, mikor tekintünk egy tevékenységet etikusnak vagy etikátlannak. Bármely etikai döntést igen sokféle tényező befolyásol: szakmai megfontolások, hasznosság, közvélemény, vallások hatása, jogi szabályozás stb. A morális ítéletalkotást három alapelv figyelembevételével lehet alátámasztani:

- 1) Az egyén tisztelete. Ennek az alapelvnek két része van:
 - a) Autonómia (önrendelkezés). Ez az alapelv azt tekinti fontosnak, hogy kompetens személyek, akiket saját akaratauk és óhajuk irányít, képesek arra, hogy megértsék az orvos véleményét, ajánlását, döntsenek a velük kapcsolatos orvosi beavatkozások ügyében és viseljék is annak következményeit.
 - b) A gyengék és hátrányos helyzetűek védelme: a csecsemők, a gyermekek, a fiatalok és a magatehetetlen felnőttek felkarolását, megkülönböztetett segítségét jelenti, miután nem dönthetnek vagy nem tudnak dönteni saját egészségügyi ellátásuk kérdéseiben.
- 2) Segítés, támogatás. Ez az alapelv túlmutat a negatív orvosi etikán: a „ne okozz ártalmat” elvvel szemben áll az, hogy „segíts és tegyél jót”.
- 3) Igazságosság. Ez az alapelv szükségessé teszi az azonos megítélést az emberek (páciensek) között azzal a határozott törekvéssel, hogy egyes módszerek alkalmazása és fejlesztése több előnnyel járjon mint esetleges hátránnyal, annak költségei reálisak és elfogadhatók legyenek, és hogy egyes embereknek ne okozzunk hátrányt illetve károsodást azért, hogy abból másoknak előnye származzon.

Az etikai alapelveket 2 szinten lehet figyelembe venni: **1./** makroetika, **2./** mikroetika. A makroetika a nagyobb közösség – esetenként a társadalom érdekeivel foglalkozik, a mikroetika az egyénével, a kisebb közösségekével. A kettő ellentétben lehet egymással.

Az új technikákról (mint pl. az IVF, a prenatális diagnosztika, a fetális sex szelekció stb.) egy pluralista társadalomban nem várható, hogy a bárki által kialakított állásfoglalást mindenki teljesen elfogadja. Ez nyilvánvalóan nem jelentheti azt, hogy nincs értelme alapelvek megfogalmazásának, vagy hogy nincs a közösségben morális tartás. A jog egyébként is köti az egyéneket a közösséghez, és függetlenül az egyén saját véleményétől, a közösség morális álláspontját testesíti meg. Megadja a kereteit annak, hogy egy társadalmon belül morális szempontból mi elfogadható és mi nem. A Warnock-bizottság a humán reprodukció új módszereiről kialakított etikai állásfoglalásában úgy fogalmazott, hogy egy „idealizált” társadalomnak készítették azt, de nyilvánvaló, hogy annak egyes részleteit az egyének nem azonos módon ítélik meg. A társadalomban helye van különböző, esetenként sokkal szigorúbb álláspontok érvényesítésének is. Ami legálisan elfogadott, úgy tekinthető, mint minimum követelmény egy toleráns társadalomban. Egyének és közösségek sokkal pontosabb vagy szigorúbb elveket is érvényesíthetnek.

Általánosan elfogadott, hogy bizonyos korlátokat kell felállítani, de hogy ezek a korlátok hol legyenek, a vélemények eltérőek. Az az alapkérdés, hogy milyen is az az „ideális társadalom”, amelyet alapul veszünk, milyen társadalomban élünk és milyen lelkiismerettel? Ezek a morális alapelvek, amelyeket alkalmazni lehet a humán reprodukció új technológiája és más témakörök tanulmányozásában.

A humán reprodukció területén dolgozó orvosokat, kutatókat rendkívül nagy személyes felelősség terheli az új reprodukív technikák alkalmazásában, különösen akkor, ha a társadalmi közmegegyezés etikai és egzakt jogi szabályokban megjelenő elvei, elfogadott és védett értékei sem nyújthatnak biztos támpontokat számukra, mivel ezek az alapelvek és szabályok ma még – különösen nálunk – kidolgozatlanok.

A reprodukív medicina új eredményei és irányai több ponton is lerombolják, vagy legalábbis fellazítják a hagyományos etikai szenzitivitást, ugyanakkor - különösen az IVF – alapul szolgálhatnak egy új értékrend kialakulásához is. A mesterséges úton történő megtermékenyítés elfogadása végsőleg egy olyan új erkölcsiséget, a hagyományos erkölcsi meggyőződés fellazult alapjai helyébe lépő érzékenységet és etikai tartást igényel, amely a tradicionális erkölcsi értékeket megőrizve képes arra, hogy újfajta értékeket is magáévá tegyen.

Az idevágó etikai szabályozás egyes országokban

A humán reprodukció etikai problémáit kétségtelenül az IVF lehetősége állította a közönség és a kutatók érdeklődésének középpontjába. Nem pusztán azért, mert az IVF etikai szempontból önmagában is rendkívül érzékeny biomedikális technika, hanem alapvetően azért, mert az extrakorporális fertilizáció megteremti az alapvető technikai-tudományos feltételeket a reprodukcióhoz, annak befolyásolásához kapcsolható más kísérletekhez is.

A fejlett országokban a tudomány és a társadalom egyaránt nagy érdeklődést mutatott és mutat napjainkban is mindezen kérdések iránt, s a humán reprodukciós technikák által felvetett problémák nem kerültek el a kormányok figyelmét sem. Az 1978. évtől kezdve, az első sikeres IVF és ET-születés óta szakadatlanul folyik e kérdések vizsgálata. Anélkül, hogy teljes lajstromát adnánk a különböző bizottságoknak, csupán a főbb állomásokra utalunk.

Az Európa Tanács már 1978-ban (sikertelen) kísérletet tett arra, hogy valamennyi tagállam számára elfogadható irányelveket fogalmazzon meg. 1982-ben pedig egy orvosokból, jogászokból, filozófusokból és másokból álló bizottságot hozott létre a genetikai manipulációkkal kapcsolatos kérdések tanulmányozására.

Az Egyesült Államokban Albert Gore képviselő és Clifford Grobstein 1981-ben javasolták egy elnöki bizottság létrehozását, amelynek feladata lenne az IVF-kutatások megfigyelése, a jogalkotás előkészítéséhez szükséges ajánlások és jelentések elkészítése. Az USA több tagállamában hoztak olyan intézkedéseket, amelyek a dajkaterhességgel összekapcsolt szociobiológiai kombinációk engedélyezésére vagy tilalmazására vonatkoznak, 25 tagállamban pedig törvénybe iktatták a humán embriókon végzett kutatásokat korlátozó rendelkezéseket. Ezt megelőzően 1980-ban történt felszámolásáig az Ethics Advisory Board of Department of Health, Education and Welfare foglalkozott az IVF kérdéseivel, s 1979-ben irányelveket bocsátott ki az IVF-kutatás szövetségi támogatásának lehetőségeiről. Foglalkozott az IVF és ET kérdéseivel – különös figyelemmel a dajkaterhességre – az American College of Obstetricians and Gynecologists, valamint 1982 márciusában a Board of Directors of the American Fertility Society. Ugyancsak érintették a mesterséges úton történő megtermékenyítést a Judicial Council of the American Medical Association 1982 júniusában kiadott orvosetikai állásfoglalásai és az 1983 májusában közzétett, már kifejezetten az IVF-re vonatkozó irányelvei. 1984-ben az American Fertility Society tett közzé az IVF-re kidolgozott etikai nyilatkozatot, amelyet egy ad hoc bizottság fogalmazott meg Howard W. Jones vezetésével, s ugyanez a bizottság dolgozta ki az IVF-programokra érvényes

minimális standardokat. Ismételten és részletesen vizsgálta a humán reprodukcióval kapcsolatos etikai kérdéseket az American Fertility Society 1986 decemberi jelentése, amelyet 1989-ben, majd 1991-ben kiegészítettek.

Az Egyesült Államok mellett Nagy-Britanniában, Ausztráliában és az NSZK-ban foglalkoztak legtöbbször a mesterséges úton történő megtermékenyítés lehetséges jogi szabályozásával és etikai kérdéseivel.

Angliában 1982-ben orvosokból, jogászokból és laikusokból alakult kormánybizottság, a Warnock-Committee, amelynek felkérésére több orvosi társaság fogalmazta meg az IVF-re, az AI-ra és általában a genetikai kutatásokra vonatkozó álláspontját. Így többek között a Royal College of General Practitioners és a Law Society. A humán fertilizációval és embriológiával kapcsolatos kutatásokra vonatkozó irányelveket tett közzé 1982-ben a British Medical Research Council, a British Medical Association, a Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Két évi előkészítő munka után 1984. július 18-án hozta nyilvánosságra jelentését a Warnock-Committee.

Ausztráliában először a National Health and Medical Research Council of Australia adott ki irányelveket, majd a Queen Victoria Medical Center írta elő a klinikusok és a kutatók számára az IVF-el kapcsolatos kutatások vezérelveit. Ugyancsak Ausztráliában a Louis Waller vezette Victoria Law Reform Commission készített törvényjavaslatot (Infertility Medical Procedures Bill). Hasonló bizottságok működtek Új-Dél Walesben, Queenslandben, Dél-Ausztráliában.

Különleges állami bizottságot hoztak létre Olaszországban. Az Izraeli Egészségügyi Minisztérium különleges bizottsága 1983-ban adta ki irányelveit, Svájcban az Orvostudományi Akadémia 1984-ben tette közzé az AI-ra és az IVF-re vonatkozó irányelveit. Franciaországban 1983-ban, Belgiumban 1988-ban alakult e kérdéseket vizsgáló országos bizottság.

Az NSZK-ban 1984 májusában kezdte el munkáját, s 1985 októberére készítette el jelentését a Benda-Bizottság, amelyet a Szövetségi Kutatási és Technológiai Miniszter, valamint a Szövetségi Igazságügyi Miniszter hozott létre.

Az egyesült Németországban 1991-ben a korábbiaknál szigorúbb – a nyugati fejlett országok szabályozásával összevetve a legszigorúbb – rendelkezéseket fogadtak el. Megengedhetőnek tartják a reprodukció új, mesterséges módszereit, de tiltják a petesejt adományozást, a dajkaterhességet és a megtermékenyítés utáni kísérletezést a préembriókon, továbbá tiltják elhalálozott férfi spermiumainak felhasználását megtermékenyítéshez.

A Vatikán 1987 márciusában tette közzé „Instruction on the Respect for Human Life in its Origin and on the Dignity of Procreation” dokumentumát. Az „Instruction” sok megállapítása értékes útmutatás és ajánlás az idevágó kérdésekkel foglalkozó személyek és szervek, testületek számára:

- ami technikailag lehetséges, nem feltétlenül elfogadható és megengedhető etikai szempontból;
 - mesterséges beavatkozások az emberi nemzés folyamatába nem utasíthatók el azon az alapon, hogy mesterségesek;
 - az „Instruction” szimpátiát nyilvánít azok iránt, akiknek nem lehet gyermekük, vagy nem lehet egészséges gyermekük;
 - ösztönzi a kutatókat, hogy folytassák a meddőség okainak és megoldásának tanulmányozását.

Mindezekén túl azonban az „Instruction” elutasítja a homológ és heterológ megtermékenyítést, az IVF-ET gyakorlatát, harmadik személy ivarsejtjeinek felhasználását, nem engedi meg préembriókon a kísérletezést, a kutatást.

A Bizottság végső megállapításai

Az asszisztált reprodukív technikák (ART) személyi-műszaki- és technikai feltételei:

- 1) Az asszisztált reprodukív technikák alkalmazása az arra kijelölt intézetekben csak a korábban meghatározott személyi és tárgyi feltételek megléte esetén fogadható el etikailag.
- 2) A már működő laboratóriumokban az előírt, illetve meglévő feltételek, valamint újonnan szerveződőkben a működési feltételek meglétének ellenőrzése egy arra felhatalmazott bizottság feladata.
- 3) Amennyiben eddig még nem alkalmazott, új eljárás kerül bevezetésre, az azzal kapcsolatos személyi és tárgyi feltételek megteremtéséért illetve betartásáért, az esetleg szükséges engedélyek beszerzéséért mindenkor az adott laboratórium, munkacsoport vezetője a közvetlen felelős.

A férj (élettárs) spermiumainak (mesterséges) bevitele. (Arteficial insemination by husband, AIH vagy arteficial insemination with partner's sperm, AIP)

- 1) A férj spermiumaival végzett mesterséges ondóbevétel (AIH vagy AIP) a férfi illetve a női meddőség bizonyos formáinak kezelésében etikailag elfogadható.
- 2) Amennyiben kellő körültekintéssel elvégzett 6 beavatkozást követően sem sikerül terhességet elérni, a meddő házaspár további kivizsgálása szükséges, illetve más kezelési formát ajánlatos választani.

- 3) Szakmai fórumoknak meg kell határozniuk az AIH-t végző intézmények és magánszemélyek számára a pontos személyi (nőgyógyász, andrológus, laboráns, pszichológus) és tárgyi feltételeket, garanciákat, amelyek hiánya esetén az ilyen beavatkozások elvégzése etikailag elfogadhatatlan.
- 4) AIH-t csak a (házas)pár mindkét tagja által - megfelelő tájékoztatást követően – dokumentált, írásbeli beleegyező nyilatkozat birtokában szabad elvégezni.
- 5) Az AIH-ra vonatkozó dokumentáció a beavatkozást igénybe vevő házaspár személyiségi jogainak védelme érdekében ugyanúgy titkosan kezelendő, mint az AID adatai.
- 6) Az utód származásának körülményeiről csak a jogszabályok által meghatározott esetekben adható felvilágosítás.
- 7) Különleges esetekben (sebészeti, radio- vagy kemoterápia előtt) etikailag elfogadható a férj spermájának fagyasztva tárolása későbbi felhasználás céljából. (A férj fagyasztott ondójának felhasználását illetően az ivarsejtek fagyasztva tárolásának feltételeivel foglalkozó fejezetre utalunk.)
- 8) A „Sex selection” AIH kapcsán csak genetikai tanácsadó vizsgálata alapján, igazoltan nemhez kötött öröklődő megbetegedés megelőzése céljából lehet indokolt, s az ilyen jellegű beavatkozások egyelőre kísérleti jellegűnek minősíthetők.

Idegen spermiumok mesterséges bevitele. Arteficial insemination donor (AID)

- 1) Donor (idegen férfi) spermiumainak terápiás bevitele (AID) a férfi meddőség bizonyos formáinak kezelésében etikailag elfogadható.
A Bizottság tagjai osztják az AID-vel kapcsolatos aggodalmakat, mégis úgy ítélik, hogy az AID egyrészt a meddő (házas)párok számára a lehetséges választások közül a legkedvezőbb, másrészt a spermium donáció – hasonlóan a véradáshoz – humánus, karitatív cselekedet.
A Bizottság tagjai tudnak arról, hogy Magyarországon az AID jogilag és szakmailag szabályozott, ezt azonban nem tekintik korszerűnek.
- 2) Napjainkban nem megengedhető a donorok megfelelő szűrése esetén sem – a natív, friss ondó felhasználása, az 5/1988.(V.31.)SZEM rendelet 7.§(2) értelmében. A nemzetközi normáknak megfelelően csak a legalább 180 napig mélyhűtött, majd felolvasztott spermával végzett AID tekinthető etikailag elfogadhatónak. (A spermabankok működési feltételeivel az ivarsejtek fagyasztva tárolásának feltételei fejezetben foglalkozunk.)
- 3) Egy donortól nem származhat ötnél több utód. A Bizottság nem tartja aggályosnak, hogy ilyen feltételek mellett fennállna a rokon (egy donortól származó utódok közötti) házasságok reális veszélye.

- 4) A meddőség kezelését végző orvos (illetve munkacsoport tagja) köteles részletesen tájékoztatni a (házas)párt a potenciális veszélyekről és el kell végeznie (végeztetnie) azokat a vizsgálatokat, amelyeket szükségesnek tart a (házas)pár, illetve a leendő gyermek érdekében (pszichológiai-, genetikai-, belgyógyászati stb. kivizsgálás).
- 5) A végzett inszeminációkról dokumentációt kell készíteni, amely a javallat, a kivizsgálás és a beavatkozások minden fontos adatát tartalmazza. Az AID-re vonatkozó adatok titkosan kezelendők, titkosan tárolandók legalább 25 évig. Ezek tartalmának illetve a donor identitásának felfedése csak jogszabállyal meghatározott esetekben megengedhető.
- 6) A beavatkozást – megfelelő tájékoztatást követően – csak a (házas)pár mindkét tagjának írásbeli beleegyező nyilatkozata birtokában szabad elvégezni.
- 7) Amennyiben kellő körültekintéssel 12 beavatkozást követően sem sikerül terhességet elérni, a meddő házaspár további kivizsgálása szükséges, illetve más kezelési formát ajánlatos választani.
- 8) A beavatkozást követően született utódnak jogában áll megismerni származási körülményeit, a donor identitásának felfedése nélkül.
- 9) A nemzetközi gyakorlatban a donorok anonimitásának kérdése nem egységes, de hazai viszonyainkat tekintve AID esetén az anonimitás egyelőre indokolt. (Ezzel kapcsolatos etikai kételyeinket az ivarsejt donorok kiválasztása című fejezetben tárgyaljuk részletesen.)
- 10) Az AID élettársi kapcsolatban is elvégezhető. Etikailag nem tartjuk elfogadhatónak az utódnemzéshez való alkotmányos jog korlátozását a házassággal jogilag sok vonatkozásban egyenértékűnek tekintett élettársi kapcsolatban. Ugyanakkor egyelőre etikailag nem tartjuk kellőképpen indokolhatónak egyedülálló nők esetén az AID elvégzését.

Az ivarsejt donorok kivizsgálásának követelményei

- 1) A donor egészségi állapotának vizsgálata
 - a) Általános egészségi állapot. A donor legyen egészséges illetve feleljen meg azoknak a kritériumoknak, amelyek a mindenkori elérhető legkorszerűbb tesztekkel megállapíthatók.
 - b) Genetikai szűrés.
 - b)1) Ne legyen fejlődési rendellenessége, (pl.: nyúlajak, farkastorok, spina bifida, hypospadiasis, szív fejlődési eltérés stb.).
 - b)2) Ne legyen öröklődő rendellenessége, mint pl. albinismus (akár általános, akár a szemre korlátozódó), hemophilia, hemoglobinopathia stb.
 - b)3) Ne legyen olyan megbetegedése, amelynek genetikai komponense is előfordulhat, mint pl. diabetes mellitus, asthma, epilepsia, psychosis, hypertonia, rheumatoid arthritis stb.

- b)4) Ne legyen autoszomális, recesszív génhordozó semminemű olyan betegségre, amely a donor családjában heterozigotizásra utalna, mint pl. cisztikus fibrosis, thalassémia (mediterrán populációban), Tay-Sachs betegség (Ashkenazi zsidók között), sarlósejtes anaémia (négerké között) stb. Szűrővizsgálatokat végezni valamennyi idesorolható betegségre nem indokolt, csupán arra vonatkozóan, amely az illető etnikumban előfordulhat.
- b)5) Ne legyen kromoszóma rendellenessége. Az erre vonatkozó szűrővizsgálatot nem tartjuk elengedhetetlenül fontosnak.
- 2) A családi anamnézis megismerése
A donor elsőfokú rokonai legyenek mentsek a következő betegségektől és rendellenességektől:
- a) Ugyanazon fejlődési rendellenességek, amelyeket az 1)a) csoport felsorol.
- b) Az öröklődés szabályait követő „nontrivial” rendellenességek, amelyek a következő csoportokba sorolhatók:
- X-kromoszómához kötött autoszomális dominánsan öröklődő betegségek, amelyek a donornál fiatal kora miatt még nem ismerhetők fel (pl. retinitis pigmentosa, vastagbél multiplex polyposis, Huntington betegség stb.).
 - Autoszomális dominánsan öröklődő betegség egyes különleges formái, mint pl. retinoblastoma, Alport-betegség, Marfan szindróma.
 - Autoszomális recesszíve öröklődő betegségek közül azok, amelyek az adott populációban nagyobb gyakorisággal fordulnak elő (pl. cisztikus fibrosis).
- 3) A másodfokú rokonságban előforduló betegségek feltárása. A donorok közül kizárandók, akiknek nagyszülei, illetve ezen szintű rokonai közül valaki juvenilis diabetes mellitusban, súlyos psychosisban, epilepsiában, fiatakkori coronaria megbetegedésben szenvedett.
Olyan megbízható dokumentációra van szükség, amely biztosítja a titoktartást és az adatok hozzáférhetőségét indokolt esetben.
- 4) Lehetőleg fiatal, 18-35 év közötti legyen, de ettől egyedi mérlegelés esetén eltérhetünk. Az ivarsejtek fagyasztva tárolásának ideje nem számít bele az életkorba.
- 5) Legyen nagykorú, cselekvőképes, magyar állampolgár.
- 6) Legyen Rh negatív, ha a recipiens Rh negatív.
- 7) Szerológiailag negatív legyen szexuálisan átvihető betegségekre, hepatitisre. Különös figyelmet kell fordítani az AIDS szűrésére.
- 8) Festett készítmények és tenyésztések negativitása meghatározott betegségekre vonatkozóan.

In vitro fertilizáció és embrió transzfer: IVF és ET

- 1) A (házas)pár ivarsejtjeivel az IVF+ET a meghatározott orvosi javallatok birtokában etikailag elfogadható. Elfogadhatatlannak tartjuk azonban IVF+ET végzését szociális (kényelmi) indokokból.
- 2) A beavatkozások csak az ilyen feladatok végzésére engedéllyel bíró intézetekben végezhetők a már megfogalmazott személyi és tárgyi feltételek megléte esetén.
- 3) IVF+ET során maximum 3 préembrió ültethető be a többes terhesség kockázatának megelőzése érdekében.
- 4) Élettársi kapcsolatban az IVF+ET-t elvégezhetőnek ítéljük, miután az utódnemzéshez való alkotmányos jog korlátozását erkölcsileg elfogadhatatlannak tartanánk.
- 5) A beavatkozást csak a (házas)pár mindkét tagja által – megfelelő tájékoztatást és felvilágosítást követően – aláírt írásbeli beleegyező nyilatkozat birtokában szabad elvégezni.
- 6) A nyilatkozatnak tartalmaznia kell a (házas)pár közös akaratnyilvánítását a létszámfeletti (surplus) préembriók sorsát illetően (illetve a pár nőtagjának nyilatkozatát a létszámfeletti (surplus) petesejtek sorsát illetően).
- 7) A végzett beavatkozásokról részletes dokumentációt kell készíteni, amely a javallat, a kivizsgálás és a beavatkozás minden fontos adatát tartalmazza. A beavatkozásra vonatkozó adatok titkosan kezelendők és tárolandó 25 évig.
- 8) A dokumentumok tartalmának felfedése csak jogszabályban rögzített esetekben megengedhető.
- 9) Az utódnak jogában áll megismerni származása körülményeit.
- 10) Indokolt az adatok országos szintű gyűjtése havonkénti részletes beszámolók alapján. Az ETT a tapasztalatokról évenként tájékozik.

Ivarsejtek bejuttatása a petevezetékbe (Gamete intrafallopian transfer: GIFT)

- 1) A (házas)pár ivarsejtjeivel végzett GIFT a meghatározott orvosi javallatok birtokában etikailag elfogadható.
- 2) A beavatkozások csak az ilyen célra engedéllyel bíró intézetekben végezhetők a már megfogalmazott személyi és tárgyi feltételek fennállása esetén.
- 3) GIFT során maximum 3 petesejt (+ a megfelelő mennyiségű spermium) beültetése elfogadható egyik vagy megosztva mindkét petevezetékbe a többes terhesség kockázatának ésszerű megelőzése érdekében.
- 4) Élettársi kapcsolatban a GIFT-et elvégezhetőnek ítéljük, miután az utódnemzéshez való alkotmányos jog ilyen jellegű korlátozását erkölcsileg elfogadhatatlannak tartanánk.

- 5) A beavatkozást csak a (házas)pár mindkét tagja által – megfelelő tájékoztatást és felvilágosítást követően – aláírt írásbeli beleegyező nyilatkozat birtokában szabad elvégezni.
- 6) A nyilatkozatnak tartalmaznia kell a (házas)pár tagjainak külön-külön tett akaratnyilvánítását a létszám feletti (surplus) ivarsejtek sorsát illetően.
- 7) A végzett beavatkozásokról részletes dokumentációt kell készíteni, amely a javallat, a kivizsgálás és a beavatkozás minden fontos adatát tartalmazza. A beavatkozásra vonatkozó adatok titkosan kezelendők és tárolandók, legalább 25 évig.
- 8) A dokumentumok tartalmának felfedése csak jogszabályban rögzített esetekben megengedhető.
- 9) Az utódnak jogában áll megismerni származása körülményeit.
- 10) Indokolt az adatok országos szintű gyűjtése részletes beszámolók alapján. Az ETT a tapasztalatokról évente tájékozik.

Petesejtek mélyfagyasztása

- 1) Humán petesejtek mélyfagyasztása későbbi beültetés céljából jelen körülmények között etikailag nem elfogadható. Ismereteink bővítésével, meggyőző eredmények és bizonyítékok birtokában ezen álláspontját a Bizottság újragondolja.
- 2) Humán petesejtek mélyfagyasztása olyan tudományos kísérletek céljából, amelyek a későbbiekben a petesejtek fagyasztva tárolásának gyakorlati megvalósításához visznek közelebb, az ETT egyedi eseti engedélye alapján arra kijelölt intézetekben etikailag elfogadható. Ezen petesejtek felolvasztás, illetve megtermékenyítés után a meddőség kezelésére nem használhatók.
- 3) A petesejtek fagyasztva tárolását célzó kísérletekhez az ivarsejtet adó beteg illetve páciens – kellő tájékoztatást és felvilágosítást követően adott – írásbeli beleegyezése szükséges.

Préembriók mélyfagyasztásos tárolása

Orvosi-biológiai szempontból a préembriók mélyfagyasztásos konzerválása ígéretes módszer, amelynek alkalmazását sok reális indok alátámasztja. Etikai megfontolások is inkább a módszer elfogadása mellett szólnak. – Mindezek ellenére Bizottságunk egyelőre nem tartja megengedhetőnek az eljárás alkalmazását mindaddig, amíg a préembrió jogi státusa nem tisztázódik, és amíg nagyobb számú külföldi tapasztalat nem áll rendelkezésre.

Préembriók adományozása

- 1) Az asszisztált reprodukív technikák során fennmaradó, azaz be nem ültetett préembriók adományozása etikailag elfogadható.
- 2) Az anonimitás ugyanúgy kívánatos, sőt megkövetelendő, mint gyermek örökbefogadásakor, bár elképzelhető tudatos kiválasztás és kölcsönös megegyezés a donorok és a recipiens között.
- 3) Hirtelen elhatározással préembrió-donáció nem elfogadható számtalan lehetséges hibaforrása miatt.
- 4) A végzett beavatkozásokról részletes dokumentációt kell készíteni, amely a javallat, a kivizsgálás és a beavatkozás minden fontos adatát tartalmazza. A beavatkozásra vonatkozó adatok titkosan kezelendők legalább 25 évig.
- 5) A dokumentumok tartalmának felfedése csak jogszabályban rögzített esetekben megengedhető.
- 6) Az utódnak jogában áll megismerni származása körülményeit.
- 7) A préembrió adás-vétel tárgya nem lehet, csupán a munkaidő-kiesés, a fizikai kellemetlenség miatti kompenzáció adható, hasonlóképpen, mint a sperma-adományozás esetében.
- 8) A préembrió-adományozás csak a (házas)pár közös akaratnyilvánításának birtokában (írásbeli forma) végezhető.
- 9) A beavatkozások csak az ilyen feladatokra engedéllyel bíró intézetekben végezhetők a már megfogalmazott személyi és tárgyi feltételek megléte esetén.

Dajkaterhesség

Bizottságunk elfogadja és támogatja mind a gesztációs, mind a részleges dajkaterhességet (amikor a kiviselést vállaló nőtől származik a petesejt) szigorúan vett orvosi javallat alapján, de kényelmi szempontból, orvosi javallat nélkül azt etikátlannak minősíti.

Egyelőre az országban legfeljebb 2 vagy 3 centrumban lehetne engedélyezni ezekre a feladatokra minden szempontból jól felkészült munkacsoport működését, akik részletesen kidolgozott munkaprogramjukat jogi és szakmai fórummal ellenőriztetik.

A munkaprogram a következő szempontokra terjedjen ki:

- 1) A házaspár és a vállalkozó anya pszichológiai vizsgálata.
- 2) A megfelelő szűrővizsgálatok (beleértve a genetikai vizsgálatokat is) elvégzése.

- 3) Az elemzés térjen ki a család-rokoni kapcsolatokra is.
- 4) Van-e biztosíték arra, hogy a „pótanya” a terhesség során az elvárható követelményeknek eleget tesz?
- 5) A házaspár várható magatartása a terhesség és a szülés során.
- 6) Milyenek lehet megítélni a gyermek sorsát?
- 7) Milyenek az anyagi következmények, azok kit terhelnek?

Tisztázandó továbbá, mi történik akkor, ha szülés után a pótanya nem adja át a csecsemőt, vagy ha az újszülött defektussal születik, mi lesz a sorsa. Ha a pótanya megváltoztatja véleményét, elvetetheti-e a terhességet: ha igen, meddig, milyen körülmények között, milyen javallattal (pl. hyperemesis gravidarum). Kötelezhető-e amniocentesisre, chorionbiopsiára, akár császármetszésre, fogóműtetre. Mi történik, ha a szülés során szövődmény következik be (elgennyed a gátmetszés sebe, sipoly alakul ki, transzfúziókat kell adni stb.)?

A Bizottság etikailag elfogadhatatlannak tartja, hogy a dajkaterhesség üzleti vállalkozássá, „kereskedelmi” jellegű tevékenységgé váljék.

A törvényes rendelkezések tisztázása után a Kutatásetikai Bizottság ismét foglalkozik a dajkaterhesség etikai kérdéseivel.*

Mesterségesen előállított préembriókon történő kísérletezés etikája. A préembriók megsemmisítésének kérdése

- 1) Préembriókon etikai szempontból csak olyan kísérletek elfogadhatóak, amelyek betegségek megelőzését vagy gyógyítását, tehát közvetlenül vagy közvetve az ember egészségét szolgálják.
- 2) Préembriókon nem végezhető kísérlet, ha a kívánt információ megszerzésére állatmodell is alkalmas.
- 3) A kutatáshoz a donor (mindkét gaméta donor) írásbeli hozzájárulása szükséges.
- 4) Kizárólag kísérleti célból préembriót létrehozni nem szabad. Kutatásra azokat a préembriókat lehet felhasználni, amelyek a klinikai beavatkozás során „feleslegesnek” (surplus) bizonyulnak, tehát nem kerülnek beültetésre.
- 5) Kísérletekhez a lehető legkevesebb préembriót használjuk fel.
- 6) A kutatási tervet megfelelő fórum engedélyezi:
 - a) klinikai továbbfejlesztést az illető intézmény (pl. klinika illetve kórház) igazgatója,
 - b) a klinikai kísérleteket és
 - c) a préklinikai kutatásokat az ETT Kutatásetikai Bizottsága*, a szükséges szakemberek bevonásával.

*A dajkaterhesség engedélyezését az Országgyűlés elvetette (TV)

- 7) A kutatást, annak minden lépését és eredményét részletesen regisztrálni és dokumentálni kell. Valamennyi kutatási tervet be kell jelenteni az ETT Kutatásetikai Bizottságnak**, amely jogosult azt bármikor ellenőrizni és a kutatás vezetőjét, tagjait beszámoltatni.
- 8) A préembriókon kísérletek a 14. nap után nem folytathatók, a préembriókat meg kell semmisíteni.
- 9) A Kutatásetikai Bizottság etikátlannak minősíti a következő típusú kísérleteket:
 - a) hibridek létrehozása interspecies fertilizációval,
 - b) humán préembrió beültetése más species méhében,
 - c) klónozás azzal a céllal, hogy a préembrió stádium utáni fejlődést vizsgálják, genetikailag azonos embriók előállítása, a blasztomerek szétválasztásával,
 - d) a genommal történő manipuláció más céllal, mint betegségek megelőzése vagy kezelése.

A Kutatásetikai Bizottság a most kialakított állásfoglalást kellően alátámasztott kérésre 60 napon belül, egyébként kétévenként felülvizsgálja, a klinikai kísérletekhez és a préklinikai kutatásokhoz kiadott engedélyek sorsáról, a kutatás menetéről évenként tájékozik.

Az embriók/magzatok számának csökkentése többes illetve kóros terhességben

I. Az embriók számának csökkentése multiplex terhességben

- 1) Multiplex terhességben a petezsákok/embriók számának csökkentése orvosi, pszichológiai vagy szociális indok alapján etikailag elfogadható.
- 2) A beavatkozás nem tekinthető abortusz eljárásnak, mivel célja a terhesség megtartása.
- 3) A terhes (ha lehetséges a házaspár) részletes felvilágosítása, tájékoztatása szükséges. Kérését (kérésüket) aláírással, tanúk előtt igazolja (1. sz. melléklet).
- 4) A nemzetközi gyakorlatnak megfelelően a Bizottság azt tartja leginkább elfogadhatónak, ha két petezsák/embrió marad vissza, annak ellenére, hogy az ikerterhesség is kockázatosabb mint a szinguláris. Irodalmi adatok szerint ritka kivételnek számít a szülők részéről az a kérés, hogy 3 vagy 4 petezsákot/embriót hagyjanak meg.
- 5) A humán reprodukció új módszereinek alkalmazása során törekedni kell arra, hogy a multiplex terhességek száma minél kisebb legyen (ezzel a kérdéssel más fejezet foglalkozik).

- 6) Mivel nincs hazai irodalmi adat ilyen jellegű beavatkozás elvégzése során szerzett tapasztalatokról, továbbá viszonylag kevés esetre számíthatunk, a Bizottság multiplex terhességekben az embriók számának csökkentését kísérleti jellegűnek tekinti.
- 7) Indokolt az adatok országos szintű gyűjtése havonkénti részletes beszámolók alapján. Az ETT a tapasztalatokról évenként tájékozik.

II. A magzat fejlődésének leállítása torz, illetve beteg magzat miatt a terhesség második harmadában

- 1) Etikai szempontból elfogadható diszkordáns ikerterhességben a beteg magzat fejlődésének leállítása, ha
 - a) a magzat életképtelenséggel járó fejlődési rendellenességben szenved (a másik magzat egészségesnek ítéhető),
 - b) a magzat rendellenessége összeegyeztethető ugyan az étellel, de a betegség (pl. kromoszóma aberráció, enzimopátia) súlyos mentális retardációhoz vezet.
- 2) A beavatkozás előtt a placentáció megfelelő vizsgáló eljárásokkal a lehető legjobban tisztázandó az egészséges magzat károsodási kockázatának csökkentése érdekében.
- 3) A terhes (lehetőleg a házaspár) részletes tájékoztatása, felvilágosítása szükséges. Kérését (kérésüket) aláírással, tanúk előtt igazolja (2. sz. melléklet).
- 4) A beavatkozás Magyarországon csak kijelölt intézetekben végezhető, ahol a prenatális diagnosztika (ultrahang, laboratórium stb.), az invazív beavatkozások személyi és tárgyi feltételei adva vannak, mindent meg tudnak tenni az esetleges szövődmények elhárítására, és figyelemmel tudják kísérni a terhesség további sorsát. Kívánatos, hogy a szülés is ugyanebben az intézetben történjék, továbbá, hogy az elhalt magzat embriopatológiai feldolgozását elvégezzék.
- 5) Nemzetközi irodalmi adatokkal összevetve a hazai gyakorlatot megfelelőnek ítéljük, ezért ezeket a beavatkozásokat nem tekintjük kísérleti jellegűnek.
- 6) Indokolt az adatok országos szintű gyűjtése havonkénti részletes beszámolók alapján. Az ETT a tapasztalatokról évenként tájékozik.

Az utód nemének megválasztása. Sex selection. Gender selection

- 1) A sex selection-t kizárólag nemhez kötött öröklődő betegségek továbbvitelének megelőzésére tartjuk etikailag elfogadhatónak.
- 2) A rendelkezésre álló módszerek közül a chorionboholy és a magzatvíz sejtek kromoszóma elemzését elfogadott gyakorlatnak tekintjük.

- 3) A másik két módszer (Percoll metódus ill. a préembrió egyetlen sejtjének kromoszóma analízise) ma még kutatási stádiumban van, de várható, hogy a nem távoli jövőben felváltja a chorion- ill. magzatvízsejt vizsgálatot.
- 4) Elemezve mindazokat az érveket, amelyek az utód nemének egyéb indokból történő megválasztását támogatják, a Bizottság ezeket az ún. „szociális” indokokat egyelőre nem tartja etikailag kellőképpen megalapozottnak. Az ilyen célból történő nem-meghatározást etikailag elfogadhatatlannak minősíti. Nem zárja ki azonban annak lehetőségét, hogy széles társadalmi igény esetén ezt az álláspontját újragondolja.
- 5) A beavatkozások csak az arra kijelölt intézetekben végezhetőek a már megfogalmazott személyi és tárgyi feltételek fennállása esetén.
- 6) A beavatkozást csak a házaspár mindkét tagja által – megfelelő tájékoztatást és felvilágosítást követően – aláírt írásbeli beleegyező nyilatkozat birtokában szabad elvégezni.
- 7) A végzett beavatkozásokról részletes dokumentációt kell készíteni, amely a javallat, a kivizsgálás és a beavatkozás minden fontos adatát tartalmazza. A beavatkozásra vonatkozó adatok titkosan kezelendők és tárolandók.
- 8) A dokumentumok tartalmának felfedése csak a megfelelő jogszabályban rögzített esetekben megengedhető.
- 9) Az utódnak jogában áll megismerni származása körülményeit.
- 10) Indokolt az adatok országos szintű gyűjtése havonkénti részletes beszámolók alapján. Az ETT a tapasztalatokról évenként tájékozik.

Az ETT és Kutatásetikai Bizottsága által 1992. február 26-án kialakított vélemény

- 1) Az „Etikai állásfoglalások...” magas színvonalú összefoglalás, amely szakmai-etikai, pontosabban orvosi-etikai szempontból jól illeszkedik azon országok hasonló dokumentumaihoz, amelyekben az új humán reprodukciós eljárásoknak több évtizedes gyakorlata van: szigorú szakmai, technikai és ellenőrzési feltételeket fogalmaz meg, ugyanakkor lehetővé teszi a meddőség gyógyítása, kezelése új módszereinek alkalmazását, magában hordozza a fejlesztés lehetőségét és irányvonalait.
Ezt a minősítést és összefoglaló értékelést a Kutatásetikai Bizottság szavazással egyhangúlag elfogadta.
- 2) Egy-egy részletkérdésben eltérő vélemény, illetve fenntartás fogalmazódott meg az alábbiak szerint:
 - a) In vitro fertilisatio során törekedni kell arra, hogy ne maradjon felesleges (surplus) préembrió. A Kutatásetikai Bizottság tagjai megértették és tudomásul vették, hogy napjainkban még nem kerülhető el bizonyos számú surplus préembrió. Az „Etikai állásfoglalások”-ban megfogalmazottakkal egyetértésben ezen préembriók megsemmisítése helyett mélyfagyasztásos

tárolás feltételeinek megteremtésével a későbbi felhasználásukra kell törekednünk.

- b) Egy hozzászóló annak a véleménynek adott hangot, amely szerint a dajkaterhesség nem megengedhető. Az érvek és ellenérvek tükrében a Kutatásetikai Bizottság az eredeti megfogalmazást fogadta el.
- c) A Kutatásetikai Bizottság elnöke hangsúlyozta, hogy bár a dokumentum egybehangzik a civilizált országok hasonló állásfoglalásaival, mégis vannak különbségek az egyes országokban a részletek elfogadásában és engedélyezésében. Szükségesnek tartotta ezek közül a fontosabbak ismertetését. Ezt a célt szolgálja és ennek a kérésnek tesz eleget a csatolt 2. táblázat.
- 3) Több hozzászóló kiemelte, hogy az elfogadott dokumentum sürgős és határozott intézkedéseket tesz szükségessé a megfelelő szakmai fórumok (néhány szakmai kollégium, Népjóléti Minisztérium stb.) részéről, de különösen fontos a jogi alapok és a jogi háttér mielőbbi rendezése.
- 4) Az „Etikai állásfoglalások...” nem tekinthető lezártnak, azt az új tudományos eredmények és új összefüggések ismeretében indokolt fejleszteni, módosítani, gazdagítani. – Az „Ad hoc bizottság” felkérést kapott a munka folytatására.

(1. sz. táblázat)

Az asszisztált reprodukciós technikák (ART) és azok jellemzői

AIH: a férj spermájának mesterséges bevitel, GIFT: ivarsejtek bejuttatása a petevezetékbe, AID: idegen sperma mesterséges bevitel, IVF: in vitro fertilizáció, ZIFT: zygota bejuttatása a petevezetékbe

Az ivarsejtek eredete		A megtermékenyítés	A terhesség	A fogamzás módja,
spermium	petesejt	helye	kiviselője	a módszer neve
férj	feleség	feleség	feleség	AIH, GIFT
3. személy	feleség	feleség	feleség	AID
férj	feleség	labor	feleség	IVF, ZIFT
3. személy	feleség	labor	feleség	IVF, ZIFT, donor sp.
férj	3. személy	labor	feleség	IVF, ZIFT, donor sp.
3. személy	3. személy	labor	feleség	IVF, ZIFT, donor
férj	3. személy	3. személy	feleség	gaméták, v. préembrió
3. személy	3. személy	3. személy	feleség	AIH, kimosás más nő méhéből
férj	feleség	feleség	3. személy	AID, kimosás más nő méhéből
3. személy	feleség	feleség	3. személy	dajkaterhesség
férj	feleség	labor	3. személy	dajkaterhesség
3. személy	feleség	labor	3. személy	dajkaterhesség
férj	3. személy	labor	3. személy	dajkaterhesség
3. személy	3. személy	labor	3. személy	dajkaterhesség
férj	3. személy	3. személy	3. személy	dajkaterhesség
3. személy	3. személy	3. személy	3. személy	dajkaterhesség

A MAGYAR PSZICHIÁTRIAI GYAKORLAT ETIKAI PROBLÉMÁIRÓL

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága 2 alkalommal foglalkozott a pszichiátria etikai kérdéseivel, a magyarországi pszichiátriai gyakorlat etikai problémáival. A referátumokat Tringer László, Arató Mihály és Ozsváth Károly professzorok készítették.

Az egész világon fokozott érdeklődés figyelhető meg az etikai kérdések iránt, melynek különös jelentősége van a pszichiátria területén. Ez a folyamat hazánkban is egyre erőteljesebben megnyilvánul, a kritikák, kiáltványok sokszor segélykérő jellegűek, ami aktuálissá teszi az etikai kérdések áttekintését. Különös hangsúlyt ad a folyamatnak a kérdés múltbeli politikai vonatkozása.

Nemzetközileg öröndetes jelenség, hogy a pszichiátria etikai fejlődése a társtudományok képviselőivel való párbeszéd élénküléséhez társul. Előtérbe kerül az a szemléletmód is, hogy a pszichiátria etikája alapjaiban nem különülhet el az orvostikától.

Az előterjesztett beszámolók és a vita során megállapítást nyert, hogy hazánkban a pszichiátriai gyakorlatot az etikai reflexió alacsony szintje jellemzi, ugyanakkor elindult több folyamat is, amely a helyzet javulását ígéri (tervezet kidolgozása kényszergyógykezeléssel kapcsolatosan, az egészségügyi ellátási rendszer korszerűsítése, a betegekkel való bánásmód, a dolgozók képzettségének és kulturáltságának növelése). Súlyponti kérdés még a betegek szabadságának korlátozása, a tájékoztatás, az információk bizalmas kezelése, mely nemcsak az etika területén, hanem a jogi szabályozásban is új feladatokat jelent.

A beszámolók kitértek arra is, hogy ellátási rendszerünk elégtelensége folytán a klinikákról, gyógyintézetekből gyógyultan távozott betegek környezetükben tudatosan vagy tudattalanul visszakényszerülnek a betegségükbe. Egyes intézetekben, osztályokon, de elsősorban az elmeszociális otthonokban szakszerűtlen és meg nem engedett gyógykezelési formák folynak, ami az ott dolgozók szakmai és a szakfelügyelet hiányosságaira utal. Sok visszaélés tapasztalható a gyógyszerelés területén és az újabban jelentkező természetgyógyászati eljárások alkalmazása által.

A referátumok a helyzetet úgy értékelték, hogy a magyar pszichiátria jelenleg nem tud megfelelni a nemzetközi pszichiátriai gyakorlatnak, itthon a nemzetközi normákhoz nem adottak a feltételek, jogilag rendezetlen a pszichiátriai betegek autonómiája és emberi jogainak biztosítása, ezzel együtt az orvos helyzete, ugyanakkor az orvosi gárda többsége megfelelő.

A TUKEB szükségesnek tartaná ezért a jogi képviselet és a garanciális rendszer újbóli szabályozását, a kötelező intézeti kezelésnél olyan szabályozását, mely nem sérti az Alkotmányt, a személyi jogokat. Megvizsgálandó, hogy az elmeszociális otthonok szakmai vezetése és felügyelete hogyan javítható, fenntartható-e, hogy a büntetésvégrehajtás keretében működjön az elmebetegnek nyilvánított bűnelkövetők ápolását végző intézet (IMEI).

Végezetül a TUKEB egyetért azzal, hogy a Pszichiátriai Szakmai Kollégium és a különböző, e területen működő társaságok által kidolgozott vagy kidolgozás alatt álló etikai állásfoglalások gyakorlatba való átültetését segíteni kell, és a társaságok javaslataikkal segíteni kívánják az új Egészségügyi Törvény kidolgozását.

1992. szeptember 21.

A TRANSZPLANTÁCIÓ JOGI-ETIKAI KÉRDÉSEIRŐL

Az elmúlt időszakban az ETT TUKEB szakértők bevonásával (Prof. Sótonyi Péter, Prof. Perner Ferenc, Dr. Matkó Ida) áttekintette a transzplantáció kérdéskörét abból a szempontból, hogy szükséges-e a szervátültetéssel kapcsolatos jelenlegi törvényi szabályozás módosítása. A Bizottság tanulmányozta a hazai rendelkezéseket és a nemzetközi irodalmat.

A TUKEB végleges állásfoglalása szerint a jelenleg érvényben lévő jogszabályi rendelkezések alapvető állampolgári jogokat vagy jogosultságokat nem sértenek, és lényegileg minden szempontból helyesen szabályozzák a transzplantáció kérdéseit.

A Bizottság az összes felmerült lehetséges módosítás közül egyetlen helyen tartja esetleg célszerűnek a vonatkozó rendelet szövegének módosítását: ez a hozzátartozók tájékoztatásának kérdése a holttestből történő szerv illetve szövet kivétele esetén. Itt valóban szükséges lehetne a 3/1988. (II.17) SZEM rendelettel módosított 18/1972. (XI. 4.) EüM rendelet szövegének kiegészítése pl. a következő szövegezéssel:

„A gyógyító célú szerv- és szövetkivétel tervéről vagy tényéről a hozzátartozót megfelelő módon tájékoztatni kell. A tájékoztatást és a hozzátartozói nyilatkozatot a kórtörténetben dokumentálni kell. A hozzátartozók tájékoztatásától el lehet tekinteni, ha a szerveltávolítás hátrányos időbeli késedelmet szenvedne.”

A téma tárgyalása során felmerült még, hogy a jelenlegi törvényi szabályozással ellentétben holttestből történő szövet- illetve szervkivétel kiskorú, cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes nagykorú személy testéből is megengedhető lenne, ha ahhoz a szülők vagy a törvényes képviselők (kellő tájékoztatást követően és megfelelően dokumentált formában) hozzájárulásukat adták. Ezenkívül a jogszabályban rögzíteni lehetne, hogy a funkcionáló agytörzsszel, de az agykéreg teljes hiányával született egyedek holttestéből (az akár néhány órás élettartam alatt fellépő hipoxiás károsodás miatt) gyógyító célzatú szerv-, szövetkivétel nem végezhető, valamint, hogy a reprodukív életkorban lévő nők esetében bekövetkező agyhalál után szerv vagy szövet kivétele csak akkor történhessen, ha ultrahang, vagy más vizsgálat alapján a terhesség kizárható.

Felmerült, hogy célszerű lenne valamennyi, a transzplantációval kapcsolatos jogszabály egyetlen közös, egységes szerkezetben történő összefoglalása, mert a szövet-szervátültetésre vonatkozóan jelenleg több különböző jogszabályban található előírások (18/1972.EüM rendelet, 3/1988.SZEM rendelet, 14/1987.EüM rendelet.)

1994. március 30.

A BETEGEKET A GYÓGYKEZELÉS SORÁN MEGILLETŐ TÁJÉKOZTATÁSI ÉS BELEEGYEZÉSI JOGRÓL

1./ Ismeri-e a magyar jog a tájékoztatás alapján adott hozzájárulást (informed consent)?

A személyiségi jogok között szerepel az ember önrendelkezési joga. Ez az orvosi tevékenység és az etika szinte valamennyi területén érvényes. (Ezt tartalmazza az Orvosok Világszövetségének /WMA/ Nyilatkozata /Lisszabon 1981./, mely így fogalmaz: „A betegnek joga van, hogy elfogadjon vagy visszautasítson kezelést, miután arról megfelelően tájékoztatást kapott.”)

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény ezzel összhangban egyértelműen rögzíti azokat az eseteket, amelyekben a beavatkozás jellegénél, súlyánál fogva az egyén személyhez fűződő jogait, személyi integritását olyan mértékben érinti, hogy a hozzájárulás elmaradása esetén vagy megtagadása ellenére végrehajtott beavatkozás fegyelmi és etikai eljárást von maga után.

A magyar hatályos polgári jog a nyilatkozattétel lehetőségét még szélesebben rögzíti:

Ptk. 75.§ (3) A személyhez fűződő jogokat nem sérti az a magatartás, amelyhez a jogosult hozzájárult, feltéve, hogy a hozzájárulás megtagadása társadalmi érdeket nem sért vagy veszélyeztet. A személyhez fűződő jogokat egyébként korlátozó szerződés vagy egyoldalú nyilatkozat semmis.

A Ptk. 76.§-a előírja, hogy: „A személyhez fűződő jogok sérelmét jelenti különösen a magánszemélyek bármilyen hátrányos megkülönböztetése nemük, fajuk, nemzetiségük vagy felekezetiük szerint, továbbá a lelkiismereti szabadság sérelme és a személyes szabadság jogellenes korlátozása, a testi épség, az egészség, valamint a becsület és az emberi méltóság megsértése.”

E körültekintő és korszerű törvényi előírásból következik, hogy a beteg minden testi-lelki ártalmának (betegségének, kóros állapotának) kezelését (megelőzését, megszüntetését, javítását) – a pontosan meghatározott jogszabályi kivételekkel – az érdekelt egyetértő beleegyezésével szükséges elvégezni ahhoz, hogy bármely lehetséges jogi felelősség e tekintetben kizárható legyen. Ez – kötelező formakényszer előírásának hiányában – hallgatólagos is lehet, azonban a kifejezett egyetértés megszerzésére törekvés minden esetben kívánatos. Jogszabályban rögzített kötelező forma nélkül is célszerű továbbá a beleegyezés írásbeli rögzítése, amellyel az orvos tevékenységének jogszerűsége vita, kétség, esetleges per esetén pontosan dokumentálható.

2./ Melyek a hozzájárulás jogi és etikai feltételei?

2.1 Tájékoztatás

A beteg saját személyére vonatkozó döntési jogának gyakorlásához a legalapvetőbb feltétel a döntéshez szükséges megfelelő tájékoztatás és annak kellő mértékű megértése. Tekintettel arra, hogy az orvos képzettségénél fogva több egészségügyi ismerettel rendelkezik, mint páciense, ezért az orvosnak olyan helyzetbe kell hoznia a betegét, hogy a tájékoztatás megértése által a beteg képes legyen az érdemi döntésre. A tájékoztatást tehát alapvetően az adott beteg, a betegsége és a kezelés határozza meg.

Ezen belül az orvos dönt arról, hogy konkrét esetben a beteget a fenti cél elérése érdekében milyen módon tájékoztatja. A betegnek joga van a betegségéről, a tervezett és a lehetséges gyógykezelésről szóló olyan részletes tájékoztatásra, amelyet igényel.

2.1.1. A megfelelő és tárgyilagos tájékoztatás

A tájékoztatás milyensége, illetve terjedelme, mélysége egyénenként különböző lehet. A gyakorlat számára mégis szükséges bizonyos alapelveket meghatározni a fogalom értelmezésére. E meghatározást már a hatályos jogi szabályozás is elvégzi azzal, hogy az Egészségügyi Törvényt végrehajtó 15/1972. (VIII.15.) EüM. rendelet 83.§(1) bekezdése a tájékoztatás megfelelőségéről és tárgyilagosságáról rendelkezik.

a) A tájékoztatás akkor megfelelő, ha a betegség lényegéről, kórjóslatáról, és a választható kezelési módszerek kockázatáról, a várható következményeiről a beteget tájékoztatjuk, mielőtt beleegyezését adja az általa elfogadott (kért, választott) kezeléshez.

E kérdéskörben néhány fogalom meghatározása indokolt. A kockázat a kezelés szakszerű végrehajtása esetén is fennálló esetleges veszély, illetve hátrányos következmény, mely a kezelés szakszerű végrehajtása esetén nem róható fel a kezelést szolgáltatóknak.

A következmény a kezelés szakszerű végrehajtása esetén reálisan bekövetkező esemény (állapot), melynek elérése a kezelés célja is lehet, de a hátrányos állapot létrejötte lehet a tervezett kezelés időleges vagy végleges

velejárója is, ha ezáltal nagyobb rosszat kerülhet el az, aki a kezelést ilyen következményekkel is vállalja.

A kezelés reális következményeinek létrejötte önmagában ugyancsak nem valósíthat meg mulasztást, vagy szakszerűtlen, illetve elégtelen kezelést (szolgáltatást). Ez akkor egyértelmű, ha a beteget a belegegyezés adása előtt a várható következményekről tájékoztatták.

Ha eltérő kockázatú kezelések közül kell választani, akkor a kockázatok különbségeiről, illetve az egyes kezelések (beavatkozások) előnyeiről, hátrányairól a beteget ugyancsak részletesen tájékoztatni kell. Amennyiben az orvos által tervezett kezelési módszer egy adott országban nem általánosan ismert – de az orvos megfelelő gyakorlata és a beavatkozás tudományos megalapozottsága révén az elvégezhető –, akkor annak kockázatáról a kezelőorvos különös részletességgel köteles felvilágosítást adni.

Vitatható lehet, hogy azokról a ritkán előforduló szövődményekről, váratlan és hátrányt okozó eseményekről kell-e (lehet-e) a beteget tájékoztatni, melyek a megfelelő szakértői elemzés alapján a tevékenységgel járó kockázatok körébe (műtéti szerencsétlenség vagy más megjelöléssel) még besorolhatók. E ritkán előforduló esetekben számos körülmény együttes elemzése alapozhat meg szakértői állásfoglalást, és határozza meg a tájékoztatás mértékét.

- b)** A tájékoztatás tárgyilagosságának legfontosabb jogi kritériumait már maga a hivatkozott jogszabályi hely meghatározza. A valóságnál súlyosabb kórjóslat nem közölhető, ugyanakkor irreális gyógykezelési eredmény sem ígérhető. Más oldalról a tájékoztatás nem lehet szelektív, nem korlátozódhat csak a beteg gyors felgyógyulását alátámasztó szempontok ismertetésére, de egyidejűleg a választható beavatkozások ellen szóló érvek sem interpretálhatóak úgy, hogy a beteg felgyógyulásának bármilyen mértékű lehetőségét ne lássa. A felgyógyulás esélyeiről történő pontos tájékoztatás csak akkor mellőzhető, ha a tájékoztatás – a beteg adott állapotára tekintettel – a gyógykezeléstől várható minden olyan eredmény bekövetkeztét várhatóan megghiúsítja, amely a beteg állapotában átmeneti vagy tartós javulást jelent. A tájékoztatás azonban ebben az esetben sem tartalmazhat hamis tényállításokat, és a teljes tényyszerűségtől való eltérés az orvostól pontosan rögzített, szakmai érvekkel alátámasztott indokolást kíván.

2.1.2. A tájékoztatás terjedelme és formája

A tájékoztatásnak ki kell terjednie:

- a) a beteg egészségi állapotának érdemi és megállapítható jellemzőire. Ide tartoznak:
 - a kellően alátámasztott kórismék, melyek miatt kezelés szükséges,
 - az életmódra befolyással bíró állapotok,
 - a nem bizonyítható, de kóros elváltozásokra utaló gyanújelek, melyek megfigyelést tesznek szükségessé;
- b) a kezelés természetére, céljára (diagnosztikus vagy terápiás beavatkozás, műtét, gyógyszerek, besugárzás stb.);
- c) a tervezett és a még szóba jövő, választható kezelések lehetséges kockázataira, következményeire: az előnyökre és hátrányokra, a korai és késői szövődmények lehetőségeire;
- d) annak ismertetésére, mire számíthat a beteg, ha a felajánlott kezeléseket elutasítja;
- e) a beteg által feltett egyéb kérdésekre.

A hozzájárulás (beleegyezés) tényét célszerű minden esetben írásban rögzíteni, különösen azokban az esetekben, ahol a várható, vagy eshetőlegesen bekövetkező sérelem nagysága azt indokoltá teszi. A hatályos jogszabályok alapján kötelező formaként nem mellőzhető a nyilatkozat írásba foglalása műtét, műtétnek minősülő vizsgálati eljárás, valamint minden olyan vizsgálati vagy gyógyító eljárás esetén, amely a beteg életét közvetlenül veszélyeztet. Az utóbbi esetekben az írásbeliség csak akkor mellőzhető, ha hozzájárulásra az adott helyzetben nincs szükség (közvetlen életveszély elhárítása: műtét közben szükségessé váló további műtéti beavatkozás; hozzátartozó nélküli, akaratnyilvánításra képtelen, kiskorú, cselekvőképtelen, továbbá korlátozottan cselekvőképes nagykorú beteg). A hozzájáruló nyilatkozat írásban történő rögzítése során a beteg esetleges különleges jogi státuszát – amely a beteg közvetlen hozzájáruló nyilatkozatát kizárta – is fel szükséges tüntetni (cselekvőképtelenség vagy korlátozott cselekvőképesség). Amennyiben a beteg hozzájárulását nem személyesen adja, úgy a nyilatkozattevő pontos hozzátartozói jogállását a nyilatkozatra rá kell vezetni.

Az írásbeli nyilatkozat érvényességéhez a felvilágosítást adó orvos (kezelőorvos) és a beteg aláírásával látja el a jognyilatkozatot.

A hozzájárulás érvényességének jogi feltétele az is, hogy a hozzájáruló rendelkezék cselekvőképességgel. E feltétel hiányában tett nyilatkozat semmis, joghatást nem keletkeztethet.

A hozzájárulás érvényességéhez hozzátartozik továbbá annak önkéntessége is. Ennek alapja az, hogy a beleegyező nyilatkozatot a tájékoztatott beteg befolyástól mentesen, azaz ne tévedés, megtévesztés, fenyegetés hatására adja meg. A betegségtől vagy gyógyszerektől befolyásolt állapotban ugyancsak hiányozhat a betegség-belátási és ezáltal a döntéshez szükséges mértékű cselekvőképesség. A nyilatkozat ilyenkor is semmissé válhat. Erre példa lehet a szeptikus sokkos állapot, vagy a műtéti előkészítés során bódult állapotú beteg nyilatkozata.

2.1.3. A tájékoztatás etikája

Az orvos-beteg közötti kölcsönös bizalom mindkét fél, de legfőképpen a beteg érdeke. A beteg gyakran ezen, számára felismerten szükséges jó kapcsolat megtartása érdekében vagy jogi tájékozatlanság okán nem kellően érvényesíti személyiségi jogait, holott erre a kezelés folyamán mindvégig megvan a lehetősége. Nem tart igényt idejében megfelelő tájékoztatásra, sokszor csak a vélt vagy valóban hibás kezelés (beavatkozás), vagy következmény alapján megfogalmazott kártérítési igény érvényesítése során derül ki, hogy a kezdetben látszólag egyetértésben lévő orvos és páciense között éppen a tájékoztatás elégtelensége adott alapot a pert megalapozó félreértésekre.

A hozzájárulás elvéből következik, hogy a tájékoztatásnak mindig meg kell előznie a kezelést (beavatkozást). A kezelőorvos ezt a feladatot nem bízhatja másra, illetőleg együttműködő orvos-csoport esetében, ha más orvos adja meg a tájékoztatást, ezen orvos tevékenységéért a kezelőorvos (a döntésre jogosult irányító) a közreműködő igénybevételenek szabályai szerint felel.

A kezelőorvos tájékoztatási kötelezettsége elsősorban a saját gyógykezelési tevékenységével összefüggő kérdésekben áll fenn, annál is inkább, mert e körben kell megszereznie a beteg egyetértését is (például sebész a műtétről, aneszteziológus az érzéstelenítésről, radiológus a besugárzásról, onkológus gyógyszerek adásáról stb.).

A választott házi orvos az, akinek – helyzetére tekintettel – egyetemes tájékoztatási lehetősége, illetve kötelezettsége van, figyelemmel a beteg gyógykezelésében részt vevő egyéb orvosok tevékenységére és tájékoztatására is.

A tájékoztatás jellegére az annak megfelelősége és tárgyilagossága kapcsán kifejtettek irányadóak. Ezek mellett a tájékoztatás etikájához hozzátartozik az olyan közlések egyértelmű jogi tilalma is, amelyek más orvosok munkája iránti bizalmat gyengítik. A tájékoztatás megfelelősége, illetve tárgyilagossága nem foglalhatja tehát magában más orvos személyének vagy munkájának bírálatát. A tájékoztatás csak a beteg akut, tényszerű állapotára vonatkozhat még abban az esetben is, ha az részben vagy egészben egy megelőző orvosi szakmai hiba eredménye.

2.2. A megfelelő tájékoztatás dokumentálása

Ha a beteg tájékoztatás minden részletéről írásos feljegyzés vagy hangfelvétel készülne, ez jogilag egyértelművé tenné azt. Ez azonban amellet, hogy eszköz- és munkaerő-igényes megoldás, kétségtelenül jogi eljárássá tenné az orvos és a beteg közötti bizalomra épülő és sok tekintetben az orvosi titoktartás kérdéskörét is érintő megbeszélést. E módszer olyan veszélyt is jelentene, hogy a megbeszélés tartalmáról annak jogi formájára helyeződne át a hangsúly.

Számos országban és orvosi szakágban elterjedt módszer az egyes kezelésekre, beavatkozás-típusokra előre kidolgozott írásbeli, nem egyszer ábrákkal illusztrált ismertető. Ez különösen akkor hasznos, ha egy példányát a beteg kellő időben kézhez kapja, azt többször átolvashatja, rokonaival, vagy más ismerőseivel megbeszélheti.

E nyomtatvány átadása azonban nem helyettesítheti, csak előkészítheti az érdemi tájékoztatást. A tájékoztatás után a kezelésbe való beleegyezést tartalmazó, kötelezően vagy ajánlottan írásban rögzített nyilatkozaton szerepelnie kell annak is, hogy a páciens személyes kérdéseire (szempontjaira) figyelemmel is egyéni szóbeli tájékoztatást kapott.

Műtétnek nem minősülő, altatást, bódító hatású gyógyszerek adását szükségessé nem tevő, és közismerten érdemi kockázattal nem járó egyszerűbb, diagnosztikus vagy terápiás beavatkozások esetén elfogadható, hogy ha a beteg ráutaló magatartásával vagy kifejezetten kinyilvánította az egyetértését, erről a kezelőorvos készít csupán feljegyzést (pl. fizikális betegvizsgálat, vérvétel stb.).

3./ Ki gyakorolja a hozzájárulási jogot cselekvőképtelenek és korlátozottan cselekvőképeselek esetében?

A tennivaló egyértelmű a cselekvőképes betegek esetében, mivel ilyenkor a beteg jogosult a hozzájárulásra. A korlátozottan cselekvőképeselek, illetőleg a cselekvőképtelenek esetében is törekedni kell a tájékoztatás egyéniesített, az adott helyzetben reális megvalósítására.

A 14 éven aluliak, valamint a cselekvőképességet kizáró gondnokság alatt állók esetében a kezelésbe való beleegyezés kizárólag a szülők vagy a törvényes képviselő kezében van (családi kötelékben élők esetében mindkét szülő egyetértése kívánatos).

A 14 év feletti fiatalkorú betegek esetén már szükséges és indokolt a beteg tájékoztatása, de a szülők vagy törvényes képviselő egyetértő véleménye ebben az esetben is mellőzhetetlen. Ugyanez vonatkozik minden más, korlátozottan cselekvőképes állapotban lévő betegre is, akinek a személyes tájékoztatása szintén szükséges. (Megfontolandó lehet a jövőben a 16 év feletti fiatalkorúak nyilatkozatának önálló joghatályt tulajdonítani, ilyen gyakorlat kialakítására azonban jelenleg megfelelő jogszabályi felhatalmazottság nincs.)

A cselekvőképtelen, illetőleg korlátozottan cselekvőképes betegek gyógykezelésével kapcsolatos egyetértési jog jogosultjaként mind az Egészségügyi Törvény, mind végrehajtási rendelete a hozzátartozót említi, amely a 15/1972.(VIII.5.)EüM. rendelet 89.§(1) bekezdése alapján a törvényes képviselőknél lényegesen szélesebb személyi kört foglal magában. Mindez azt jelenti, hogy amennyiben törvényes képviselő nincs, nem nyilatkoztatható, vagy a nyilatkozattételt megtagadja, az e rendeletben hozzátartozóként meghatározott bármely más személy nyilatkozata az irányadó. Javasolható, hogy a törvényes képviselőkön kívüli további hozzátartozók véleményezési jogát az orvos az e rendeletben történő említési sorrend szerint vegye figyelembe. Megjegyezzük továbbá, hogy az azonos helyen szereplő több hozzátartozó (pl. több nagykorú testvér) esetén a beavatkozás elvégzéséhez elegendő egyikőjük nyilatkozata. Hatályos jogszabályaink nem zárják ki annak a lehetőségét sem, hogy a sorrendben előbb álló hozzátartozó elutasító nyilatkozata ellenére a később említett hozzátartozó beleegyezésével a beavatkozás jogszerűen elvégezhető legyen. E lehetőség alkalmazását azonban meg kell előznie – elsődlegesen a törvényes képviselő nyilatkozattételi jogosultságára tekintettel – a hozzátartozó meggyőzésére törekvés, és ennek eredménytelensége esetén a beavatkozás elvégzését szükségessé tevő érdek alapos mérlegelése, valamint történjen meg ennek dokumentálása is.

4./ Hozzájárulás megtétele az orvosi beavatkozások elvégzéséhez

A beteg megfelelő tájékoztatás után dönt saját gyógykezeléséről és ezáltal választ a rendelkezésre álló terápiák között is.

A beteg a gyógykezelés befejezéséig egyetértését bármikor visszavonhatja, illetőleg megváltoztathatja. A kezelőorvos kötelessége ilyen esetben, hogy a beteg megváltozott akaratának kockázatát és következményeit részletesen ismertesse. A beteg hozzájárulást visszavonó döntésének írásban történő rögzítése feltétlenül javasolható. Mellőzhetetlen az írásbeliség, ha a hozzájárulás is – jogi formakényszerre tekintettel – írásban történt.

5./ A tájékoztatás és az erre alapozott kezeléshez való hozzájárulás elhagyásának lehetőségei

Általános polgári jogi szabály, hogy a tájékoztatás minden esetben szükséges és a kezelés (beavatkozás) csak a beteg megfelelő tájékoztatás után adott egyetértésével végezhető el. Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény 47.§(4) bekezdése, 50.§(1) bekezdése, valamint az e törvény végrehajtásáról szóló 15/1972. (VIII.5.) EüM rendelet 87.§ (5) bekezdése meghatározza azokat az eseteket, amelyekben a beteg egyetértése a beavatkozás elvégzésének egészségügyi - jogi feltétele (lsd.: 6./ és 8./ pontokat). Ezekben az esetekben a tájékoztatás elmaradásáért az orvos nem csupán polgári jogi, de szakmai felelősséggel is tartozik – munkajogi fegyelmi, illetve kamarai etikai eljárás alapjául szolgálhat – ezért a beleegyező nyilatkozat dokumentálása nem mellőzhető.

A páciens hozzájárulásának hiányában a beteg beleegyezéséhez kötött beavatkozások közül szakmai vétség megalapozása nélkül csak olyan kezelés végezhető el, amely hirtelen fellépett, közvetlen életveszély elhárítását szolgálja. Különleges eset e tekintetben, ha egy tervezett műtét közben a műtét olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely a műtét megkezdése előtt nem volt előre látható a kezelőorvos számára és a műtét kiterjesztése vagy életmentő célzatú, vagy egy újabb egyetértés beszerzéséig eltelt idő a beteg számára nyilvánvalóan jelentős hátrányt jelentene. A műtét közben szükségessé váló újabb terápiás tennivalónak a lehetősége az alapvető beavatkozáshoz való hozzájáruláskor nem volt feltételezhető a kezelőorvos (operatőr) számára. Amennyiben ugyanis számolni lehet azzal, hogy a műtét – meghatározott feltételek fennforgása esetén – kiterjesztendő lehet, akkor a beteget erről a lehetőségről is előre tájékoztatni kell, és a beavatkozáshoz esetleges beleegyezését kell kérni. A műtétnek nem minősülő egyéb orvosi beavatkozások esetében, ha előre nem látható

szövődmény miatt indokolt a beavatkozás kiterjesztése vagy folytatatása, úgy a nem altatott, döntésképes beteg tájékoztatása és egyetértése szükséges. Ez alól csak a heveny életveszély elhárítása lehet kivétel. (A kivételek jellegéből nyilvánvaló, hogy a beteg beleegyezésének az elmaradása ezekben az esetekben nem csupán az orvos szakmai, de polgári jogi felelősségét is menti.)

6./ Miért nem elégséges a kórlapfejen történő „műtéti hozzájáruló nyilatkozat”?

Amikor az egészségügyi intézmények jogi felelősségéről beszélünk, nyilvánvalóan polgári jogi felelősségre gondolunk, azaz arra az esetre, amikor a páciens indít pert az egészségügyi intézmény ellen a hibás gyógyszerellátásból származó (vagyon és nem vagyon természetű) kárai megtérítésére. A felelősség megállapítható, ha a kár (pl.: idegsérülés) okozati összefüggésben jött létre az orvosi beavatkozással (kezeléssel), de e mellett a kárt okozó magatartás felróhatása, a vétkesség (orvosi foglalkozási szabályok szándékos megszegése, vagy a gondatlanság) is szükséges a polgári jogi felelősség megállapításához. A negyedik konjunktív feltétel a károkozás jogellenes volta. Ez utóbbi fogalom értelmezéseire a gyakorlatban több alkalom adódik. Először vizsgálható, hogy megfelelően körültekintő és szakszerű volt-e a betegség elemzése, a kórisme megállapítása. Ezzel összefügg az a kérdés, hogy indokolt volt-e a tervezett kezelés (beavatkozás)? (Indokolatlan kezelés még akkor is jogellenes lehet, ha a beteg abba beleegyezett.)

Az egészségügyi tevékenység jogi elemzése során másodszor úgy tesszük fel a kérdést, jogellenes volt-e az indokolt orvosi beavatkozás? Amikor erre a kérdésre felelünk, elemezni kell a beavatkozás előtt a páciensnek adott tájékoztatás után adott beleegyezését a kezeléshez. A jogszerűség ebben a tekintetben megállapítható, ha a károsult (páciens) beleegyezett a „sérelem” okozásába (az orvosi beavatkozás kivitelezésébe), azaz volenti non fit iniuria.

A hatályos polgári jogi szabályok értelmében az orvosi kezelés, beavatkozás bármely esete, egészségügyi jogszabályaink szerint a kórházba szállítás, diagnosztikus vagy terápiás célú műtét, vagy annak minősülő egyéb eljárás, a beteg életét közvetlenül veszélyeztethető más beavatkozás, besugárzás vagy gyógyszeres kezelés, a vér vagy más vizsgálati anyag vétele, illetve a szerv vagy szövet kivétele a páciens beleegyezése nélkül jogellenes cselekmény. A személyiségi jogsértés következményeitől akár a büntetőjogi felelősségig terjedhet a jogi szankció, a tilalom jogszabályi elhelyezkedésétől függően. (A szerv-, és szövetkivétel kifejezett hozzájáruláshoz kötése a donor oldalán csak élő személyből történő transzplantáció esetén érvényesül. A holttestből történő

szerv-, és szövetkivétel a donortól származó kifejezett, írásbeli tiltakozás hiányában – a kegyeleti jogok sérelme nélkül – elvégezhető.)

Végezetül akkor kell feltenni a jogszerűsége vonatkozó kérdést, amikor bebizonyosodott, hogy bár az egészségügyi beavatkozás elvégzése az eddigiek értelmében jogszerű volt, tehát a beteg a jelzett esetekben jogilag érvényes hozzájáruló nyilatkozatot tett, de annak az eredménye számára nem kedvezően alakult. Ilyenkor a beavatkozás kivitelezésének, minőségének elemzésére kerülhet sor, egybevetve az Egészségügyi Törvénynek és végrehajtási jogszabályainak az orvosi tevékenység tartalmát meghatározó szabályaival.

A jogszerűség ebben az esetben csak arra az egészségügyi beavatkozásra (kezelésre) vonatkozhat, amelyhez a beteg beleegyezését adta. Az általánosságban fogalmazott, „meghatározatlan” kezelésbe való beleegyezés azért érvénytelen, mert a beteg nem mondhat le az általa még nem ismert gyógy mód elfogadásának jogáról azáltal, hogy egyetértést ad egy meghatározatlan kezeléshez.

A tájékoztatás jogáról teljes bizonyító erejű magánokiratban, vagy közokiratban kell lemondania a betegnek ahhoz, hogy az orvosnak lehetősége legyen a tájékoztatás nélküli kezelési mód alkalmazásához. A kórlapfejen „a kapott tájékoztatás alapján az orvosi beavatkozásokba, gyógykezelésekbe beleegyezem” szöveg egyrészt nem alkalmas a tájékoztatás megtörténtének bizonyítására, másrészt még magáról a tervezett orvosi kezelésről sem tájékoztat, harmadrészt a beteg ezáltal a pontosabb tájékoztatással megalapozott további egyetértési jogról is lemond a jövőre nézve.

A hibás gyakorlat szerint a beteg rendszerint a kórházba történő felvételekor a házirend szabályainak elfogadásával együtt írja alá ezt a nyilatkozatot, tehát akkor, amikor még pontosan nem is tudja, tudhatja, hogy vajon milyen kezelésben fog részesülni. Az aláíráskor rendszerint nincs jelen a tájékoztatásra kötelezett kezelőorvos sem, hiszen a beteg sokszor a felvételi irodán írja alá a „nyilatkozatot”.

A személyiségi jogokról való ilyen egyoldalú lemondás a Ptk. 75.§(3) bekezdése (a nem hozzájáruláson alapuló, a személyhez fűződő jogokat korlátozó nyilatkozat semmis) valamint a Ptk. 207.§ (2) bekezdése (jogról lemondó nyilatkozatot nem lehet kiterjesztőleg értelmezni) alapján semmis. A műtéti lapon történő beleegyező nyilatkozat ugyancsak nem meríti ki a tájékoztatás után adott kezeléshez való hozzájáruló nyilatkozat jogi feltételeit.

7./ Tájékoztatás és titoktartás

El kell érni, hogy a tájékoztatás és a beleegyezés ne adminisztratív tevékenység, hanem az érdekelt orvos betegellátó tevékenységének lényeges része legyen

A tájékoztatást sokan a titoktartással tévesztik össze. A mai magyar jog álláspontja szerint a beteg előtt a saját állapotával, gyógykezelésével kapcsolatosan nincs titok. Az orvost a titoktartás etikusan is kötelezi, ezért a nagykorú beteg tájékoztatását szolgáló beszélgetés során harmadik személy csak a beteg egyetértésével lehet jelen. Ezért elegendő, ha a szükséges tájékoztatásról szóló, és a beavatkozáshoz hozzájárulást adó nyilatkozatot – írásbeli rögzítés esetén – csak a tájékoztatott és a tájékoztatást adó írja alá. Mindez összefügg azzal, hogy a nagykorú és cselekvőképes beteg maga dönthet arról, hogy állapotáról, döntéseiről kit kell tájékoztatni, vagy kit zár ki a tájékoztatásból. (Egyéb esetekben ez a jog a hozzátartozói jogok részeként érvényesül.)

8./ A betegtájékoztatás egyes speciális esetei

A jelenleg hatályos Egészségügyi Törvény alapján alapvetően kétféle tájékoztatási kötelezettségről kel tudni. Az egyik a betegségről (kórisme), illetve a beteg állapotáról (állapotváltozásáról) szóló általános tájékoztatás. A másik a különböző diagnosztikus vagy terápiás okból végzett beavatkozások és kezelések kapcsán szükséges tájékoztatás.

a) Az általános, elsősorban információt célzó tájékoztatás jogi megfogalmazása az egészségügyről szóló 1972. évi II. tv. 45.§ (1) bekezdésében található: „Az orvosnak az általa kezelt beteget, illetőleg hozzátartozóját, vagy – ha a beteg gyógykezelése érdekében szükséges – gondozóját a betegségről és a beteg állapotáról megfelelő módon tájékoztatni kell.” Itt szükséges megjegyeznünk, hogy a jelenleg hatályos, imént idézett paragrafus az 1990. XXII. tv. eredményeképpen jött létre, 1990 márciusa előtt ui. a törvény felhatalmazta az orvost arra, hogy eltekintsen a tájékoztatástól „indokolt esetben”, a beteg érdekében.

A tájékoztatás indokolt elhagyásának ma is létező leggyakoribb esetén, az adott heveny életveszély elhárításán kívül, ami időben nem tesz lehetővé megfelelő tájékoztatást, a nemzetközi és hazai jog és ezáltal a gyakorlat is – a megváltozott törvényi rendelkezéstől függetlenül – még más lehetőségeket is ismer (elismer).

Nyilvánvaló, hogy abban az esetben, ha a beteg a már jelzett módon nyilatkozik arról, hogy nem tart igényt a tájékoztatásra és kezelőorvosára bízva, hogy milyen módon gondoskodik a kezeléséről, ennek írásban történő rögzítése után nincs szükség további tájékoztatásra vagy hozzájárulásra.

Sokkal nehezebb kérdés az ún. terápiás privilégium alkalmazása. Egyes országokban elfogadható, hogy az orvos a hatásos kezelés elfogadása érdekében a tájékoztatás során a beteg személyiségének ismeretében dönt úgy, hogy a beteg számára feltétlen szükséges beavatkozásnak az elfogadását, tehát a terápia privilégiumát helyezi előtérbe, a mindenre kiterjedő felvilágosítás mellőzésével, mert a feltárt reális kockázat eltértené a beteget a számára alapvetően szükséges kezelés ismert kockázatával együtt történő elfogadásától. E vitatható és ritka kivétel alkalmazása esetén az orvosnak az a kötelessége, hogy megfelelő feljegyzésekben indokolja, miért korlátozta a tájékoztatást.

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának IV. számú állásfoglalása a beteg tájékoztatásáról e kérdést nem érinti, de rámutat arra, hogy a tájékoztatás olyan legyen, hogy az ne rendítse meg a betegnek a kezelésbe vetett bizalmát, valamint arra is, hogy a túlzott mértékű tájékoztatás kerülendő, mert éppen úgy kétséges értékű lehet, mint a kellő tájékoztatás elmulasztása.

A kamarai állásfoglalásban említett „túlzott mérték” kifejezés nem absztrahálható, megítélése betegenként eltérő. Szakmai indokoltság hiányában a teljes körű tájékoztatást semmiképpen nem lehet túlzott mértékűnek tekinteni.

- b)** A döntési helyzetekben adandó tájékoztatás célja a beteg egyetértésének megszerzése a szükséges és lehetséges kezeléshez (beavatkozáshoz).

A törvény külön rendelkezik az alábbi döntési helyzetekről:

- a műtét előtt (Eü. tv. 47.§) kizárólag írásbeli nyilatkozat fogadható el
- a vér és más vizsgálati anyag vétele előtt (Eü. tv. 49.§ (2) ráutaló magatartással tett nyilatkozat is elfogadható
- szerv-, szövet kivétele és átültetése előtt (kizárólag írásbeli nyilatkozat fogadható el)
- orvos-biológiai kísérletben (gyógyszerkipróbálásban) való részvétel esetén kizárólag írásbeli nyilatkozat fogadható el

Nyilvánvaló, hogy ez a felsorolás csak a szakmai felelősséget megalapozó egészségügyi jog értelmében teljes körű. A polgári jog értelmében

valamennyi döntés előtt, és természetesen a vállalt és elvégzett kezelés (beavatkozás) után is szükséges megfelelő tájékoztatást adni, mely a kezelés előtti tájékoztatásban meghatározott célkitűzések, kockázatok és következmények ismételt áttekintését is magában foglalja.

A műtét előtti hozzájáruló nyilatkozatot írásbeli formában kell megtenni. (Ezt az Egészségügyi Törvény 47.§(4) bekezdése írja elő: „A (2) bekezdésben említett műtét elvégzéséhez a beteg (hozzátartozó) írásbeli hozzájárulása szükséges.”)

Az egyes műtétekre (beavatkozásokra) személyre szólóan kell hozzájáruló nyilatkozatot készíteni, melynek aláírására csak a személyes megbeszélés után kerülhet sor. E nélkül még a legrészletesebb általános érvényű nyilatkozat is jogi vitát válthat ki, mert az formális és nem egyedi az adott betegre és betegségeire vonatkoztatva. (Megjegyzés: Az Egyesült Államok számos kórházában például az a gyakorlat, hogy az AMA által kidolgozott, és az adott betegségekre alkalmazható gyógy módra vonatkozó nyilatkozati és tájékoztatási mintát, valamint a személyes megbeszélés eredményét a kezelőorvos visszakérdezi betegétől, így győződik meg arról, hogy az valóban megértette a kapott tájékoztatást.)

9./ Beleegyező nyilatkozat rendszeresítése

Ezen állásfoglalás mellékleteként „Beleegyező nyilatkozat” minta kerül kiadásra. Javasolható ennek használata és a gyógykezelés megkezdése előtti átadása minden olyan esetben, amelyekben a beteg (hozzátartozója) tájékoztatása, és valamely gyógykezelésbe történő beleegyezése nem mellőzhető. Javasolható továbbá, hogy a nyomtatvány-minta legfontosabb tartalmi elemeinek meghagyásával, szakmánként kialakított speciális „Beleegyező nyilatkozat” formanyomtatvány használatára kerüljön sor.

BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Alulírott (név) (szül. idő)
..... tanúsítom, hogy engem Dr. kellő
mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1./ A betegségről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul:)

2./ A javasolt gyógymódról, mely (magyarul):

annak kockázatairól,:

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait.

3./ A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon döntsek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

∴ Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki):

.....
.....

∴ Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért

azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el a felelősség alól felmentem.

∴ A kezelésbe, (műtétbe, stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:

∴ Aláírással megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot – elfogadása esetén – kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásról való lemondása érvénytelen.)

4./ Hozzá tartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

- a)** Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljes körűen tájékoztassák:

- b)** Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

- c)** Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

Budapest,

A kezelőorvos aláírása

A beteg vagy törvényes
képviselőjének aláírása
lakcíme:

(A beleegyező nyilatkozat mellékleteként szolgálhatnak a páciens tájékoztatására készített ismertetőik is.)

∴ Nem kívánt törlendő.

1./ Korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

2./ Hozzá tartozó nyilatkozattételére a **4./** pontban szereplő kérdések körében nincs mód.

1994. március 30.

A GYERMEKEK JOGAI RÓL SZÓLÓ ENSZ KONVENCÍORÓL (1991. ÉVI LXIV. TÖRVÉNNYEL KIHIRDETVE)

A hatályos jog számos olyan szabályt ismer, amely a konvenció kívánalmait megvalósítja. Amennyiben a konvencióhoz kapcsolódóan gyermekjogi törvény készül hazánkban, úgy célszerű lenne ezeket a szétszórtan fellelhető szabályokat – legalábbis a jog megfogalmazása szintjén – ebbe az új törvénybe beilleszteni (így például a gyermekek társadalombiztosításhoz, az ingyenes egészségügyi ellátáshoz való jogát).

Fontosnak tartjuk, hogy azokon a területeken, ahol a magyar társadalmi fejlődés vagy a szokások alapján a konvencióban foglalt minimumnál több jog illeti meg a gyermeket, ne történjen visszalépés a konvencióban megadott minimum szintre, hiszen ez jogmegvonást eredményezhetne az érintettek számára (ez a gondolat összhangban van a konvenció 41. cikkelyével).

A törvényalkotás folyamatával párhuzamosan vagy akár attól függetlenül is javasoljuk, hogy készüljön egy olyan kiadvány (kézikönyv), amely elsősorban szakemberek (orvosok, pedagógusok, gyermekvédelmi és gyámügyi hatóságok, családsegítő szervek és az e területen működő civil szervezetek), és a szülők számára összefoglalná a hazánkban hatályos összes, a gyermekek jogait biztosító szabályokat, és azt, hogy az e témában felmerülő problémáikkal, kérdéseikkel kihez fordulhatnak tanácsért, segítségért. Hangsúlyozzuk, szabálygyűjteményről, kézikönyvről, útmutatóról van szó, nem pedig új szabály kialakításáról. A jogok érvényesítése az orvosi gyakorlatban nem jelenthet lényegi problémát, mert a fentiekből értelemszerűen levezethető.

A beteg jogairól készülő törvény tervezetében a gyermek orvosi beavatkozásba történő beleegyezésének újraszabályozása szükséges. Az ismert tervezetek szerint 16 éves kor felett teljes rendelkezési jogot gyakorolna, ez alatt a beavatkozáshoz szükséges hozzájárulást a törvényes képviselő, szülő adja meg. Ugyanakkor egyéb betegjogok tekintetében (tájékoztatáshoz való jog, titoktartáshoz való jog stb.) a gyermek joga is érvényesül, azaz betegségére vonatkozóan jogosult felvilágosítást kapni, titkáról rendelkezni, (természetesen a szülő beleegyezéséhez való joga által korlátozva), a tervezett beavatkozással kapcsolatban joga van véleményt nyilvánítani stb. Szükségesnek tartjuk annak a törvényi szinten való megfogalmazását is, hogy a törvényes képviselő olyan nyilatkozata (tipikusan a beleegyezés megtagadása), amely a gyermeket közvetlen életveszélynek teszi ki, vagy testi-lelki egészségének bizonyos közvetlen károsodásához vezet, nem érvényes, és ebben az esetben az orvosi foglalkozás szabályai szerint, a gyermek vélelmezett érdeke alapján a gyermek javára kell eljárni. Véleményünk szerint egy ilyen szabályozás a szülő jogát nem

sértheti, hiszen nem saját önrendelkezési jogát korlátozza, hanem egy másik személy önrendelkezési jogát helyezi előtérbe.

Javasoljuk, hogy az életkoránál fogva korlátozottan cselekvőképes beteg hozzájárulási nyilatkozata érvényességének megállapítása az alábbi három szempont figyelembevételével történjék:

- 1./ a beavatkozás természete;
- 2./ a beteg életkora;
- 3./ a beteg belátási képessége.

Az orvosi titoktartás kérdésében a gyermeknek a szülővel szembeni titokhoz való jogára is célszerű lenne kitérni, legalább az utalás szintjén, különösen ha a szülő tájékoztatása a gyermekhez fűződő kapcsolat megromlásához, a gyermek súlyos büntetéséhez vezethet. A konvenció 19. és 34. cikkelye foglalkozik a gyermekbántalmazás, a gyermekekkel való testi-lelki-szexuális visszaélés kérdésével. Véleményünk szerint hazánkban ez a kérdés nem kap kellő hangsúlyt sem az egészségügyi képzésben (nővérek, orvosok), sem a társadalmi figyelemben nem foglalja el azt a helyet, amely fontosságánál fogva megilletné. Az oktatási, nevelési, prevenciós szempontok e tekintetben alig jelennek meg, és a büntetőjogi szabályozás önmagában nem elegendő.

A hazai szabályozásban mindenképpen fokozott hangsúlyt helyeznénk az egészséges életmódhoz való jogra, amely az egészséges táplálkozáshoz (gyermekélelmezés), testneveléshez, sporthoz, gyógy-testneveléshez való jogot fogalmazná újra. Természetesen ehhez a körhöz tartozik még a lehető legmagasabb szintű egészségügyi ellátás biztosításának, a lehető legmagasabb anyagi támogatásnak (a legszükségesebb gyógyszerek anyagi támogatásával: antibiotikumok, lázcsillapítók, tápszerek stb) társadalmilag garantált megléte. Az erre való felkészülésben fontos az iskolai prevenció, illetőleg az oktatható ismeretanyag beépítése a közoktatásba. Javasoljuk, hogy a Népjóléti Tárca e szempontok alapján tekintse át a Nemzeti Alaptanterv tervezetét.

Az ENSZ dokumentumban nincs rá ugyan utalás (és a magyar jogrendben sem kidolgozott), mégis említést érdemel, hogy e gondolatkörben foglalkozni kellene az életképességet már elért magzat jogaival is. Ezek a gyermekek jogaitól elkülönülő jogok ugyanis mind az anyára, mind a magzatra vonatkoztathatóak, és legalábbis erkölcsi, de nem ritkán polgárjogi konzekvenciákat is tartalmazhatnak az orvosi ellátásra, valamint a szélesebb társadalmi kötelezettségekre vonatkozóan.

Javasoljuk a Miniszter Úrnak, hogy ha az anyagban foglaltakkal egyetért, úgy azt tájékoztatásul juttassa el a Miniszteri Hivatal Ifjúságpolitikai Ügyekkel megbízott c. államtitkárának.

1995. február 8.

A SZERVBANKOK JOGI SZABÁLYOZÁSÁVAL KAPCSOLATBAN

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT TUKEB) 1995. június 28-i ülésén tárgyalta egy, a szem szaruhártyája átültetésének szakmai-etikai kérdéseivel kapcsolatos beadványt.

Ennek során felmerült, hogy a hazánkban működő szervbankok tevékenységének jogi szabályozása teljeskörűen rendezetlen, mivel az 1972. évi II. törvény több pontjában kiegészítésre szorul.

Javasoljuk Miniszter úrnak, hogy a készülő új Egészségügyi Törvény térjen ki többek között a szervbankokban tárolt szervek, szövetek sorsának, a szervbankok működésének részletes jogi szabályozására is. Az ehhez szükséges szakmai anyag kidolgozását a TUKEB már elkezdte (például 218/94/ETT számú felterjesztés a transzplantáció jogi-etikai kérdéseiről) és a további anyagokat, mint a TUKEB ajánlásait a Népjóléti Minisztérium Jogi és Közigazgatási Főosztályára eljuttatja.

1995. június 28.

AZ EUTANÁZIÁVAL KAPCSOLATBAN FELMERÜLŐ JOGI ÉS ETIKAI KÉRDÉSEKRŐL

Összefoglalás

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT TUKEB) az eutanázia minden formáját elutasítja. Elismeri azonban a beteg azon jogát, hogy bármely orvosi kezelést elutasítson. Fontosnak tartja az ehhez szükséges jogi feltételek megteremtését.

Bevezetés

A modern társadalmakban fokozottan értékeljük a személyiség integritását. A hazánkban, az egészségügyben bekövetkező szemléletváltásnak köszönhetően a paternalista orvosi felfogással szemben a betegek önrendelkezési jogának térnyerése és a nyugati országokban fellángolt vita hazánkban is felhívta a figyelmet az eutanáziával kapcsolatban felmerülő etikai kérdésekre. A média közvetítésével társadalmi vita indult meg. Az Alkotmánybíróság jelenleg egy indítvány kapcsán szembesül az emberi méltóság tisztelete és a végsőkig vitt „gyógykezelési kötelezettség” ellentmondásaival. Az Alkotmánybíróság határozatától függetlenül megállapítható, hogy az eutanázia kérdéskörébe tartozó cselekmények mai törvényi szabályozása nem felel meg az alkotmányos és jogállami követelményeknek. A szabályozás hézagos, áttekinthetetlen és bár jellegében eutanázia-ellenes, nem felel meg az élethez való jog objektív, intézményes védelmére vonatkozó állami kötelezettségnek.

Ezenkívül a jelenlegi jogi szabályozás és az orvosi gyakorlat között eltérések vannak. Mindezeket figyelembe véve az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága az alábbi lényeges kérdésekben több ízben is szakmai tanácskozást folytatott.

1./ Definíciók

Halál

Orvosi értelemben a halál életműködésünk teljes és végleges megszűnése, az egyén biológiai létezésének befejeződése. Az agy (ezen belül is az agytörzs) működésének megszűnése után a szervek működését már csak külső beavatkozással tarthatjuk fent, ezért az egész agy összes működésének végleges megszűnését tekinthetjük a halál kritériumának. A halál ilyen definíciója kielégíti a jog és az orvostudomány e területen felmerülő kérdéseit.

Terminális medicina

Terminális medicina alatt értjük a gyógyíthatatlan beteg kezelését életének végső, a halált megelőző stádiumában.

Eutanázia

Az eutanázia az a cselekedet vagy mulasztás, amikor az orvos a beteg érdekében kioltja a beteg életét (legtöbbször azért, mert a beteg elviselhetetlenül szenved valamilyen gyógyíthatatlan betegségben).

Az eutanázia lehet aktív és passzív. **Aktív eutanázia** esetén az **orvos tesz** valamit, ami megrövidíti a beteg életét, míg **passzív eutanázia** esetén **elmulaszt** megtenni valamit, ami a beteg életét meghosszabbítaná.

Az eutanázia lehet továbbá önkéntes, nem önkéntes és kényszer eutanázia. Az önkéntesség azt jelenti, hogy az eutanáziát a beteg kifejezett kívánságára hajtják végre, a nem önkéntes eutanázia esetén a beteg nincs abban a helyzetben, hogy megkérdőjelezhető lenne, ezért mások döntenek úgy, hogy a beteg érdekében eutanáziát végeznek (komatózus beteg, újszülöttek, csecsemők). Az önrendelkezni képes beteg megkérdőjezése nélkül illetve kívánsága ellenére történő eutanázia az úgynevezett kényszer-eutanázia.

2./ Az eutanázia jelenlegi jogi szabályozása

Az eutanáziát (az életnek gyógyíthatatlan betegség miatti kioltását) a törvény tiltja. A tiltás mellett azonban a törvényi szabályozás tág értelmezhetősége nyitva hagy néhány fontos kérdést:

- 1./** A gyógyíthatatlan beteg kezelése során mi a „legcélravezetőbb” gyógmód, mit jelent a „legnagyobb gondossággal” történő gyógykezelés? A terminális állapotban lévő beteg esetében mi a cél: **a)** az élet meghosszabbítása, **b)** az adott betegség esetében várható élettartam biztosítása csak tüneti kezelést nyújtva, **c)** a szenvedés csökkentése még akkor is, ha a kezelés mellékhatása az élettartam csökkenésével jár. /Vagyis büntethető-e az orvos, ha a fájdalom enyhítése érdekében olyan fájdalomcsillapítót ad, ami mellékhatása miatt a beteg halálát siettet?/
- 2./** Milyen mértékben veheti figyelembe az orvos betegének a szükséges életmentő kezelés mellőzésére vonatkozó kérését? /Vagyis büntethető-e az orvos, ha a gyógyíthatatlan beteget saját kérésére nem kezeli, illetve az életfenntartó kezelést leállítja?/
- 3./** Gyógyíthatatlan betegségben szenvedő beteg halála esetén mi a halál oka: maga a gyógyíthatatlan betegség, vagy az esetleges aktív beavatkozással (pl.

újraélesztés) elkerülhető halálok? /Vagyis büntethető-e az orvos, ha a gyógyíthatatlan beteget nem élesztí újra, amikor az a betegség folyományaképp a klinikai halál állapotába kerül?/

- 4./ Ha a beteg akaratnyilvánításra képtelen, milyen mértékben vehető figyelembe előzetesen tett nyilatkozata, kinek a döntését kell figyelembe venni a beteggel kapcsolatban?

3./ Az eutanázia formáinak etikai megítélése

Az aktív és passzív eutanázia a Bizottság számára egyaránt elfogadhatatlan, bármelyik forma gyakorlása a beteg orvosába vetett bizalmának megrendülésével járna. A passzív eutanázia fogalmát kísérő homályosság miatt célszerű lenne az eutanázia szót elhagyni, és a probléma jelölésére a külföldön már meghonosodott egyértelmű fogalmat használni. Ez: életfenntartó kezelések megszüntetése, illetve el sem kezdése.

A kérdés tehát úgy merül fel: megengedhető-e, és ha igen, milyen feltételek mellett, hogy orvos - végstádiumban lévő, reménytelen állapotú betegnél - bizonyos életfenntartó, illetve haldoklást meghosszabbító terápiákat ne alkalmazzon, illetve azok alkalmazását abbahagyja? Ily módon feltéve a kérdést, a válasz egyértelműnek látszik: a mai orvosi ethosszal csak az egyeztethető össze, hogy az orvos mindent megtesz – az agresszív orvosi kezeléstől sem riadva vissza – még haldokló betege életének meghosszabbításáért is. Ugyanakkor azonban az orvosi kezelést a beteg önrendelkezési joga korlátozhatja. A beteg minden orvosi beavatkozást visszautasíthat – még életfenntartó orvosi beavatkozást is, ha úgy érzi, hogy haldoklásának mesterséges meghosszabbítása emberi méltóságát sértené. Az orvos kötelessége ilyenkor a beteg tiltakozását figyelembe venni, hiszen nagykorú, belátási képességgel rendelkező beteget annak akarata ellenére nem kezelhet. Ez azonban nem eutanázia (hiszen ilyenkor szándéka szerint kezelne), hanem a beteg további kezelést megtiltó nyilatkozatának tiszteletben tartása.

4./ Javaslatok

A fenti megoldást ma Magyarországon a hatályos jog nem teszi lehetővé, hiszen közvetlen életveszélyben az orvos a beteget kezelni, életét megmenteni köteles, annak tiltakozása ellenére is. Ez azonban a gyakorlatban azt jelenti, hogy a haldoklás során az életmeghosszabbító kezelések folytatásával vagy abbahagyásával kapcsolatos döntések kizárólag az orvosra hárulnak, abba a beteg nem vonható be. Fontos lenne tehát jogilag lehetőséget teremteni arra, hogy a beteg akár életfenntartó kezelés alkalmazását is elutasíthassa. Ennek

külföldön kidolgozott technikai (élő végrendelet, tartós meghatalmazott stb.) lehetőséget teremtenének a beteg önrendelkezési jogának érvényesítésére, az élet végén hozott orvosi döntésekkel kapcsolatban is. Ezért az életfenntartó kezelések megszüntetésével kapcsolatos problémák részletesebb törvényi szintű jogi szabályozása elkerülhetetlen. A fenti kérdésekre törvényben kell választ adni úgy, hogy a különböző értelmezések elkerülhetőek legyenek, a szabályok a bíróságoknak és az orvosoknak is egyértelmű útmutatásokat adjanak.

Az ETT TUKEB kinyilvánítja azt az álláspontját, hogy a személyhez fűződő jogok az egészségügyi ellátás során mindvégig fokozott védelmet élveznek. Ez a védelem kiterjed a terminális állapotú betegek emberi méltóságának, önrendelkezésének védelmére is. E jog érvényesítése körében az akaratnyilvánításra képes beteg maga dönt arról, hogy mely gyógykezelést, orvosi eljárást, vagy tünetenyhítő beavatkozást választja. Döntését bármikor visszavonhatja vagy megváltoztathatja.

A törvényi szintű szabályozáson kívül fontos, hogy a beteg minden felvilágosítást megkapjon betegségéről (a hatályos jogszabályok szerint és a Népjóléti Közlönyben megjelent ETT TUKEB ajánlás szellemében). Hangsúlyozni kell az odaadó ápolás és a megfelelő tüneti kezelés (fájdalomcsillapítás) fontosságát a terminális állapotok kezelésében. Fejleszteni kell a hospice mozgalmat, ezen kívül el kell kerülni a gyógyíthatatlan beteg izolálódását.

Felhasznált anyagok:

Prof. Sajó András és Dr. Sándor Judit: A gyógyíthatatlannak vélt „halálos” beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében

Dr. Kovács József: Az eutanázia néhány problémája Magyarországon

Dr. Matkó Ida és Dr. Kovács József: Euthanasia

Prof. Sótonyi Péter: Gondolatok a halál fogalmáról

Dr. Kereszty Éva: Az egészségügy szakmai szabályai az ellátáshoz szükséges feltételek hiánya esetén

1995. november 29.

Vizi E. Szilveszter

Életünk végeessége egyben létünk értéke is

Az ember legfontosabb személyiségi jogai az élethez, a testi épséghez és az egészséghez fűződnek. A jog ezeket hivatott védeni. Büntető-törvényhozásunknak is alapelve az élet, a személyiség fokozott védelme. Az élet kezdetének jogi meghatározása nem okoz nehézséget, a halálnak, az élet végének a megjelölése azonban annál nehezebb. Ennek az az oka, hogy orvostudományi szempontból az élet kezdetét könnyebb megfogalmazni, mint az élet befejezését jelentő pillanatot. Az élet egy pillanatszerű eseménnyel, a petesejt megtermékenyítésével kezdődik, a halál viszont hosszú folyamat végeredménye, az ahhoz vezető úton még vissza lehet fordulni. A halált rendkívül nehéz megfogalmazni

Bekövetkeztének megjelölése tulajdonképpen a tudomány fejlődésétől függött, társadalmi felfogás kérdése is volt. Az ókorban akkor tekintették halottnak az embert, amikor az utolsó nagyot lélegezte: elszállt belőle a lélek, mondták. Majd amikor a lélek lakhelyét a szívben tételezték fel, a szív utolsó dobbanását tekintették a halál pillanatának. Descartes, a nagy francia orvos, filozófus és matematikus elsőként mondta ki: a lélek valahol az agyban van. Ettől fogva egyre inkább az agy működésének megszűnését tekintették a halál pillanatának. A jog azonban soha nem tudta és ma sem tudja pontosan megfogalmazni a halált, ezért minden alkalommal az orvostudomány álláspontját teszi magáévá. De vajon a halál pillanatát megállapító orvos képes-e pontosan rá? Azt válaszolhatjuk, hogy az orvostudomány mai állása szerint az agyműködés teljes, visszavonhatatlan megszűnését tekintjük biológiai halálnak, azaz az egyén halála pillanatának.

A halál megfogalmazásakor a természettudományos, orvosi nézetek mellett mindig, ugyanolyan joggal, megjelennek filozófiai, metafizikai, vallási elemek is. Nem véletlen, hogy korunkban az egész világon oly sokakat érintett meg és készített véleményalkotásra az orvosi gyakorlatban egyre gyakrabban előforduló kérdés, az eutanázia. Eutanázia alatt azt értjük, hogy az orvos cselekvő szándékkal nyújt segítséget a beteg halálában. Itt a cselekvő szándékon van a hangsúly. A keresztény-zsidó kultúrában egyértelműen nem fogadják el ezt az orvosi magatartást. Függetlenül minden egyéb meggondolástól, megengedhetetlen egy orvos számára, hogy amikor feladata az élet támogatása, az élet szolgálata lenne, akkor bármilyen indokkal is, bármilyen cselekvő szándékkal a beteg halálát segítse elő. Ha nem folytatnák ezt a gyakorlatot az orvosok, akkor az a kapcsolat teljes megromlásához, a bizalom elvesztéséhez vezetne. Márpedig az orvos-beteg kapcsolatában a bizalom az egyik legfontosabb kérdés.

A világ és az ember mindig foglalkozott a halál kérdésével. Az emberi életnek, létezésnek értéket adó végpontja, a halál nemcsak Heidegger, Dosztojevszkij,

Sartre vagy Nietzsche műveiben jelenik meg vissza-visszatérő jelleggel, de napi cselekedeteink, gondolataink befolyásoló eleme életünk végessége. Az emberi történelmet végigkísérte a potenciális pesszimizmus, és amikor az emberi létezés kérdését feszegetjük, nem kerülhetjük meg a halál kérdését. Sokan úgy vélik, hogy a tudomány exponenciális fejlődése Galileitől, Kopernikustól, Newtontól Einsteinig, a mechanika alapelveitől a kozmikus fizikáig, az űrutazásig, a holdra lépésig mind-mind az embernek a természetet kihívó mértékű hódító szándékát jeleníti meg, amely már átlépi a racionalizmus határait és a bizonytalanság érzésének megjelenéséhez vezet.

Az itt közreadott tanulmányok a társadalmunkat növekvő mértékben foglalkoztató „szép halál”, az eutanázia problémakörének egymással szorosan kapcsolódó, és egymásra ható aspektusait; jogi, etikai, gyakorlati orvoslási, érzelmi oldalait tárgyalják, anélkül, hogy a kérdésekre végleges és megfellebbezhetetlen válaszokat próbálnának adni.

Magyar Tudomány 1996. 7. szám

Büki Béla

Az eutanázia bevezetése a gyakorlatban

Tegyük fel, hogy a társadalmi vita kiszélesedésével az elvont érvek hatására megbizonyosodunk afelől, hogy szükséges az eutanázia bizonyos formáinak bevezetése. A következőkben azt vizsgálom meg, hogy ha egyszer a vita konklúziójaként kívánatosnak ítéljük, milyen gyakorlati feltételek mellett képzelhető el az eutanázia gyakorlatának kialakítása.

A továbbiakban az eutanázia alatt mind az aktív, mind a passzív eutanáziát értem. A jelenlegi jogi és orvosi-erkölcsi szabályok szerint a betegnek joga van a felajánlott kezelést elutasítani, azonban ha akut életveszély áll fenn, az orvosnak mindent meg kell tennie annak elhárítására, még a beteg kívánsága ellenére is. Az alábbi érvelés során minden ettől eltérő viselkedési formát eutanáziának nevezek, vagyis azt, ha az orvos nem tesz meg mindent a beteg életének megmentéséért (passzív eutanázia). A felsorolt feltételek hangsúlyozottan érvényesek aktív eutanázia esetén, de szükségességük feltétlenül mérlegelendő akkor is, ha az orvosok csak arra készülnek, hogy a legkisebb mértékben eltérjenek attól a kezelési elvtől, hogy „mindent megtesznek a beteg életének meghosszabbítása érdekében, mert a legnagyobb rossz, ami a beteget érheti, az a halál”. Amennyiben a feltételek elfogadhatóak és valóban szükségesnek tűnnek, már csak azt kell megvizsgálnunk, vajon teljesülnek-e a mai magyar társadalomban.

A szükséges feltételek

Ahhoz, hogy a passzív vagy aktív eutanázia bevezetését mérlegelni lehessen, véleményem szerint a következő feltételeknek kell teljesülni:

Szakmai színvonal, technikai feltételek

Az orvosoknak tisztában kell lenniük szakmájuk minden lehetőségével, a tudomány legújabb eredményeivel. Elegendő mennyiségben rendelkezésre kell állnia minden, a világon kifejlesztett legmodernebb műszernek, gyógyszernek, eljárásnak. Magas színvonalú ápolásra és megfelelő elhelyezésre van szükség.

Ezek a feltételek azért fontosak, mert az eutanázia nem engedhető meg, ha azt gondoljuk, hogy egy másik országban talán meg lehetne menteni a beteg életét. Szintén ki kell zárni, hogy a beteg halálvágyát az ápolás, étkezés, elhelyezés nem megfelelő körülményei erősítsék. Az eutanáziát megelőző lelki és jogi procedúrák, konzultációk elkülönítést, külön kórtermet igényelnek.

Az orvosok iránti maradéktalan bizalom

Ahhoz, hogy a betegek érett döntést hozhassanak saját sorsuk felől, rendelkezniük kell a betegségüket illető összes információval. Ezeket akkor tudják megfelelően értékelni, ha tökéletesen megbíznak orvosukban. Az orvosok iránti bizalom csak akkor alakul ki igazán, ha az orvosnak nem fűződik közvetlen anyagi érdeke a beteggel kapcsolatos teendőkhöz.

Tökéletesen működő adminisztratív és döntéshozó rendszer

Mindenfajta eutanázia fontos feltétele, hogy jól dokumentálva, jogilag feddhetetlen módon történjék. Ehhez nagyszámú szakértőből (például a beteg döntésképeségét mérlegelő pszichiáter stb.) felállított team, de még inkább lehetőleg az előbbieik részvételével végzett bírósági munka szükséges.

A társadalom pozitív hozzáállása a betegekhez

Absztrakt, kevésbé megfogható, de fontos feltétele a halálba segítségnek, illetve a könnyű halál előidézésének, hogy a társadalom megfelelő módon tudjon gondoskodni a betegekről. Ez abban fejeződik ki, hogy betegség esetén az ember ne legyen sem anyagilag, sem erkölcsileg súlyosan kiszolgáltatott helyzetben. A beteg kapjon meg minden segítséget ahhoz, hogy könnyedén átvészelje azt az időszakot, amíg önfenntartásához nem tud hozzájárulni. Amennyiben tartós egészségkárosodásról, rokkantságról, krónikus betegségről van szó, az egészséges embereknek, a társadalomnak kell átvállalni a gondozást, a teljes emberi élethez szükséges feltételek biztosítását. Ellenkező esetben nem zárható ki, hogy a beteg azért akarja hátralévő idejét lerövidíteni, mert nyugnek érzi magát, vagy mert fél, hogy az alapvető feltételek sem adóttak ápolásához.

A fenti feltételeknek általánosan kell teljesülni, tehát nem elég, hogy egy-egy kiemelt osztályon, kórházban legyenek meg, hiszen a szabályokat országosan, törvényi szinten kell kialakítani, és nem engedhető meg, hogy egyesek részesülhessenek a kellemes halál jótéteményében, mások pedig nem.

A feltételek teljesülése

A következőben azt vizsgálom, hogy teljesülnek-e a fenti feltételek ma hazánkban, illetve, hogy várható-e teljesülésük a közeljövőben.

Szakmai színvonal, technikai feltételek

Hazánkban magas színvonalú az egészségügyi ellátás (különösen az anyagi lehetőségekhez képest). Mégsem mondhatjuk, hogy a közvélemény szemében a hazai vezető intézmények mondhatnák ki az utolsó szót egy-egy beteg esetében, hiszen bevett gyakorlat, hogy súlyos betegeket külföldre visznek gyógykezeltetni. A média egyre gyakrabban jelenti fontos berendezések hiányát, és az egészségügyi kiadások csökkenésével, valamint a teljesítményarányos finanszírozási rendszer bevezetésével látható, hogy egyes, veszteséges kórházakban fontos eszközökre, gyógyszerekre sem lesz anyagi fedezet. Ennek alapján ez a feltétel aligha teljesül. Hazánkban gyakorlatilag megfelelő a

diagnosztikus és terápiás tevékenység, viszonylagos gazdasági elmaradottságunk miatt azonban a beteg és hozzátartozói sohasem lehetnek biztosak benne, hogy a világ egyetlen kórházában sem tudnák meggyógyítani a nálunk gyógyíthatatlannak vélt beteget. Jó példa erre az, hogy hazánkban gyakran fordulnak a betegek a különböző alternatív gyógymódok felé, sok esetben mellőzve az orvosok által javasolt gyógykezelést (természetgyógyászok, csodagyógyszerek). Ez a következő feltétel hiányát is jól alátámasztja. A feltétel teljesülése nem várható a közeljövőben.

Az orvosok iránti maradéktalan bizalom

A hazai orvoslás közismert problémája a hálapénz. A rendszer a gyakorlatban, a betegek, orvosok között „jól működik”, hivatalosan is elismert (lásd adózás). Elméletben azonban sohasem zárható ki, hogy az orvos tudatosan vagy tudat alatt anyagi megfontolások alapján is cselekszik. Amíg a hálapénz rendszert teljesen le nem bontjuk, vagy össze nem omlik, a gyanú mindig felmerülhet. Szerencsére hazánkban a betegek általában megbíznak az orvosaikban. Kérdéses azonban, hogy szabad-e ezt az érzékeny egyensúlyt, amely a hálapénz elfogadása és a bizalom között van, azzal megterhelni, hogy az orvosok elvállalják a betegek halálba segítését is. A feltétel valószínűleg nem teljesül a közeljövőben. Annál is kevésbé, mivel előreláthatóan hazánkban is megszorodnak az ügyvédi irodák által szorgalmazott kártérítési perek, amelyek hosszú távon a defenzív medicinához, az orvos-beteg kapcsolat megromlásához, a bizalom gyengüléséhez vezetnek.

Tökéletesen működő adminisztratív és döntéshozó rendszer

Napjainkban közismert a jogi folyamatok lassúsága, a bíróságok túlterheltsége. A jogilag pontosan szabályozott eutanázia bevezetéséhez szükséges bírósági munkához jelenleg valószínűleg nem áll rendelkezésre elegendő kapacitás. Könnyebben képzelhető el, de kevésbé meggyőző (különösen az eljárások bevezetésének kezdeti stádiumában) bizottságok felállítása erre a célra.

A társadalom pozitív hozzáállása a betegekhez

Ma a gazdaság erőforrásainak szűkössége miatt a társadalom nem biztosíthatja a betegeknek a teljesen kielégítő ellátást. A táppénzfizetési kötelezettséggel terhelt kifizetések köre bővül, ugyanakkor várható a táppénz mértékének csökkenése. A jelenlegi helyzetben nem a betegek és rászorultak érdeke, hanem a gazdaság fellendítése élvez prioritást, ennek megfelelően a betegek, különösen a krónikus betegségekben szenvedők és a rokkantak fokozottan kiszolgáltatott helyzetbe kerülnek.

Összefoglalás

A felsorolt feltételek teljesülése véleményem szerint elengedhetetlen az eutanáziával kapcsolatos gyakorlati problémák megtárgyalásához. A megvizsgált feltételek nem adóttak, teljesülésük nem várható a közeljövőben.

Társadalmunk napjainkban rendkívül dinamikusan változó, mozgásban lévő rendszer. Ezt jellemzi a hullámzó politikai közeg, a születő törvények nagy száma, a gazdasági változások sebessége. Az egészségügy fontossága jelenleg háttérbe szorult. A mai egészségügyi ellátásra a kompromisszum jellemző. Gyakran hiányoznak az alapvető műszerek, gyógyszerek. A kórházakban nincsenek meg a szükséges helyiségek, a megfelelő étkeztetés, az alapvető higiénés feltételek. Az egészségügyben is mélyreható változások zajlanak a teljes betegellátási és szociális rendszer reformjával. A fentiek miatt napjainkban az orvosoknak egyszerűen csak arra van lehetőségük, hogy legjobb tudásuk szerint, minden körülmények között a beteg életének meghosszabbítására törekedjenek. A társadalom és a gazdasági helyzet jelenleg nemcsak a meghalni vágyóknak, hanem gyakran az élni és gyógyulni akaróknak sem tudja biztosítani a megfelelő lehetőségeket. Amíg a fenti feltételek nem teljesülnek, egyszerűen nincs lehetőség az orvosok és a betegek között létrejött íratlan szerződés kibővítésére, addig az orvosok csak keveset vállalhatnak, csak azt, hogy minden körülmények között megpróbálják meggyógyítani a beteget és meghosszabbítani életét, még szenvedése árán is. Talán a gazdasági helyzet javulása után a társadalom nagyobb gondoskodással fordulhat a beteg ember felé, akkor majd komplexebb szerződés is létrejöhet orvos és betege között. Addig az a legfontosabb, hogy minden tudásunkkal csökkentsük a gyógyíthatatlan beteg szenvedését. Így a beteg bízhat benne, hogy szakmánk művészi színvonalának rovására, még esetleg szenvedése árán is az utolsó pillanatig harcolni fogunk életéért.

Mindezzel csak az eutanáziával kapcsolatos gyakorlati nehézségekre kívántam felhívni a figyelmet. Annak ellenére, hogy a fentiek alapján az adott körülmények között nem tartom lehetségesnek az eutanázia egyetlen formájának bevezetését sem, az elméleti vita nagyon fontos mert sok kérdésben kell olyan etikai álláspontot kialakítani, amely a gyakorló orvos segítségére lehet mindennapi gyógyító munkájában. A legközvetlenebbül felmerülő kérdés: meddig kell figyelembe venni az egyre romló állapotú beteg kezelésének mellőzésére vonatkozó kérését. A betegnek a jelenlegi szabályozás szerint kétségtelenül joga van megtagadni a kezelést, azonban ha ezt közvetlenül halála előtt is figyelembe vennénk, öngyilkosságához nyújtanánk segítséget (passzív eutanázia). Ennek az átmenetnek számos árnyalata van, amelyek tisztázása a passzív és aktív eutanáziától eltekintve is fontos lenne.

Magyar Tudomány 1996. 7. szám

Kovács József
Az eutanázia etikai dilemmái*

A legelső „eutanázia” eset, mely nagy nyilvánosságot kapott, Karen Ann Quinlan amerikai diáklány esete volt. 1975-ben – pontosan azóta sem tisztázott okból – Karen légzése egy baráti összejövetelel 15 percre leállt, s noha az újraélesztés eredményesnek bizonyult, a hypoxia miatt fellépett agykárosodás irreverzibilis kómát idézett elő. Mivel több hónapos kezelés után bizonyossá vált, hogy Karen állapota visszafordíthatatlan, s egész hátralevő életét kómában kell leélnie, szülei arra kérték a kezelőorvost, hogy kapcsolja le lányukat a lélegeztetőgépről. Az orvosok azonban ezt megtagadták, mert úgy gondolták, hogy ez a beteg megölésével lenne egyenlő. A szülők bírósághoz fordultak, mely jogosnak ítélte kérésüket, s megengedte számukra, hogy lányukat a lélegeztetőgépről lekapcsolassák, még akkor is, ha ez előreláthatólag Karen halálát fogja eredményezni. A lányt azonban egy katolikus kórházban kezelték, s az apácák – sejtve a bíróság várható döntését – még a tárgyalás ideje alatt elkezdték „elválasztani” betegüket a lélegeztetőgépről. Periodikusan lekapcsolták róla és visszakapcsolták rá, hogy Karen ismét „megtanuljon” lélegezni, hogy mire a bíróság elrendeli a respirátor kikapcsolását, Karen képes legyen spontán lélegzésre. Az apácák sikeresek voltak, mert Karen a respirátorról való lekapcsolása után spontán lélegezni kezdett. Végül még kilenc évig élt, s csak 1985-ben halt meg tüdőgyulladásban, melyet orvosai nem kezeltek antibiotikummal, hogy Karen végre meghalhasson.¹

A Quinlan-eset volt az első, mely ráirányította a figyelmet az életfenntartó kezelések megszüntetésével kapcsolatos problémákra. Számos hasonló eset következett ezután, mutatva, hogy itt a modern orvosi technika által létrehozott problémáról van szó, melyek rendszeres ismétlődése szükségessé teszi az ezekkel kapcsolatos erkölcsi dilemmák szisztematikus elemzését. Így került az eutanáziakérdés ismét az érdeklődés homlokterébe.

*Ez a dolgozat részlet a közeljövőben megjelenő „Bevezetés a bioetikába” c. könyvből. Köszönettel tartozom a Soros Alapítványnak, amelynek a keretei között működő Open Society Institute jelentős támogatást nyújtott ezen könyv megírásához. (Research Support Scheme, No: 154/93.) A könyv megírásának egy szakaszában „A bioetika aktuális problémái Magyarországon” c. OTKA kutatási projekt (Nyilvántartási szám: T-013712) résztémájaként szintén kutatási támogatásban részesültem.

Az eutanázia fogalma

Az eutanázia (görög eu=jó, thanatos=halál) az a tett, melynek során „A” kioltja „B” életét „B” érdekében.² Az eutanázia így egy másik ember életének az ő érdekében történő szándékos kioltása, legtöbbször azért, mert az illető elviselhetetlenül szenved egy gyógyíthatatlan betegségben. A mai eutanáziavitákban az eutanázia bármely formájának támogatói általában csak az önkéntes eutanáziát tartják elfogadhatónak, azt, amikor az eutanáziát a beteg személy kifejezett kérésére hajtják végre. Általánosnak tekinthető az a vélemény, hogy a beteg kérése nélkül semmiféle eutanázia nem elfogadható. A vita tehát ma arról folyik, hogy segítséget nyújthat-e az orvos betegének akkor, ha az – elviselhetetlen és kilátástalan szenvedései elől menekülni akarván – őt eutanáziára kéri?

Az aktív és a passzív eutanázia

Az eutanázia végrehajtásának módja szerint aktív és passzív eutanáziát különíthetünk el. Aktív eutanázia esetén az orvos tesz valamit, ami megrövidíti a beteg életét, míg passzív eutanázia esetén az orvos elmulaszt megtenni valamit, ami a beteg életét meghosszabbítaná. Aktív eutanázia esetén tehát az orvos megöli a beteget, míg passzív eutanázia esetén csak hagyja meghalni. Aktív eutanázia pl., ha az orvos intravénásan mérget ad a betegnek, melynek eredménye a beteg azonnali halála lesz, míg passzív eutanázia esetén az orvos például nem éleszti újra a klinikai halál állapotában levő idős beteget, vagy egy irreverzibilis kómás beteget, ha veseelégtelenség lép fel nála, nem részesít dialízisben, szükség esetén nem ad neki életmentő transzfúziót stb. Ilyenkor hagyja, hogy a „természet tegye a dolgát”, hagyja a beteget „méltósággal meghalni”.

A tradicionális orvosi felfogás szerint aktív eutanáziát az orvosnak soha nem szabad végeznie, míg a passzív eutanázia bizonyos esetekben megengedhető. Ez utóbbit a hagyományos orvosetikai kódexek akkor tartották elfogadhatónak, amikor a beteg reménytelen állapotban van, élete már csak heroikus erőfeszítésekkel, igen agresszív orvosi kezeléssel lenne ideig-óráig meghosszabbítható, de így is voltaképpen csak a haldoklást nyújtják meg. Ilyenkor – az érvelés szerint – nem kötelessége az orvosnak az, hogy minden lehetőséget megtegyen azért, hogy a beteg haldoklását még néhány nappal meghosszabbítsa, sőt, ez nem is lenne humánus. Ilyenkor hagyni kell, hogy a beteg természetesen haljon meg. A szokásos érvelés szerint az ilyen passzív eutanázia azért nem igazi eutanázia, mert ilyenkor nem az orvos öli meg a beteget, hanem a betegség, az orvos csak hagyja, hogy a természet bevégezze a munkáját ott, ahol ő már a szenvedéseket és a haldoklást tudná csak meghosszabbítani. Ez az érvelés hosszú ideig általánosan elfogadottnak számított. A mai eutanáziapárti mozgalmak azonban általában az aktív eutanázia morális elfogadhatósága mellett szállnak síkra, s nem fogadják el azt a fenti axiómát, miszerint aktív eutanáziát az orvosnak semmilyen körülmények között

nem szabad végeznie. Ezt tükrözi a jelenlegi holland gyakorlat is, ahol orvosok évente több ezer aktív eutanáziát végeznek. Célszerű ezért áttekinteni a mai eutanázia-vitákban gyakrabban felhozott érveket és ellenérveket.

Érvek az aktív eutanázia mellett

Vallásos érvek

Gyakran érvelnek az eutanázia ellen a bibliai „Ne ölj” parancssal. Ez azonban nem pontos fordítása a Bibliának, melynek szellemét jobban kifejezné a „Ne gyilkolj” parancs. A gyilkosság morálisan elfogadhatatlan emberölést jelent, így a „Ne gyilkolj” parancsa a morálisan elfogadható emberölést nem zárja ki. Ezért egyeztethető össze a bibliai parancsolat az emberölés több formájával (az igazságos háborúban és az önvédelemből való öléssel, valamint a halálbüntetéssel). Így ez a parancsolat nem feltétlenül tiltja az eutanáziát sem. Bár a katolikus egyház az aktív eutanáziát tiltja, sok teológus elfogadhatónak tartja.³

Gyakori érv az eutanázia ellen az is, hogy egyedül Isten joga eldönteni, ki meddig éljen, az ember nem bitorolhatja az Isten jogait, s így az élete befejezéséről döntést nem hozhat. Ezt az érvet azonban már Hume megcáfolta, amikor úgy érvelt, hogy ha Isten életünk hosszát előre meghatározta volna, akkor életünket megmenteni, s így meghosszabbítani (pl. úgy, hogy félreugrunk egy ránc eső téglá elől) éppúgy Isten jogai bitorlását jelentené, mint életünket megrövidíteni. Ennek az érvek az alapján az egész orvostudomány Isten jogainak a bitorlásával lenne egyenlő, hiszen a medicina célja többek között az emberi élet meghosszabbítása.⁴ Valójában azonban Isten az embert saját képére és hasonlatosságára teremtette, s mivel Isten teremtő, kreatív lény, ezért az ember is az. Így az ember csak saját természetének megfelelően cselekszik, ha kreativitását saját céljai elérésére használja fel.

Az az érv is gyakran elhangzik, hogy a szenvedéseket Isten mérte ránk, ezért nem szabad azt eutanáziával megszüntetnünk. Ha azonban ez az érv helyes lenne, akkor a fájdalomcsillapítás sem lenne erkölcsileg elfogadható.⁵

Világi érvek

Állatok esetén ma általánosan elfogadott, hogy pl. egy súlyosan sérült lovat vagy kutyát, ha nagy fájdalmai vannak, s meggyógyítására már nincs remény, helyes fájdalommentesen megölni, s így megváltani szenvedéseitől. Senki nem mondja ilyenkor, hogy hagyni kell a természetet, hadd végezze el a munkáját. Az emberekkel sem szabad rosszabbul bánni, mint az állatokkal. Az embereknél is elfordul gyógyíthatatlan betegség, s létezik olyan szörnyű szenvedés is, melynek még a leírásától, illetve elolvasásától is irtózunk. Ilyenkor humánus a beteget – saját kérésére – eutanáziában részesíteni, s mivel a passzív eutanázia gyakran elhúzódó haldokláshoz vezet, ezért sokszor humánusabb az aktív

eutanázia. Nem szabad ilyenkor a véletlenre bízni – mint ahogyan a passzív eutanázia során teszik -, hogy a halál mikor és hogyan következik be.⁶ Eutanáziát csak akkor szabad végezni, ha az a beteg érdekében áll, s ezt természetesen csak a beteg döntheti el. Ha azonban a halál a beteg érdekében áll, akkor az aktív jobb, mint a passzív, mert a halált gyorsabban hozza létre.

Az egyén szabadságában áll eldönteni, hogy reménytelen szenvedéseit tovább viselje-e, vagy válassza-e inkább a halált. Szekularizált korunkban egyre többen fogadják el, hogy az egyén sem Istené, sem az államé, hanem elsősorban saját magáé, s így joga van élete befejezéséről dönteni. Természetesen egy ilyen döntést tarthatnak mások erkölcstelenségnek vagy butaságnak, de ameddig az illető másoknak nem árt, joga van ilyen döntést hozni.⁷ Az élet más területein is hasonló elvek érvényesülnek. A szexuális szokások tekintetében például széles körben elfogadott alapelv, hogy egyetértő felnőttek között minden megengedett, mely másoknak nem árt, s bármilyen erkölcstelennek vagy visszataszítónak is tartunk egy szexuális viselkedést, magánügynek minősül mindaddig, míg másoknak nem okoz kárt. Hasonlóképpen, miért ne lenne megengedhető, hogy a beteg eutanáziát kérjen és kapjon orvosától, ha talál olyan orvost, aki ezt hajlandó végrehajtani. Természetesen, ha egy orvos úgy gondolja, hogy az aktív eutanázia erkölcstelen, akkor nem kötelessége azt elvégezni. Az orvos – lelkiismereti okokra hivatkozva – visszautasíthatja a részvételt minden olyan ténykedésben, mely lelkiismeretével, morális meggyőződésével nem egyeztethető össze (pl. abortusz, eutanázia). Ha viszont egy orvos az aktív eutanáziát megengedhetőnek tartja, akkor milyen indoklással lehet megtiltani azt, hogy az azt kérő betegen azt elvégezze, ha ezzel senki másnak nem ártanak?⁸

Végül gyakran elhangzó érv az is, hogy a passzív eutanázia ma minden országban széles körben elterjedt gyakorlat. Mivel az aktív és a passzív eutanázia között a különbség sokszor elmosódó, s például – Rachels érvelése szerint – ha passzív eutanáziánál az orvos szándéka a beteg halála, akkor az aktív és a passzív eutanázia között nincs is elvi különbség, ezért ma voltaképpen az eutanázia gyakran előfordul, de mindenféle jogi felhatalmazás nélkül és titkokban történik.⁹ Ha azt is figyelembe vesszük, hogy a gyakorlatban a passzív eutanáziát sokszor nem-indikált, nem-hasznos orvosi kezelésnek nevezik, melynek megszüntetése kizárólag az orvos döntési jogának minősül, akkor ez azt jelenti, hogy a gyakorlatban gyakran végeznek aktív vagy passzív eutanáziát a beteg beleegyezése, illetve megkérdezése nélkül. Mivel az eutanázia – ha egyáltalán elfogadható – csak a beteg beleegyezésével fogadható el erkölcstelen, ezért a jelen gyakorlat azt jelenti, hogy az eutanázia titokban, a nyilvánosság és a betegek kizárásával, bármiféle nyilvánosan megvitatott szabályok nélkül történik. Így az aktív eutanázia legalizálása nyilvánosan megvitatott és pontosan megfogalmazott szabályok alapján csak nyílttá és ellenőrizhetővé tenné azt, ami ma rejtett és nem ellenőrizhető. Hollandiában gyakran hivatkoznak erre az érvre az aktív eutanázia legalizálásának indoklásaként.

Érvek az eutanázia ellen

Az aktív eutanázia megengedhetőségével szemben többféle érv hozható fel. Ezek többsége az aktív eutanázia legalizálásának hosszú távú hátrányos következményeire hívja fel a figyelmet.

Technikai jellegű érv az eutanázia legalizálása ellen, hogy ez megoldhatatlan, mert a jogi szabályozásnak a következő két feltételt kellene kielégítenie, melyek együttes elérése lehetetlen:

a) Megfelelő garanciákat kellene teremtenie az esetleges tévedések, illetve visszaélések ellen.

b) Biztosítania kellene a szenvedő betegek gyors halálát.

Míg az a) feltétel lassú, körültekintő jogi procedúrát tenne szükségessé, addig a b) feltétel minél gyorsabbat. Így a két feltétel együtt nehezen biztosítható, ezért az aktív eutanázia megnyugtató jogi szabályozása lehetetlen.¹⁰

Az önkéntes aktív eutanázia legalizálása azért is elfogadhatatlan, mert előbb utóbb kényszereutanáziához (vagyis a beteg beleegyezés nélküli eutanáziához) vezetne.

Ennek négyféle formája lehet.¹¹

„Cryptanázia (=titkos eutanázia)”, mely bizonyos betegek titokban, a beteg beleegyezése nélkül történő eutanáziája. Hollandiában leírtak ilyen eseteket. Az aktív ölés megengedése ugyanis olyan pszichológiai változásokat indíthatna el a társadalom tagjaiban, melynek eredményeképpen az emberek hajlamosabbak lennének az emberölést mint problémamegoldási módszert elfogadni. A társadalom így elveszítheti az emberöléssel szembeni morális gátlásait, s egyfajta pszichológiai „csúszós lejtőre” kerülhet, melyen nem tud megállni. Ami kezdetben néhány terminális állapotú, szenvedő beteg saját kérésére végrehajtott eutanáziájának indulna, az könnyen válna sokkal szélesebb csoportokra kiterjedő kényszereutanáziává.

„Bátorított” eutanázia. Ilyenkor a krónikus vagy haldokló betegekre pressziót gyakorolnak, hogy válasszák az eutanáziát, hogy ezzel megkíméeljék a családjukat az ilyen betegek hosszas kezelésével járó érzelmi és anyagi terhektől. Egy társadalomban, mely az aktív eutanáziát megengedné, már ennek a lehetőségnek a pusztja léte is pressziót jelentene a haldoklóra, hiszen így neki nemcsak közelgő halálának terhével kellene megbirkóznia, hanem saját lelkiismeretfurdalásával, esetleg a rokonok lappangó neheztelésével is: miért nem kér már aktív eutanáziát? Ilyenkor a terminális állapotúak könnyen úgy érezhetnék, hogy az aktív eutanázia a számukra nem pusztán jog, hanem kötelesség, mellyel családjuk, szeretteik válláról súlyos terheket vehetnek le. Ez pszichológiailag rendkívül megnehezítené a haldoklás amúgy sem könnyű periódusát.

„Helyettesített döntésű” eutanázia. Mivel cselekvőképtelen betegek helyett gyámjuk, hozzátartozójuk stb. dönt a cselekvőképtelen beteg feltételezett értékrendje, illetve érdeke alapján, ezért az eutanázia legalizálása estén

cselekvőképtelen beteg eutanáziáját kérhetné cselekvőképes gyámja. Ez pedig elfogadhatatlan.

„Diszkriminatív eutanázia”. Egyes kisebbségi, hátrányos helyzetű csoportok tagjainak életét a társadalom könnyen értéktelennek minősítheti, s így ők is presszionálhatók lennének arra, hogy eutanáziát „kérjenek” bizonyos esetekben. Sok ilyen csoport van (pl. szegények, idősek, alkoholisták, kábítószer-fogyasztók, AIDS-es betegek, faji kisebbségek tagjai stb.).

Egy aktív eutanáziát megengedő törvény társadalmi következményeit lehetetlen megítélni anélkül, hogy ne vennék figyelembe a létező társadalmi egyenlőtlenségeket. Ezek az élet valamennyi területén megnyilvánulnak, így az egészségügyi ellátásához való hozzájutás területén is.¹² Ez azért lényeges tényező az eutanázia vonatkozásában, mert az aktív eutanáziát kérő beteg legtöbbször valójában nem a halált kéri, hanem a segítséget és a szeretetet.¹³ Az ilyen kérés gyakran a gyötrő fájdalom miatt hangzik el, melynek oka a nem kielégítő fájdalomcsillapítás s a depresszió. Vizsgálatok szerint az USA-ban a terminális állapotú rákos betegek 50%-ánál nincs kielégítő fájdalomcsillapítás.¹⁴ A mai klinikai gyakorlatban sem a hatékony fájdalomcsillapítás, sem a depresszió diagnosztizálása és terápiája nem történik megfelelő színvonalon.¹⁵ Az csak mítosz, hogy a klinikailag manifeszt depresszió „normális” velejárója a terminális betegségeknek. Valójában a legtöbb terminális beteg nem akar öngyilkos lenni, s akik igen, azok közül sokan depresszióban szenvednek, ami kezelhető.¹⁶ Mindebből az következik, hogy az eutanáziakérések oka gyakran a nem kielégítő fájdalomcsillapítás, a nem diagnosztizált és nem kezelt depresszió, a beteg magárahagyatottsága, érzelmi izolálódása. Mindezt nem az eutanázia legalizálásával kell megoldani, hanem a fájdalom és a depresszió hatékonyabb diagnosztizálásával és kezelésével, a beteggel való intenzívebb foglalkozással, jobb orvos-beteg kommunikációval, megfelelő palliatív terápiával, a hospice szellemű ellátás hozzáférhetővé tételével,¹⁷ s annak elismerésével, hogy a betegnek joga van akár életfenntartó kezelést is visszautasítani. Ezek a tények arra is utalnak, hogy miért jelentene az eutanázia legalizálása aránytalanul nagy veszélyt a társadalom elesettebb, hátrányosabb helyzetű tagjaira. Elsősorban azért, mert ők kevésbé jutnak hozzá a hatékony egészségügyi ellátáshoz, s a fenti problémák (a meg nem oldott fájdalomcsillapítás, s a depresszió elégtelen kezelése) valószínűleg náluk jelentkeznének a leggyakrabban.

További érv az aktív eutanázia ellen, hogy legalizálása megrontaná az orvos és a beteg közötti viszonyt. A beteg ugyanis az orvosában nemcsak a gyógyítót, hanem potenciális halálosztót is láthatna. Hollandiában, ahol az eutanázia gyakorlat, a betegek egy része fél a kérés nélküli eutanáziától.¹⁸

Az önkéntes, aktív eutanázia legalizálása azt a rejtett üzenetet küldené (akaratlanul is) a társadalom tagjainak, hogy „Nem bánnánk, ha megszabadulnánk tőled”, míg az eutanáziát tiltó társadalom rejtett üzenete:

„Mindenkinek joga van, hogy köztünk legyen, szeretnénk, ha te is velünk lennél, ha mindannyian velünk maradnátok”.¹⁹

Az önkéntes, aktív eutanázia azért is elutasítandó, mert nem oldja meg azt a problémát, melynek megoldására alkalmazzák. Pártolói szerint ugyanis megkíméli a terminális állapotúakat a halál előtti hosszú kínlódástól. Ez azonban sokszor nem teljesül. A holland televíziónézők milliói láthatták egy önkéntes, aktív eutanáziára váró asszony lefilmezett kínlódását és kétségbeesését a „kivégzés” előre megbeszélt napjának közeledtekor. A humánus halál az, melynek időpontja bizonytalan, melynél a félelmet a remény enyhítheti. Ezt az aktív eutanázia lehetetlenné teszi.²⁰ Az aktív eutanázia filozófiájának legfőbb hibája, hogy azon a téves premisszán alapul, miszerint a halál és a haldoklás emberi tragédiája valamilyen módon megoldható. Ez tévedés, ez a probléma megoldhatatlan, s így az eutanázia által kínált „megoldás” is csak álmelegoldás lehet. Ugyanakkor, ha az aktív eutanázia lehetősége adott, akkor a beteg fájdalmainak csillapítása, pszichológiai egyensúlyban tartása stb. szakmailag nehéz feladata helyett nagy a csábítás ilyenkor az eutanáziához fordulni. Így az aktív eutanázia nem kiegészíti az orvostudományt, hanem kiszorítja, helyettesíti azt.²¹

A fenti ellenérvek mellett szólnak, hogy noha az aktív eutanázia ritka, egyedi esetekben lehet ugyan indokolt, jogrendszerünket és morális szabályainkat nem szabad a rendkívüli helyzetekhez igazítanunk. A gyakorlati megfontolások mellett szólnak, hogy a passzív eutanázia megengedésének jóval kisebbek a társadalmi veszélyei, mint az aktív eutanázia megengedésének. Ugyanakkor, mivel a passzív eutanázia is eutanázia, ezért feltételeinek, morális megengedhetőségének szabályait sokkal szigorúbban kell kidolgozni, mint ahogyan ez hagyományosan szokás volt. Nagyjából ezt a gondolatmenetet követte az USA, ahol a passzív eutanázia kivitelezésének nagyon pontosan megfogalmazott erkölcsi és jogi szabályai vannak. Mivel több európai ország ezt az utat követi, s Magyarország számára is ez az út látszik járhatónak, ezért röviden szükséges a passzív eutanázia szabályozásának USA-beli tapasztalatait áttekinteni.

A passzív eutanázia (Életmentő, illetve életfenntartó orvosi kezelésekről való lemondás)

Ilyen döntéseket – általában a beteg kérésére – legtöbbször terminális állapotú betegek esetén hoznak. Terminálisnak az a beteg tekinthető, akinek állapota – függetlenül attól, hogy kap-e kezelést vagy sem – irreverzibilis, s nagy valószínűséggel 3-6 hónapon belül halálhoz vezet.²² Terminális állapotú betegek esetén az orvosi prioritások megváltoznak. Míg normálisan az orvos legfőbb célja a beteg életének a meghosszabbítása, s ehhez képest a fájdalom csillapítása, illetve a szenvedés mérséklése csak alárendelt jelentőségű, addig

terminális állapot esetén elsőrendű szemponttá a szenvedések csökkentése válik s ehhez képest az élet meghosszabbítása csak másodlagos.²³ Érdekes módon a fájdalom enyhítésének a kötelessége az orvostudományban sokkal régebben elismert, mint az élet meghosszabbításáé.²⁴ Az orvosok feladatát – egészen a legutóbbi időkig – a következőkben foglalták össze:

- a) Gyógyítani a betegséget;
- b) Vígaszt, támogatást nyújtani a betegnek;
- c) Nem kezelni azokat, akik reménytelen állapotban vannak.

Az élet meghosszabbítása mint kötelesség, meglehetősen újkeletű, a mindenáron, minden lehetséges eszközzel való életmeghosszabítás jellegzetesen újkori jelenség.²⁵

Láttuk, hogy a mai orvosi gyakorlat sem törekedhet arra, hogy mindig, minden lehetséges eszközzel meghosszabbítsa a beteg életét, mert ebben határt szab a számára a beteg önrendelkezési joga. A beteg – önrendelkezési joga következtében – bármiféle orvosi kezelést visszautasíthat, még akkor is, ha ezzel életét megrövidíti. Így a passzív eutanázia kérdése nem úgy vetődik fel, hogy mikor dönthet úgy az orvos, hogy nem alkalmaz életfenntartó kezelést, hanem úgy: mikor engedhető meg, hogy a beteg egy életfenntartó kezelést visszautasítson, milyen kezeléseket utasíthat vissza, s milyen mechanizmusokkal biztosítható, hogy ezekben a kérdésekben a beteg akarata döntsön.²⁶

Életfenntartó orvosi kezelés visszautasítása kompetens beteg által

A „kompetens” szót az angol-amerikai szakirodalom használja. Olyan nagykorú, ép elméjű embert értenek alatta, aki tettei következményeit felmérni képes, akinek tehát a döntéshez kellő belátási képessége van. A magyar jogban a „cselekvőképes” terminus áll a legközelebb a „kompetens” fogalom jelentéséhez.

Az angol-amerikai jogrendszerben kompetens beteg mindenféle orvosi kezelést visszautasíthat, akár életmentő orvosi kezelést is, tehát senkit nem lehet kényszeríteni arra, hogy akarata ellenére bármilyen orvosi kezelésben részesüljön.²⁷ Ez alól csak akkor tesznek kivételt, ha az illetőnek kiskorú gyerekei vannak, akiket a beteg árvaságra ítélné azzal, hogy életmentő kezelést visszautasítana, vagy ha az illető jelzi, hogy nem fog ellenállni, ha vele szemben kényszergyógykezelést alkalmaznak. (Ilyen például a Jehova tanúi felekezethez tartozó, ha nem akar életmentő transzfúziót, de jelzi, hogy nem fog ellenállást tanúsítani, ha azt a bíróság mégis elrendeli.) További kivétel a börtönbeli foglyok esete, akik az USA-ban nem utasíthatnak vissza életmentő orvosi kezelést.²⁸ Ezen kivételektől eltekintve azonban kompetens beteg olyan orvosi kezelést is visszautasíthat, mely károsodásának vagy halálának a veszélyével jár. Ilyen döntés esetén azonban a beteget tájékoztatni kell a kezelés megszakításának a veszélyeiről, következményeiről, s a lehetséges alternatív

kezelési eljárásokról is. A beteg kompetenciáját két független orvosnak kell tanúsítania, s a beteg döntése csak akkor érvényes, ha mindennemű rágyakorolt kényszer biztonsággal kizárható.²⁹ Egy kaliforniai fellebbviteli bíróság által hozott döntés szerint a betegnek nem kell halálhoz vezető betegségben szenvednie ahhoz, hogy törvényesen az életfenntartó kezelés megszüntetését kérhesse. A konkrét esetben a beteg mind a négy végtagjára irreverzibilisen bénult volt, s az őt kezelő orvosi team – akarata ellenére – nasogastrikus szondát vezetett le a beteg táplálásának a megkönnyítésére. (Az Amerikai Orvosszövetség csak akkor tartotta megengedhetőnek az életfenntartó kezelés abbahagyását, ha a beteg haldoklik, vagy irreverzibilis kómában van.³⁰) A beteg bírósági úton kérte a szonda eltávolítását. A bíróság abból indult ki, hogy a beteg állapota irreverzibilis, s egész hátralevő életében (mely 15-20 év lehet) tiszta tudattal kellene elszenvednie, hogy mások etessék, mosdassák, ágytálazzák. A bíróság álláspontja az volt, hogy az orvosi szakmának nincs joga betegeket ilyen szörnyűség elviselésére kényszerítenie, nincs joga olyan életet a beteg akarata ellenére fenntartania, amit másvalakinek (a betegnek) kell leélnie és elviselnie. Noha a szonda eltávolítása siettetője vagy egyenesen okozója lehet a beteg halálának, neki mégis joga van arra, hogy hátralevő napjait méltósággal élhesse le.³¹

Ismét egy másik eset kapcsán egy halálos beteg 73 éves férfi, akit respirátorral lélegeztettek, annak kikapcsolását kérte. Ezt orvosai megtagadták. Erre ő saját maga kikapcsolta a készüléket, amit azonban orvosai visszakapcsoltak. A beteg bírósághoz fordult, azt állítva, hogy joga van a respirátorkezelést visszautasítani, még akkor is, ha ez halálát fogja előidézni. Ezzel szemben orvosai azt állították, hogy szakmai kötelességük a beteg életét fenntartani, s annak öngyilkosságát megakadályozni. A bíróság az orvosok érvelését elutasította, s megerősítette a beteg azon jogát, hogy visszautasíthat akár életmentő orvosi kezelést is.³²

Külön problémát okoz az úgynevezett érett kiskorúak kérdése. Ők jogilag még nem számítanak kompetensnek, így nem hozhatnak érvényes döntést, ugyanakkor koruk, szellemi fejlettségük alapján már érettnak tekinthetők (innen az érett kiskorú elnevezés), s saját orvosi kezelésükkel kapcsolatos kívánságaik erkölcsileg már figyelembe veendőek. Ezt sok esetben még a jog is elismerte. Az USA-ban például egy 16 éves lány osteogén sarcomában szenvedett, s az orvosok lábának amputációját javasolták. Az amputációval kb. 20-30% esélye lett volna a túlélésre, míg az amputáció nélkül csak kb. 2-3%. A lány visszautasította az amputációt. Ezt édesanyja is elfogadta, de utólag a bíróság is megerősítette az érett kiskorú lány jogát az életmentő kezelés visszautasítására.³³ Ha kezelést azonban kiskorú utasít vissza, az a megnyugtató, ha ezt bíróság vizsgálja felül, mely képes meggyőződni a kiskorú érettségéről.³⁴

Sokan a beteg önrendelkezési jogára hivatkozó fenti érvelést azért nem fogadják el, s azért próbálják nem terminális beteg esetén akár kényszergyógykezeléssel is megmenteni annak életét, mert úgy gondolják, hogy ha a betegnek az életmentő kezelést visszautasító döntését figyelembe vennék, akkor voltaképpen

segítséget nyújtanának annak öngyilkosságában. Azonban ez az érvelés sok esetben nem helytálló. A beteg ugyanis egy életmentő, illetve életfenntartó kezelést nem feltétlenül azért utasít vissza, mert meg akar halni, hanem sokszor azért, mert már belefáradt a fájdalmakba, a kezelés okozta kényelmetlenségekbe stb. A kettős hatás elvénél megismert terminológiát használva a halál a beteg döntésének általa előrelátott, de nem szándékolt mellékhatása csupán. Ha tehát a beteg visszautasít egy életfenntartó kezelést, akkor – noha látja, hogy ez valószínűleg a halálához fog vezetni – ez tettének csak előrelátott, de nem szándékolt következménye, így ez legtöbbször nem öngyilkosság.³⁵

Életfenntartó kezelés visszautasítása inkompetens beteg által

Amikor az életfenntartó kezelés megszüntetésének vagy el nem kezdésének a kérdése felvetődik, a beteg legtöbbször már nincs megkérdőjelezhető állapotban. Ilyen eset a már leírt perzisztens vegetatív állapot és az irreverzibilis kóma, ahol dönteni kell arról, kezeljenek-e egy esetlegesen fellépő pneumóniát, részesítsék-e a beteget mesterséges táplálásban, de ilyen például egy haldokló beteg esetén a klinikai halál állapota is, ahol arról kell dönteni, reszuscitálják-e őt, vagy sem. Ki döntsön ilyenkor? Erre a kérdésre többféle válasz létezik, s a gyakorlatban is különféle megoldási módok alakultak ki.

A kezelőorvos dönt. Ez a hagyományos, paternalisztikus megoldás. Ilyenkor a kezelőorvos, ismerve haldokló betegét és annak körülményeit, annak a legjobbat akarva dönt arról, hogy alkalmaz-e további heroikus beavatkozásokat, vagy már lemond bizonyos agresszív kezelési formákról azért, hogy a beteg békességben halhasson meg. Az orvosok egy kis részének az a véleménye, hogy soha semmilyen kezelésről nem szabad lemondani, s a beteg életéért mindig, minden lehetséges eszközzel a végsőig kell harcolni még akkor is, ha az haldoklik, s az agresszív kezelésnek csak annyi haszna lehet, hogy néhány nappal vagy héttel megnyújtja a beteg haldoklását. Az orvosok többsége azonban azt a gyakorlatot követi, hogy reménytelen állapotú betegnél nem tesz már meg mindent, ami technikailag lehetséges a beteg haldoklásának a meghosszabbítására, ha úgy látja, hogy ez a betegnek túl terhes.³⁶

A döntés kizárólag az orvosra bízó hagyományos modellnek a helyessége azonban ma már megkérdőjelezhető, mert az orvos legtöbbször nem tudja a beteg megkérdése nélkül egyedül eldönteni, hogy mi a beteg igazi érdeke. Ehhez ugyanis ismernie kellene annak értékrendjét, ami más, mint az orvosé. Az orvosok például legtöbbször sokkal jobban félnek a haláltól, s sokkal nagyobb jelentőséget tulajdonítanak az egészségnek, mint a betegek. Sok orvosra jellemző ezért a furor therapeuticus („gyógyítási düh”, a „kezelés mindenáron”) szemlélete. Ezt a beteg nem feltétlenül osztja, s így másképp döntene, mint orvosa, ha lehetőséget kapna a döntésben való részvételre. A paternalisztikus orvosi viselkedés, mely a beteggel gyerekként bánik, kizárva őt az életét érintő

legalapvetőbb döntésekből, sérti a beteg önrendelkezési jogát, s sem jogilag, sem erkölcsileg nem elfogadható.³⁷

Kórházi etikai bizottság dönt. Ez a forma az USA-ban terjedt el, ahol a Karen Ann Quinlan-eset kapcsán hozott bírósági döntés bátorította a kórházakat arra, hogy életfenntartó kezelések megszüntetésénél az orvos konzultáljon a kórházakban e célból létesített etikai bizottságokkal. Ezek nem fegyelmi bizottságok, hanem etikai tanácsadó testületként működnek, melyben orvosokon kívül filozófusok, etikusok, teológusok, jogászok és laikusok is részt vesznek, s a bizottság a kórház orvosainak etikai konziliáriusa. Döntése nem kötelező az orvosra nézve, viszont segíti őt abban, hogy etikailag tájékozott döntést hozzon. Az ilyen bizottságoknak nagy szerepük van a kórházi személyzet etikai tudatosságának a növelésében, de önmagukban mégsem alkalmasak arra, hogy életfenntartó kezelések megszüntetéséről döntsenek, hiszen az orvos egyszemélyi döntésénél említett alapprobléma itt is jelentkezik: a beteg a döntésbe nincs bevonva, így önrendelkezési joga nem érvényesülhet. Ezért ma az a konszenzus kezd kialakulni, hogy csak a beteg akaratának érvényesülését biztosító jogi dokumentumok (az úgynevezett élő végrendeletek különböző formái) biztosítják ilyen esetben a megnyugtató megoldást. Ezért célszerű ennek részletesebb tárgyalása.

A living will (élő végrendelet)

Az élő végrendelet olyan eszköz, amelynek segítségével a beteg akkor is ki tudja fejezni a kezelését illető kívánságait, amikor már nincsen megkérdőjelezhető állapotban, amikor már inkompetens. Az elnevezés arra utal, hogy míg a „szokásos” végrendelet csak a végrendelező halála után lép hatályba, addig az élő végrendelet már az illető életében iránymutató: akkor, amikor a beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotba kerül, s orvosának döntenie kell arról, hogy végezzen-e agresszív orvosi kezelést, heroikus beavatkozásokat a beteg életének fenntartására.³⁸

Az élő végrendelet olyan okmány, amelynek segítségével a beteg önrendelkezési joga kiterjeszhető arra a periódusra is, amikor már eszméletlen, s így közvetlenül nem tud nyilatkozni a kezelését érintő döntésekkel kapcsolatban. Az élő végrendelet birtokában az orvos nem marad egyedül a döntésben, hiszen segítségével megtudhatja, mennyire agresszív kezelést szeretne a beteg akkor, ha állapota már kilátástalan, s élete csak heroikus beavatkozásokkal tartható fenn. Az élő végrendelet arra eszköz, hogy az orvos eszméletlen beteg esetén se kényszerüljön paternalisztikus viselkedésre, hanem a beteg korábbi kívánságait tiszteletben tartva dönthessen arról, alkalmazzon-e életfenntartó heroikus beavatkozásokat vagy sem, ha a beteg már reménytelen állapotban van.

Mit kell tartalmaznia az élő végrendeletnek? Célszerű, ha az élő végrendelet a beteg erkölcsi alapelveinek a rögzítésével kezdődik. Leírhatja itt például valaki, hogy hisz a római katolikus egyház erkölcsi tanításában, s ebben a szellemben szeretne kezeléséről vagy annak abbahagyásáról dönteni.³⁹

Hasznos, ha az élő végrendelet tartalmazza azt, hogy a beteg mennyi információ vár orvosától terminális betegsége esetén. Azt akarja-e, hogy vele halálos betegsége tényét ne közöljék, hanem helyette családját, rokonait tájékoztassák, vagy inkább azt, hogy a diagnózist és a prognózist őszintén közöljék vele, hogy érzelmileg felkészülhessen a halálra.⁴⁰

Pontosan rögzíteni kell, hogy mi a beteg kívánsága a kezelését illetően. Itt először azt kell leírni, hogy milyen kezeléseket akar megszüntetni, ha állapota terminális lesz, s milyeneket akkor, ha állapota nem terminális, csak nagyon súlyos szenvedésekkel jár. Azt kell tehát itt a betegnek leírnia, hogy hogyan kezeljék, ha már haldoklik, s hogyan, amikor még nem. A legegységesebb lenne pontosan felsorolni, hogy milyen kezelésben részesíthetik, illetve nem részesíthetik őt orvosai. Megtilthatja a beteg, hogy terminális állapotban nála például mesterséges lélegeztetést, dialíziskezelést, sebészeti beavatkozásokat, cardiopulmonális reszuscitációt, mesterséges táplálást, illetve folyadékpótlást stb. alkalmazzanak. A felsorolás módszere azonban sokszor nem célravezető, hiszen a beteg nem mindig ismeri a lehetőségeket, így elfeledkezhet megtiltani valamit, aminek használatát nem kívánja, vagy elfelejt megengedni valamit, aminek használatát viszont elfogadná. Ezért sokszor célravezetőbb általános elveket megfogalmazni, például azt leszögezni, hogy a beteg – haldoklása esetén – nem járul hozzá olyan kezeléshez, amelynek célja csak haldoklásának a meghosszabbítása, s ilyenkor csak fájdalomcsillapító, illetve palliatív terápiában részesítsék.

Mivel a fentiek sokszor túl általános megfogalmazást tesznek szükségessé, melynek értelmezése az orvos számára nehéz, ezért célszerű egy úgynevezett tartós meghatalmazottat megnevezni. A tartós meghatalmazott az a személy, akiben a beteg a legjobban megbízik, aki ismeri értékrendjét, kívánságait, s aki – kétséges esetben – értelmezni tudja a beteg élő végrendeletét. Ennek során a tartós meghatalmazottnak az úgynevezett „helyettesített döntés” elvét kell alkalmaznia. Az élő végrendelet sokszor általános megfogalmazásai alapján – ismerve a beteg értékrendjét, preferenciáit – meg kell próbálnia megállapítani, hogyan döntene az eszméletlen beteg egy adott kezelés elfogadásával, illetve elutasításával kapcsolatban, ha egy pillanatra eszméletre térne, belátási képessége birtokába kerülne. Itt a tartós meghatalmazottnak a beteg értékrendje alapján kell a döntését meghoznia, a beteg értékrendjét kell használnia saját értékrendje helyett, ezért nevezik ezt helyettesített döntésnek. A tartós meghatalmazott legtöbbször családtag, illetve rokon, de nem feltétlenül hozzátartozó: bárki lehet, akiben a beteg megbízik.

Célszerű megnevezni azt a kórházat, ahová a beteg kerülni szeretne, s azt az orvost, akinek gondjaira kívánja bízni magát terminális állapota esetén.

Megnevezhet a beteg olyan személyeket, kiknek a véleményére különösen sokat ad, s akikkel a tartós meghatalmazott konzultálhat, ha egyedül nem tud dönteni.

Az élő végrendelet bizonyos speciális kikötésekkel zárulhat.

Az élő végrendelet – fenti előnyei miatt – egyre elterjedtebb. Az USA mind az 50 államában létezik jogilag az élő végrendelet intézménye. Dániában 1992 szeptemberében központi számítógépes regisztert hoztak létre, mely tartalmazza a dán állampolgárok által kitöltött élő végrendeletek adatait. Ha egy beteg terminális állapotban van, kezelőorvosának le kell hívnia a központi adatbankból, hogy mi a beteg kívánsága az életmehosszabbító kezelésekkel kapcsolatban. A beteg az élő végrendeletében megtilthatja, hogy terminális állapotban nála életfenntartó kezeléseket alkalmazzanak.⁴¹ Angliában az esetjog szintén az élő végrendelet elfogadásának irányába mutat. 1993 óta törvény kötelezi az orvost, hogy ha perzisztens vegetatív állapotú beteg életfenntartó kezelésének a megszüntetéséről dönt, akkor ehhez minden esetben bírósági jóváhagyást kérjen. Így tehát orvos ilyen esetben többé nem dönthet egyedül az ilyen kezelések megszüntetéséről.⁴² A British Medical Association 1992-ben részletes élővégrendelet-ajánlásokat dolgozott ki az ilyen jellegű problémák kezelésének a megkönnyítésére.⁴³

Az „élő” végrendelet törvények néhány közös eleme az USA-ban. Az élő végrendeletet két tanú jelenlétében kell aláírni, akik nem lehetnek a beteg rokonai, illetve olyan személyek, akik a betegtől örökölnek. Nem lehet tanú a kezelőorvos vagy annak alkalmazottja, beosztottja sem.⁴⁴ Életfenntartó kezelést élő végrendelet alapján csak terminális állapotú betegnél lehet megszüntetni. Terminális állapotnak az a gyógyíthatatlan állapot tekintendő, mely az életfenntartó kezelésekk ellenére is az orvosi megítélés szerint halálhoz fog vezetni, s melynél az életfenntartó kezelés csak a halál időpontjának késleltetését képes biztosítani. Életfenntartó kezelés még terminális állapotú betegnél is csak akkor szüntethető meg, ha a haldoklás már elkezdődött, s ekkor is a beteg csak rendkívüli életfenntartó kezeléseket utasíthat vissza, szokásos eszközöket nem.⁴⁵

Az élő végrendelet csak akkor érvényes, ha azt a beteg 14 nappal a terminális állapot megállapítása után ismét aláírja.

Az élő végrendelet kitöltése után 5 évvel érvénytelenné válik, ha kitöltője nem újítja azt meg.

Élő végrendeletet terhes anya nem készíthet, illetve az esetében nem érvényes.

Az öregek ápolási otthonában ápolt idős ember által kitöltött élő végrendelet érvénytelen, kivéve, ha azt az idős ember egy betegjogi képviselő jelenlétében készítette. Az ápolási otthonban ápolt idős ember különösen védtelen helyzetben van, s az ezzel való visszaélést próbálja megakadályozni ez a megkötés.⁴⁶

A beteg az élő végrendeletet bármikor visszavonhatja, akár szóban is. Az élő végrendelet szerint eljáró orvos jogi védettséget élvez. Az élő végrendelet alapján az életfenntartó kezelésekről való lemondás jogilag nem számít öngyilkosságnak. Ennek biztosítási s egyéb szerződések kapcsán felmerülő jogviták esetén van jelentősége.

Egy beteg élő végrendeletének eltüntetése vétség, egy nem létező élő végrendelet hamisítása azonban bűncselekmény, s adott esetben emberölésnek minősül.⁴⁷

Orvos nem kötelezhető arra, hogy saját lelkiismerete ellen cselekedjen. Ezért, ha nem ért egyet az élő végrendeletben foglaltakkal, célszerű, ha ezt megmondja a betegnek, s azt olyan orvoshoz utalja, aki hajlandó az élő végrendeletet tiszteletben tartani.

Komoly hiányosságuk a jelenleg érvényben levő élővégrendelet-törvényeknek, hogy nem kívánják meg az egészségügyi személyzettől explicit módon azt, hogy akkor is folytassák a palliatív kezelést, ha más beavatkozásokat a beteg visszautasított.

Amit a ma érvényben lévő élővégrendelet-törvények kimondanak, az nagyjából az, hogy ha a beteg terminális állapotban van, s azt kéri, akkor az orvos – amennyiben ezzel egyetért – abbahagyhatja az életfenntartó kezeléseket büntetőjogi felelősségrevonás nélkül.⁴⁸

Mit tegyen az orvos, ha terminális állapotú betegnek nincs élő végrendelete?

Sokan javasolják, hogy az anamnéziszfelvétel része kell hogy legyen a beteg megkérdezése arról, mi a kívánsága életfenntartó eljárások szükségessége esetén, óhajtja-e azokat, s meddig, akarja-e, ha szükségessé válik, hogy reszuscitálják stb.⁴⁹ A beteg álláspontját a kórlapra rá kell vezetni, épp olyan gondosan, mint bármely más adatot. Különösen sok figyelmet kapott a terminális állapotú betegek reszuscitációjának a kérdése. A szívmegállás ugyanis a haldoklási folyamat szükségszerű állomása, függetlenül attól, hogy mi az alapbetegség. Ezért nagyon fontos annak eldöntése, hogy ha a szívmegállás bekövetkezik, történjék-e a haldoklónál reszuscitáció. Az ilyen döntést mindig a beteg részvételével kell meghozni. A beteggel beszélgetni kell ezekről a kérdésekről, lehetőleg akkor, amikor még jó állapotban van. Ilyenkor másfajta, kezelését illető kívánságai is kiderülhetnek.⁵⁰ Az USA-ban a reszuscitációt nem kérő beteg kívánságát rávezetik a kórlapra. Ha az orvos úgy nem reszuscitál egy beteget, hogy ehhez előzőleg a leírt módon nem kapott a betegtől hozzájárulást, akkor ez erkölcsileg elfogadhatatlan cselekedetnek minősül, hiszen ez durva paternalizmus, s súlyosan sérti a beteg önrendelkezési jogát.^{51,52} Ha az orvos a reszuscitációt feleslegesnek ítéli, a beteg azonban ragaszkodik hozzá, akkor a beteg akaratát kell érvényesíteni.⁵³

Bár egy ilyen beszélgetés pszichésen megterhelő lehet mind a betegnek, mind az orvosnak, mégis az a vélemény, hogy ez még mindig a kisebbik rossz, s az igazán elfogadhatatlan az lenne, ha a kompetens beteg megkérdezése nélkül, s esetleg akarata ellenére döntene az őt nem ismerő egészségügyi személyzet a beteget érintő legfontosabb kérdésekben. Az a cél, hogy a beteget érintő orvosi döntéseket az orvos és a beteg közösen hozza meg. A beteg értékszempontjait,

kívánságait mindig meg kell ismerni és figyelembe kell venni. Az egészségügyi intézményeknek informálniuk kell betegeiket arról, hogy joguk van az orvosi ellátásukkal kapcsolatos döntésekben részt venni, kezelést visszautasítani stb.⁵⁴

Ha a terminális állapotú beteg nem készített élő végrendeletet, s még kompetens, akkor a vele való beszélgetés tisztázhatja a kívánságait az életfenntartó kezeléseket illetően. Nehezebb azonban a helyzet akkor, ha a beteg inkompetens, s nem készített élő végrendeletet. Ilyenkor két eset különíthető el: A beteg előzőleg kompetens volt, így korábbi preferenciáira következtetni lehet; A beteg sohasem volt kompetens (pl. értelmi fogyatékos).

Mindkét esetben a beteg törvényes képviselője kell hogy meghozza a döntést az orvosi kezelés megszüntetéséről, de más-más standard alapján.

Döntés olyan inkompetens betegnél, aki előzőleg kompetens volt. Itt a törvényes képviselő a már korábban említett „helyettesített döntést” kell hogy alkalmazza. Ez azt jelenti, hogy fel kell öltenie a beteg „szellemi arculatát”,⁵⁵ értékrendjét, preferenciáját, s meg kell kísérelnie megállapítani, mi lenne a beteg kívánsága, ha egy pillanatra visszanyerné belátási képességét. A helyettesített döntés során támaszkodni lehet a beteg korábbi, még kompetens állapotában tett szóbeli közléseire, akár a családtagok, a barátok, vagy az egészségügyi személyzet számára hangzottak is el azok. Támaszkodni lehet arra is, hogy például a beteg vallásos volt-e, s ha igen, mi vallásának az álláspontja, a kérdéses életfenntartó kezelés kötelező-e vagy sem? Sokszor a beteg korábbi véleménye egy másik betegnek adott ugyanolyan jellegű kezeléssel is támpontot jelenthet a helyettesített döntés meghozatalakor.⁵⁶

Döntés olyan inkompetens betegnél, aki előzőleg sohasem volt kompetens. Ilyenkor a helyettesített döntés elve nem alkalmazható, hiszen itt nem volt a betegnek olyan kialakult értékrendje, amelyet utólag rekonstruálni lehetne. Annál a betegnél, akinek sohasem volt elegendő belátási képessége, hogy önálló döntéseket hozzon, nem lehet tudni, hogyan döntene, ha egyszerre lenne ilyen belátási képessége.⁵⁷ Ezért ilyen esetben a törvényes képviselőnek a beteg érdekében kell kiindulni, azt kell megpróbálni megállapítani, mi szolgálja leginkább a beteg érdekét.

Kik dönthetnek inkompetens beteg esetén a beteg helyett?

A legmegnyugtatóbb az, ha a beteg – amikor még belátási képessége van – maga jelöli ki azt a személyt, aki orvosi kezelését illetően dönthet akkor, ha majd ő inkompetens állapotba kerül. Ha a beteg ilyen személyt nem jelölt ki, akkor családja, hozzátartozói jönnek szóba mint olyanok, akikkel az orvosnak konzultálnia kell a beteg kezeléséről. Itt például a Virginia Natural Death Act a következő sorrendet ajánlja:⁵⁸

1. A bíróság által megnevezett törvényes képviselő.
2. A beteg által megnevezett tartós meghatalmazott.
3. Házastárs.
4. Felnőtt gyermek, illetve több ilyen gyermek esetén az elérhető felnőtt gyermekek többségének döntése.
5. A beteg szülei.
6. A legközelebbi élő hozzátartozó. A sorrendet úgy állapították meg,

hogyan az adott személyek valószínűleg mennyire ismerik a beteg értékrendjét, vagyis mennyire tudnak ennek alapján helyettesített döntést hozni.

Mivel azonban a rokonoknak, a családtagoknak a beteggel érdekkonfliktusuk lehet, ezért az orvosnak nagyon fontos szerepe van a beteg érdekeinek a védelmében és a gyám, illetve a törvényes képviselő által hozott döntések erkölcsi elfogadhatóságának az ellenőrzésében. Ha az orvos a törvényes képviselő vagy a gyám döntésével nem ért egyet, akkor célszerű a Kórházi Etikai Bizottsághoz fordulnia, sőt, sokak szerint minden olyan helyettesített döntés esetén, amikor a gyám életfenntartó orvosi kezelés megszüntetéséről dönt, az orvosnak rutinszerűen meg kell keresnie a Kórházi Etikai Bizottságot. Ez de facto a legtöbb kórházban ma is létezik, hiszen a legtöbb orvos az ilyen döntéseket meg szokta beszélni kollégáival. Ha azonban az orvos és a hozzátartozók, az orvos és az etikai bizottság, vagy az etikai bizottság tagjai között egyet nem értés mutatkozna egy életfenntartó kezelés megszüntetőségével kapcsolatban, akkor az a megnyugtató, ha az ilyen kérdést bíróság dönti el.⁵⁹

Az orvosilag haszontalan kezelés fogalma

Természetesen nem kötelező olyan kezelést nyújtani, amely orvosilag haszontalan. Mivel minden orvosi kezelésnek megvannak a veszélyei, ezért haszontalan kezelést adni annyi, mint a beteget feleslegesen veszélyeztetni. Ezért az ilyen kezelés erkölcsileg nem elfogadható.

Nagyon sok zavar uralkodik azonban az orvosilag haszontalan kezelés fogalma körül, s azt a kérdést, hogy hasznos-e egy orvosi kezelés, gyakran összekeverik azzal a kérdéssel, hogy hasznos-e megmenteni egy adott beteg életét. Ez utóbbi azonban már nem orvosi, hanem etikai kérdés, noha gyakran orvosi kérdésnek maszkírozzák. Ennek az a veszélye, hogy a beteg megkérdése nélkül döntenek kezeléséről, arra való hivatkozással, hogy itt valójában szigorúan orvosi kérdésekről van szó, amelyekben – szakértelemnél fogva – egyedül az orvos jogosult dönteni.

Külön kérdés az, hogy egy kezelés eléri-e azt a fiziológiai célt, melynek érdekében alkalmazzák, s így meghosszabbítja-e a beteg életét, s egy másik kérdés az, hogy a beteg életét érdemes-e meghosszabbítani. Így azt a kérdést, hogy egy kezelés orvosilag hasznos-e, el kell különíteni attól a kérdéstől, hogy az orvosilag hasznos kezelést érdemes-e adni a betegnek.

Egy kezelés orvosilag haszontalan, ha nem hosszabbítja meg a beteg életét, vagy nem mérsékli szenvedését. Egy kezelés orvosilag hasznos, ha bármelyiket eléri a fenti kettő közül. Van egy átmeneti zóna orvosi hasznosság tekintetében, mely azokat a kezeléseket jelenti, melyek csillapítják a beteg szenvedéseit, de csak az élet megrövidítése árán, vagy meghosszabbítják a beteg életét, de csak a fájdalmak, szenvedések növelésével. Ilyenkor a kezelés orvosilag hasznos egy

szempontból, s káros egy másik szempontból. Ezekben az esetekben csak a beteg dönthet, hogy melyik szempont kapjon prioritást, az élet meghosszabbítása még a szenvedések árán is, vagy a szenvedések csillapítása még az élet megrövidítése árán is. Ez azonban nem orvosi kérdés, s ezért ilyenkor a döntés joga a betegé. Ha ezt a kérdést orvosi kérdéssé maszkírozzák, akkor ezzel kizárják a beteget a saját életét érintő fontos döntésekből. Ez megengedhetetlen paternalizmus.

Egy példával illusztrálva, orvosilag indikált-e a perzisztens vegetatív állapotú beteget respirátorral életben tartani, aki respirátorkezelés nélkül azonnal meghalna, respirátorkezeléssel azonban még hosszú évekig életben maradhat, ha ez csak egy vegetatív szintű életet is jelent a számára? A kérdésre adott válasz attól függ, hogy hogyan vélekedünk arról, erkölcsileg kötelező-e fenntartani egy ilyen életet? Erre másképpen fog válaszolni egy ortodox zsidó, s másképp egy római katolikus, ha mindketten vallásuk tradícióinak megfelelően válaszolnak.⁶¹ A fentiek alapján tehát célszerű nagyon körültekintően alkalmazni az orvosilag haszontalan kezelés fogalmát, mert túl tág értelemben használva durva paternalizmushoz vezet, melyben a betegeket kizárják olyan döntésekből, melyeket egyedül ők jogosultak meghozni.

A magyar jog és a gyakorlat az eutanáziával kapcsolatban

A fentiekben nagyrészt a nemzetközi tapasztalatok fényében tárgyaltuk az eutanázia problémáját, s az ezzel kapcsolatos etikai és jogi irányelveket. Célszerű ezért röviden az ide vonatkozó hazai gyakorlatra és jogelvekre is utalni.

Magyarországon a jelenleg érvényes jogszabályok nem használják az eutanázia kifejezést. Az előírás szerint az orvosnak az általa gyógyíthatatlannak ítélt beteget is a legnagyobb gondossággal kell kezelnie.⁶² Így a magyar jog sem az aktív, sem a passzív eutanáziát nem engedi meg. Magyarországon arra sem ad a jog lehetőséget, hogy valaki életmentő beavatkozást visszautasítson. Közvetlen életveszélyben levő beteg életének megmentéséhez ugyanis nem szükséges a beteg beleegyezése, ilyenkor a beteg életét beleegyezése nélkül is meg kell menteni.⁶³

Ezekből a szabályokból az következne, hogy nálunk minden esetben minden lehetséges eszközt fel kellene használni a beteg életének (illetve haldoklásának) a meghosszabbítására, még akkor is, ha ez ellen a beteg tiltakozna, hiszen ezt – akut életveszély esetén – az orvos nem vehetné figyelembe. A gyakorlat azonban nem ez. Bár Magyarországon empirikus vizsgálat még nem született arról, hogy milyen elvek alapján szüntetnek meg reménytelen állapotú betegeknél életfenntartó kezeléseket, az 1987-ben készített, de nem publikált orvosetikai kódextervezet ajánlásai, melyet nagy tapasztalatú, a magyar

gyakorlatot jól ismerő klinikusok állítottak össze, valószínűleg tükrözik a magyarországi szokások több elemét.⁶⁴

Ezen kódex ajánlásaiból kiolvashatóan nálunk csak akkor alkalmaznak rendkívüli életfenntartó eljárásokat, ha az alapbetegség gyógyulására remény van. Ilyen esetben kizárólag az orvos, illetve a beteget kezelő team dönt, a beteg akarata nem érvényesülhet. Erre nálunk hiányoznak a már korábban megismert jogi eszközök is (élő végrendelet stb.).

A kódextervezet nem javasolja, hogy gyógyíthatatlan betegnek felesleges transfúziókat, drága gyógyszereket adjanak, hiszen az eszközök szűkössége miatt ezeket tartalékolni kell más, nagyobb sikerrel kecsegtető betegek gyógyítására. Az orvos, illetve a kezelő team dönt arról is, hogy irreverzibilis kómás (apalliumos) betegek kezelését, illetve súlyosan károsodott újszülöttek kezelését mikor szüntessék meg. Nem élesztenek újra gyógyíthatatlan betegeket a haldoklás stádiumában, illetve krónikus betegség végstádiumába jutott betegeket sem. Egyhangú vélemény esetén a kezelő team előre elhatározhatja, hogy a beteg klinikai halála esetén az újraélesztéstől eltekint. Indokoltnak tartják ezt például neokortikális agyhalott esetén.

A rendkívüli életmegőrző beavatkozások – javallat hiánya miatti – be nem vezetését, illetve felfüggesztését nem tekintik passzív eutanáziának. Ugyanakkor Magyarországon nem javasolják hagyományos gyógyító eljárások (például antibiotikum-kezelés) megszüntetését, s a mindennapos kezelési, illetve ápolási eljárások megszüntetését sem (ez az úgynevezett minimumterápia, például mosdatás, fájdalom- és lázcsillapítás stb.). A fenti gyakorlattal szemben többféle kritika hozható fel. A legkézenfekvőbb az, hogy ellentmond a ma hatályos magyar törvényeknek, amely nem tesz lehetővé semmiféle kezelésről való lemondást. Ez azonban valójában nem a hazai orvosi gyakorlat kritikája, hanem a jogszabályoké, hiszen mint láttuk, sehol a világon nem fogadják el, hogy minden esetben minden lehetséges agresszív kezelést meg kell próbálni a betegnél, adott esetben még a beteg akarata ellenére is. Ez a gyakorlatban nem járható út. Ugyanakkor a magyar jog - azzal az előírással, hogy közvetlen életveszély esetén a beteget beleegyezése nélkül is kezelni kell - voltaképpen lehetetlenné teszi, hogy a beteget az életfenntartó kezelések megszüntetésével kapcsolatos döntésekbe bevonják, hiszen ilyen döntést – elvben – sem az orvos, sem a beteg nem hozhat. Mivel azonban ilyen problémák a magasan fejlett orvosi technika korában naponta adódnak, így az orvosok arra kényszerülnek, hogy ezeket a nehéz etikai döntéseket a betegek bevonása nélkül, egyedül hozzák meg. Ez azonban – mint láttuk – erkölcsileg nem elfogadható. A megoldás annak jogi elfogadása lenne, hogy a beteg minden orvosi kezelést visszautasíthat, még olyan kezelést is, melynek hiányában nagy valószínűséggel meg fog halni. A betegnek ezt a jogát több nemzetközi orvosetikai deklaráció is rögzíti. Az Orvosok Világszövetségének 1992-es állásfoglalása az orvos által segített öngyilkosságról leszögezi, hogy az orvos ilyen segítséget nem nyújthat. Ugyanakkor a beteg alapvető joga, hogy az orvosi kezelést visszautasítsa, s az

orvos nem viselkedik etikátlanul, ha a beteg ezen jogát tiszteletben tartja, még akkor sem, ha ennek következménye a beteg halála.⁶⁵

Az Orvosok Világszövetségének 1981-es Lisszaboni Deklarációja a betegjogokról szintén leszögezi, hogy a betegnek joga van a kezelés visszautasítására, ha ennek következményeiről őt megfelelően tájékoztatták. Leszögezi egyben azt is, hogy a betegnek joga van méltósággal meghalni.⁶⁶

Az Orvosok Világszövetsége 1983-as Velencei Deklarációja pedig leszögezi, hogy az orvos csökkentheti a terminális állapotban levő beteg szenvedéseit úgy, hogy bizonyos kezeléseket megszüntet. Ezt azonban csak a beteg beleegyezésével, illetve ha a beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotban van, akkor a közvetlen hozzátartozói beleegyezésével teheti meg.⁶⁷

Látható tehát, hogy mind a bioetikai szakirodalom, mind a nemzetközi orvosetikai deklarációk ugyanabba az irányba mutatnak: meg kell engedni, hogy a terminális állapotban levő beteg bármiféle orvosi kezelést visszautasíthasson, s ily módon be kell őt vonni az életfenntartó kezeléseket illető döntésekbe. Szükséges lenne tehát, ha a magyar jog, illetve gyakorlat is fokozott mértékben támaszkodjon azokra a korábban leírt lehetőségekre (élő végrendelet, tartós meghatalmazott, helyettesített döntés stb.), melyek kiterjesztenék a beteg autonómiáját, lehetővé tennék, hogy az élet végén meghozandó orvosi döntésekbe a beteg a jelenleginél sokkal nagyobb mértékben vehessen részt. Ez jó lenne a betegek számára, hiszen önrendelkezési joguk kiterjesztéséhez járulna hozzá, s jó lenne az orvosok számára is, akik így nem egyedül lennének kénytelen viselni ezen nehéz döntések erkölcsi terheit.

IRODALOM

- 1 J. Rachels (1986): *The End of Life. Euthanasia and Morality*. Oxford-New York: Oxford University Press. 101. o.
- 2 H. Kuhse (1991): *Euthanasia*. In: P. Singer (ed.) (1991). *A Companion to Ethics*. Basil Blackwell. 294. o.
- 3 J. Rachels, i.m. 162. o.
- 4 Ibid, 163-164 o.
- 5 Ibid. 165. o.
- 6 P. Singer (1982). *Practical Ethics*, Cambridge University Press.
- 7 J. Rachels, i.m. 181.o
- 8 Ibid. 119. o.
- 9 J. Harris (1985): *The Value of Life*. London: Routledge & Kegan Paul. 36. o.
- 10 J. Rachels. i.m. 184. o.
- 11 P.A. Singer-M. Siegler: *Euthanasia – A Critique*. *New Engéand Journal of Medicine*. 1990. 322. 1881-83. o.
- 12 New York State Task Force on Life and the Law. *When Death is sought, Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*. In: *Bulletin of Medical Ethics*, August, 1994, 10. o.
- 13 Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith: *Declaration on Euthanasia*. (May 5, 1980), Vatican Council II. Vol. 2. 1982. 510-516. o. In: K. D. O'Rourke OP, JCD, STL-Philip Boyle, OP STL (1989): *Medical Ethics. Sources of Catholic Teachings*. 109. o.
- 14 New York State Task Force on Life and the Law: *When Death is Sought, Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*. In: *Bulletin of Medical Ethics*, August, 1994, 9.o.

- 15 Ibid, 10. o.
- 16 Ibid, 8. o.
- 17 Hegedűs Katalin: Hospice-modell Lyonban, *Lege Artis Medicinæ*. 1994. nov. 30. 1093-1097. o.
- 18 W. Reichel – A.J. Dyck: Euthanasia: A Contemporary Moral Quandary. *Lancet*, 2, December 1989.
- 19 R. Fenigsen: A Case against Ducth Euthanasia. *Hastings Center Report*, 1989, No. 1.
- 20 Ibid
- 21 Ibid
- 22 American College of Physicians (1989). *Ethics Manual*. (Second ed.) Reprinted from: *Annals of Internal Medicine*. 1989; 111: 245-52; 317-35. 34. o.
- 23 E. H. Loewy (1989). *Textbook of Medical Ethics*, Plenum Publishing Corporation. 123. o.
- 24 Ibid. 132. o.
- 25 Ibid, 146 o.
- 26 R.M. Veatch (1989): *Death, Dying and the Biological Revolution*. Revised edition, New Haven and London: Yale University Press. 6.o
- 27 G.J. Annas (1989): *The Rights of Patients. The Basic ACLU Guide to Patient Rights. An American Civil Liberties Union Handbook* (Second ed.) Carbondale and Edwardsville: Southern Illinois University Press. 200. o.
- 28 R.M. Veatch i.m. 91.o.
- 29 R.D. Mackay: Terminating Life-Sustaining Treatment-Recent US Developments. *Journal of Medical Ethics*, 1988, 14. 135-139. o.
- 30 R.M. Veatch, i.m. 100. o.
- 31 R.D. Mackay, i.m., 135-139. o.
- 32 S.v. Perlmutter, 362 S. 2d 160 (Florida District Court Appeals, 1978.) In: R.R. Faden - T. L. Beauchamp (1986): *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press. 17. o.
- 33 R. M. Veatch, i.m., 103. o.
- 34 Ibid, 104. o.
- 35 Ibid 95. o.
- 36 Ibid 140. o.
- 37 Ibid 143. o.
- 38 G.J. Annas, i.m., 211. o.
39. R.M. Veatch, i.m., 151. .
- 40 Ibid
41. *Bulletin of Medical Ethics*, February, 1993. 5.o.
- 42 R. Nicholson: Editorial. *Bulletin of Medical Ethics*, February, 1993. 1.o.
- 43 *Bulletin of Medical Ethics*, November, 1992. 4-5. o.
- 44 R.M. Veatch. i.m., 158. o.
- 45 G. J. Annas, i.m., 209. o.
- 46 R. M. Veatch, i.m., 160. o.
- 47 Ibid. 161. o.
- 48 G.J. Annas, i.m. 210.o.
- 49 S.H. Wanzer et al.: The Physicians Responsibility Towards Hopelessly Ill Patients. II. *The New England Journal of Medicine*, 1989; 320:844-9.
- 50 American College of Physicians (1989): *Ethics Manual*. (Second ed.) Reprinte from: *Annals of Internal Medicine*. 1989; 111:245-52; 317-35. 37. o.
- 51 R. Gillon: Deciding not to resuscitate. (Editorial) *Journal of Medical Ethics*, 1989. 15. 171-172. o.
- 52 S.G. Schade – H. Muslin: Do not resuscitate decisions: discussion with patient. *Journal of Medical Ethics*. 1989. 15, 186-190. o.
- 54 S.H. Wanzer et, alk., i.m.
- 55 T.L. Beauchamp – J.F: Chidress (ed.) (1989): *Principles of Biomedical Ethics*. (Third ed.) New York-Oxford: Oxford University Press. 171. o.
- 56 Ibid. 174.o.
- 57 Ibid. 172. o.
- 58 Ibid. 179. o.
- 59 Ibid. 181-183. o.
- 60 Ibid. 157.o.

- 61 R.M. Veatch, i.m., 83. o.
62 1972-es Eü. Törvény, 43.§ 2. bekezdés
63 Ádám György (szerk) 1990. Egészségügyi Jogi Kézikönyv. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó 46.o.
64 Magyar Orvostikai Kódex. (Tervezet) Budapest, 1987.
65 World Medical Association Statement on Physician-Assisted Suicide. (September, 1992) In: The World Medical Association: Handbook of Declarations. 17.p.
66 World Medical Declaration of Lisbon on The Rights of the Patient. In: The World Medical Association: Handbook of Declarations. 17.p.
67 World Medical Declaration of Venice on Terminal Illness. (October, 1983) In: The World Medical Association: Handbook of Declarations. 17. J.

Magyar Tudomány 1996. 7. szám

Somfai Béla
Eutanázia – mi következik Hollandia után?

A nyugati társadalmi hagyományok az emberölésnek csak három nyilvánosan ellenőrizhető esetét engedik meg: amikor azt a saját vagy mások életének védelme kikerülhetetlenül szükségessé teszi, és amikor azt az „igazságos” háború, vagy a halálbüntetés végrehajtása megkívánják. Ezekben az esetekben is szükség van azonban bizonyos előre megállapított feltételek megvalósulására, amelyek egyrészt bizonyítják azt, hogy a közösség érdekeit más kevésbé radikális eszközökkel nem lehet biztosítani, másrészt az emberölést előre megállapított korlátok között tartják. Végző fokon az önvédelemből történő emberölést is ezek a feltételek teszik jogilag és erkölcsileg elfogadhatóvá.

Ezek az engedmények azonban napjainkban jelentősen leszűkültek. A halálbüntetés eltörlése a civilizált társadalmi élet egyik feltételévé vált, és azt nemzetközi egyezmények egyre határozottabban sürgetik. Az is bebizonyult, hogy az emberiség jövőjének biztosításához nem a háború igazságossága, vagy a hadviselés módjának korlátozása, hanem annak feltétel nélküli elkerülése szükséges. Ezért dicsérte már a második vatikáni zsinat is azoknak a magatartását, akik jogaik védelmében csak olyan eszközöket használnak, melyek a gyengébb fél számára is elérhetőek. Az emberi élet feltétel nélküli védelme tehát a modern társadalmi béke és fejlődés legfőbb céljává vált.

Az aktív eutanázia törvényes elfogadására irányuló igyekezet ellentétben áll ezzel a fejlődéssel. A „halálba segítés”, vagy „irgalmas emberölés” gyakorlatának törvényes elfogadása (a szabad beleegyezéssel vagy anélkül végrehajtott aktív eutanázia) az emberi élet kioltásának olyan új formáját jelenti, amely az eddig elfogadottakkal ellentétben magánjellegű, tehát törvényes eszközökkel lényegében nem korlátozható és a társadalom számára ellenőrizhetetlen. A modern háborúból és a liberális individualista társadalmi rendszerből leszűrt tapasztalat viszont azt bizonyítja, hogy még az emberölés nyilvánosan ellenőrzött eseteiben is gyakorlatilag lehetetlenné válik a pusztítás előre megállapított, azaz törvényesen szabályozott korlátozása. Így tehát amit eredetileg a közösség érdekében engedtek meg, az annak megvalósulása számára a legnagyobb veszélyé válhat. Még inkább áll ez az emberölés olyan eseteire, mikor az ölés feltételeit és körülményeit csupán az ellentétben álló felek magánjellegű megegyezése korlátozza. Az ilyen megegyezés tág kaput nyit a visszaélésekhez. Ez magyarázza meg azt a tényt, hogy legtöbb civilizált ország már a múlt században eljutott a magánjellegű emberölés minden formájának, például a párbajnak vagy a vérbosszúnak a tilalmához.

Az aktív eutanázia Hollandiában törvényesített formája és minden hasonló törvényjavaslat, melyet én ismerek, magánjellegű megegyezésen alapul. A döntésre képes, még nem feltétlenül haldokló, de gyógyíthatatlan beteg ismételt kérésének engedve és egy másik orvos egybehangzó véleménye alapján a halált

okozó, vagy lehetővé tevő orvosi segítség megengedetté válik, vagy legalábbis nem esik a büntető törvénykönyv gyilkosságra vagy az öngyilkosságra vonatkozó szankciói alá. Van olyan törvényjavaslat is, melyben a döntésre képtelen beteg beleegyezését a közvetlen hozzátartozó döntése helyettesítheti. A törvényes hatóság kizárását a halálhoz való személyes joggal, vagy a magánszféra sérthetlenségével indokolják, az orvosi közreműködést pedig a beteg érdekeinek védelmére, a szenvedéseinek megszüntetésére vagy megelőzésére irányuló szándékkal különböztetik meg a gyilkosságtól vagy az öngyilkossághoz adott segítségtől. Ezt a körülményt nem egy olyan joghatóság is figyelembe veszi, amelyben az aktív eutanáziát a törvény tiltja. Ezért az ilyen esetekben megindított büntető eljárás nem ritkán felfüggesztett vagy lényegesen enyhített ítélettel végződik. A jelek arra utalnak tehát, hogy a mások életének kioltásával gyakorolt abszolút hatalom, amit a történelem tragikus tapasztalatai miatt már régen megtiltottak, ha nem is megengedetté, de legalább többé-kevésbé megbocsáthatóvá válik napjainkban. Ebben az irányban halad a kanadai szenátus által előkészített törvényjavaslat is, amely a kezelés-visszautasítás jogának elismerése mellett azt is javasolja, hogy az „irgalmas emberölés” váljon a büntetőjog megkülönböztetett kategóriájává, amelynek elkövetéséért enyhébb büntetést szabjanak ki. A javasolt előkészítő bizottság tagjai 5:2 arányban szavaztak a szándékolt aktív eutanázia legalizálása ellen, és 4:3 arányban elleneztek az öngyilkossághoz adott orvosi segítséget.¹

Szociológiai felmérések és népszavazások eredményei arra utalnak, hogy a második világháború ötvenedik évfordulója nem szükségszerűen hozza magával az abból leszűrt tapasztalatok felelevenítését. A két világháború között az eutanázia mozgalom jelentős tért nyert a nyugati társadalmi és politikai életben. Ennek volt az eredménye a náci eutanázia törvény is, amely az „életre nem méltó”, szellemileg vagy fizikailag fogyatékos német állampolgárok százezreinek orvosi segítséggel végrehajtott kivégzéséhez, és végül a „fajidegenek” millióinak lemészárlásához vezetett. Derek Humphry, az aktív eutanázia jól ismert apostola helyesen jegyezte meg, hogy a nürnbergi háborús bűnperek „gyakorlatilag megbénították az eutanázia mozgalom kulturális és politikai kibontakozását a háború után”.²

Ötven év távlatában ezek a tapasztalatok azonban elhomályosodtak. Washington államban 1991-ben a szavazók 46%-a támogatta egy törvényjavaslatot, amely megengedte volna az orvosi segédlettel végrehajtott öngyilkosságot és az aktív eutanáziát is. A választások előtti felmérések egyike azt mutatta, hogy a szavazók 67%-ának kedvező véleménye volt a javaslatról. Két évvel később a szomszédos Oregon állam szavazói el is fogadtak egy hasonló törvényt, amelynek érvénybelépését azonban a Legfelsőbb Bíróság döntése megakadályozta. A Harvard Egyetem Közegészségügyi Fakultásának felmérése szerint az Egyesült Államok lakosságának 64%-a helyesli az eutanázia lehetőségét a halálos kimenetelű betegségben szenvedők számára. Ez az

arányszám a 35 év alattiak esetében 79%-ra növekszik. A felmérésről az is kiderült, hogy a katolikusok 71%-a is elfogadja ezt a lehetőséget.³

Az aktív eutanázia és az öngyilkossághoz adott segítség lehetőségét általában visszautasítják az orvoskamarák. Az egyik befolyásos amerikai orvosi lapban azonban már 1989-ben megjelent egy cikk, melyben tizenkét fontos egészségügyi központ vezető orvosai közül tízen az öngyilkosság segítésének lehetősége mellett törtek lándzsát. Az aktív eutanázia lehetőségét azonban továbbra is visszautasították, meglepő okra hivatkozva: az adott szociális légkörben „...sokkal nagyobb valószínűsége van a büntetőeljárásnak aktív eutanázia végrehajtásáért, mint az öngyilkossághoz adott segítségért.”⁴ Egy évvel előbb nagyon éles kritikát kapott egy másik orvosi lap azért a névtelen cikkért, amelyben egy gyakorló orvos leírta, hogyan okozta egy fiatal gyógyíthatatlan rákbeteg halálát, kérésének engedve, túladagolt morfiúmmal.⁵

Hippokratesz óta a nyugati orvos-szolgálat a páciens életének kioltását az orvosi hivatás elleni legsúlyosabb véteknek tekintette, még akkor is, ha az a beteg kérésére történt meg, hangoztatták a kritikusok. „Az orvosok és orvostikusok generációi napjainkig rendületlenül ragaszkodtak a felesleges kezelés visszavonása (a halál beálltának megengedése), és az élet szándékos kioltása közötti különbséghez.”⁶ Leon Kass véleménye szerint ennek a felfogásnak a megváltozása mögött a személyes autonómiáról kialakított meggyőződés áll, mely szerint mindenkinek megvan a joga ahhoz, hogy sorsát, életét és halálát is, saját kezében tartsa. Ezért nemcsak a kezeléshez adott jól értesült beleegyezés tartozik a beteg jogai közé, hanem életének visszautasítása is. A döntéshozatal szabadsága fontosabb az életnél. A szólam retorikai ereje elfelejteti velünk azt a tényt, hogy a szabadság gyakorlása feltételezi a létet. Önmagában vett ellentmondás tehát azt feltételezni, hogy a személy szabadsága megvalósulhat létének megszüntetésével.⁷

A hagyományos felfogás megváltozását az élet „minőségéről” kialakult szemléletmód is elősegíti. A betegség, vagy a gyógyítás terhei elviselhetetlen súllyal nehezedhetnek a betegre vagy az orvosára, a küzdelem további folytatása tehát elveszíti értelmét. A beteg életében bekövetkezett „minőségi romlásra”, amikor már más orvosi eszköz nem áll rendelkezésre, csak egy lehetséges válasz marad: a beteg megszüntetése. Ilyen esetekben valójában nem a szabad döntés gyakorlása, hanem a szenvedés terhétől való megszabadítás, a beteg iránti szánalom látszata készíti a végső lépésre. A beteg érdekében kioltható az az élet, amit már nem érdemes élni, aminek a terheit már nem lehet elviselni.⁸

A kijelentés mögött rejlő fogalomcsúsztatást megint csak elfedi annak retorikai ereje. Lényeges különbség van a szánalom kifejezése és az élet értékére vonatkozó ítélet között. A szenvedő iránti szánalmat ki lehet így is fejezni (noha nem a legszerencsésebb módon): „én szívesebben meghalnék, minthogy így éljek”. Ez korántsem jelenti azt, hogy „az ilyen életnek nincs értéke, vagy értelme, hogy annak megszüntetése lehetséges, kívánatos vagy éppen dicséretre méltó”. Ha az élet nem alapvető adottság, hanem szabad választás eredménye

lenne, a nagyfokú szenvedés láttára mondhatnánk azt, hogy ilyen életet senki sem kívánhat magának vagy másnak. Mindebből azonban nem következik az, hogy mindenki értéktelennek tekintené és visszautasítaná saját életét akkor, ha ugyanilyen fokú szenvedéssel lenne az is megterhelve. Az utóbbi esetben ugyanis a ki nem mondott feltevések megváltoznak. A nemkívánatos életmód nem egy a lehetséges alternatívák között, hanem az egyetlen, az én létezőm hordozója. A meg nem fogalmazott kérdés ebben az esetben nem az, hogy ki szeretne szenvedéssel terhelt életet élni, hanem az, hogy visszautasítsam-e az egyetlen életet, amivel rendelkezem? Visszautasítsam-e saját magamat, létezőmet? Az élet értelmének kérdését ugyanis nem lehet felvetni akkor, ha az nincsen. A személy létezése olyan alapvető adottság, amit semmi más kérdéssel felvetés nem előzhet meg. Hasonlóan téves feltevésre, és pusztán érzelmi reakciókra alapul az a gyakran hangoztatott kijelentés is, hogy a gyógyíthatatlan és súlyosan szenvedő beteg számára jobb a halál, mint az élet további folytatása. A halálról nincsen tapasztalatunk, ez a tény független minden vallásos meggyőződéstől is. A halál következményeire épített megokolásnak tehát nincsen tapasztalati alapja.

Hasonlóan, az orvos szempontjából is lényeges különbség van két hozzáállás között: „látom mennyire szenved betegsége terhei miatt, engedje meg hogy könnyítsek helyzetén valamilyen orvossággal”, vagy „látom mennyire szenved, engedje meg, hogy könnyítsek helyzetén azzal, hogy életét kioltom”. Mivel magyarázható az, hogy csak első magatartásmódot lehet összeegyeztetni a hippokrateszi hagyománnyal? A második megoldás ugyanis sokkal biztosabban megszabadítja a beteget szenvedésétől. A hagyományos etika miért nem hajlandó tehát megengedni azt, hogy az orvos megölje betegét? A tilalom fenntartása mögött ugyanazok az érvek rejlenek, melyek a halálbüntetés ellen szólnak. Noha a bűnöző kivégzésével lehet legbiztosabban megakadályozni azt, hogy újabb bűncselekményeket kövessen el, mégis kivégzésének elkerülése a helyesebb megoldás. Az emberölés ugyanis egy sajátosan végérvényes lépés. Ezzel a lépéssel nem embertársunk létét befolyásoljuk, jobbra vagy rosszabbra téve azt, hanem magát a létet szüntetjük meg. Végérvényes és visszavonhatatlan eredmény ez, mellyel nemcsak a bűnözés lehetőségének vetünk véget, hanem a személy beteljesülésének, képességei megvalósulásának, annak a lehetőségnek, hogy életével valami újat és jobbat kezdjen. A szenvedés megszüntetésének és a büntetésnek közös határa van: a személy létének tiszteletben tartása. A személy létezése nélkül mindkét igyekezet elveszíti célját és értelmét. Nem az igyekezet hatékonysága adja meg ugyanis értékét és értelmét, hanem annak a személynek az értéke és méltósága, akin segíteni akarunk.⁹

Lényegében ugyanez a válasz James Rachels sokszor hallott érvére is. Az aktív és passzív eutanázia között szerinte nincsen lényeges különbség. Ha „... egy orvos megengedi a beteg halálát szenvedésére való tekintettel, erkölcsileg ugyanabba a helyzetbe kerül, mintha egy injekcióval halálát okozná”. A második megoldást „...valójában a passzív eutanáziával szemben előnyben kell

részesíteni”, mivel az megrövidíti a beteg szenvedését.¹⁰ Ezt a véleményt a nagy befolyást élvező lap szerkesztői napjainkig védik.¹¹ A halál szándékos okozása és a haszontalan kezelés visszavonása között azonban a lényeges különbség nem a következményben rejlik, hanem a beteggel kialakított kapcsolat természetében. A haszontalan kezelés visszavonása esetén nem az orvos, hanem a betegség öli meg a gyógyíthatatlan szenvedőt. A halál szándékos okozása esetén az orvos, vagy a beteg barátja, a beteg beleegyezésével vagy anélkül végérvényes és visszavonhatatlan döntést hoz a szenvedő személy nevében. Nem a szenvedést, hanem életét, emberi mivoltát szünteti meg. Ebben a döntésben nemcsak a másik személy fölött gyakorolt hatalom korlátlansága kifogásolható, hanem a visszaélések lehetőségének veszélye is. Valóban olyan betegről van-e szó, aki belefáradt életének terheibe, vagy olyanról, akinek a gondozásába hozzátartozói fáradtak bele? Ha az aktív eutanázia társadalmilag elfogadottá vált, mennyire biztosítható a beteg szabad választásának lehetősége, különösen ha nem kíván mások terhére lenni?

A liberális individualista kultúrfelfogás torzító tükrén keresztül a halál választása és a hozzá szükséges segítség biztosítása egyéni jognak tűnik, melynek gyakorlása a magánszféra megsérthetetlen területére tartozik. Nem más ez, mint annak a jogos igénynek a végső megvalósítása, hogy sorsunkat kizárólag a saját kezünkben tartsuk. Ennek a felfogásnak a torzítottsága csak akkor válik kétségtelenné, ha a gyakorlat társadalmi ramifikációját is figyelembe vesszük, mondja Daniel Callahan. Az eutanázia nem azonos a testünk feletti autonómia vagy a kezelés-visszautasítás jogának gyakorlásával. Ezzel a radikális lépéssel „...az emberi élet emberkézzel történő kioltásával az erkölcsi élet egészen más területére lépünk”.¹² A gyógyító kivégzővé válik, a haldoklás magánjellege megszűnik, és a társadalom életében megengedett életpusztítás határai ellenőrizhetetlenül kitérnek. A halált hozó döntést ugyanis nem lehet többé közmegegyezéssel elfogadott feltételekkel szabályozni. Ha az öngyilkosság személyes joggá válik, nem lehet világos határvonalat húzni a szabadon meghozott vagy több-kevesebb nyomás következtében megszületett döntés között. Ha a közönségnek nincs ellenkező szerepe, akkor a törvényes feltételek megtartására nincsen biztosíték. Az elviselhetetlen szenvedésnek nincsen elfogadott mértéke. A megöleendő személy szenvedése „szubjektív ... és a kívülálló számára megragadhatatlan tényező”. Ha az eutanázia lehetőségének az alapja a személyes szabadság tisztelete és a szenvedés elviselhetetlensége, akkor „annak jogát” és a végrehajtásához szükséges segítséget senkitől sem lehet megtagadni. Legyen a betegség gyógyíthatatlan vagy nem, legyen beteg döntésre képes vagy arra képtelen, a „halálba segítés” első tekintetre irgalmasnak látszó lehetősége a társadalom leggyöngébb és legsebezhetőbb tagjait fenyegető és előre kiszámíthatatlan veszéllyé válik.

A probléma gyökere az eutanáziára vonatkozó erkölcsi feltevés logikai pontatlanságában rejlik: jogunk van úgymond ahhoz, hogy sorsunkat saját kezünkben tartsuk és az orvosok irgalmát igénybe vegyük ennek a jognak a

gyakorlásában, amikor az élet elviselhetetlenné, vagy méltóságunkkal összeegyeztethetetlené válik. Ha ez így van korlátozhatjuk-e annak gyakorlását gyógyíthatatlan betegekre, anélkül, hogy a személy autonómiáját meg ne sértenénk? Ha az orvos megölheti azt a beteget, akinek az élete a szenvedés miatt elvesztette az értékét, akkor miért ne tehetné meg ugyanezt a döntésre már képtelen beteggel is?

Ha a szenvedéstől való megszabadítás válik az orvosi szolgálat legfőbb feladatává, figyelmeztet Daniel Callahan, akkor a társadalom életét és tagjainak személyes biztonságát újabb és előre pontosan meg nem állapítható vagy korlátozható veszélyek fogják fenyegetni. Túlságosan nagy tehát az eutanázia társadalmi kockázata: „az ölés ragályos betegség, ha annak lehetőségét rászabadítjuk a társadalomra, nehéz lesz annak megálljt parancsolni”.¹³

Erre hivatkozva utasította vissza az eutanázia és az öngyilkossághoz adott segítség törvényesítését a kanadai katolikus püspökkari konferencia is. Ez az igyekezet a beteg szabadságának és autonómiájának eltúlzásában gyökerezik. Méltóságunk gyökere valójában a szeretetre valójában a szeretetre való hivatottságunkban és a szeretetadásra való képességünkben rejlik.

„Ez a méltóság nem az akarat gyakorlásában, nem is az élet minőségben, hanem az egymáshoz kötő kapcsolatok felismerésében valósul meg, abban a képességben, hogy együttérzést tudunk kifejezni és elfogadni. Ennek a képességnek az elvesztése aláásná a társadalom kötelékeit és nagyon is veszélyeztetné a közösségen belüli helyzetünket. Csak úgy biztosíthatjuk a társadalmi élet manapság sok oldalról fenyegetett békéjét és biztonságát, ha biztosítjuk ennek a sokszor nagy áldozatokat követelő, de igazán emberi együttérzésnek a hatékony szerepét egyéni és társadalmi életünkben is”.¹⁴

JEGYZETEK

- 1 Tu Than Ha, „Lighter penalties urged in mercy-killing cases” The Globe and Mail, 1995. June. 2, A4.
- 2 Derek Humprey és Ann Wickett, The Right to Die: Understanding Euthanasia, New York. Harper and Row, 1986.
- 3 Richard A. Knox, „Poll: Americans Favor Mercy Killing”, Boston Globe, Nov. 3, 1991.
- 4 Wanzer, Sidney A., et al. „The Physician’s Responsibility Toward Hopelessly Ill Patients: A Second Look”. New England Journal of Medicine, 320 (1989), 844-49, 845.
- 5 Anonymous, „It’s All Over Debbie”, Journal of the American Medical Association, 259 (1988) 272.
- 6 Willard Gayland Leon Kass, Edmund Pellegrino és Mark Siegler, „Doctors Must not Kill”, Journal of the American Medical Association, 259 (1988, 2139-40.
- 7 Leon Kass, „Neither for Love Nor Money: Why Doctors Must not Kill?”, The Public Interest, 94 (1989), 24-25.
- 8 Peter Singer, Practical Ethics, (második átdolgozott kiadás) New York, Cambridge University Press, 1993, 354-56.
- 9 Per Sundström Lagga, „Peter Singer and ‘lives not worth living’ – comments on a flawed argument from analogy”, Journal of Medical Ethics, 21 (1995), 35-38.

- 10 James Rachels, „Active and Passive Euthanasia”, New England Journal of Medicine, 292 (1975), 78.
- 11 Egy újkéletű vezércikkben a főszerkesztő a következőket írta: „..sokan közülünk úgy gondolják, hogy az (aktív) eutanázia bizonyos körülmények között elfogadható, és törvényesíteni is kellene azt, ...mivel az emberségesebb, mint a csillapíthatatlan fájdalom elviselésére kényszeríteni a beteget”. Marcia Angell, „Euthanasia”, New England Journal of Medicine, 318 (1990) 1348-50.
- 12 Daniel Callahan, „Aid-in-Dying”, Commonweal, 188 (Augusztus 9, 1991), 476-480, 476.
- 13 ibid, 480
- 14 Canadian Conference of Catholic Bishops, „To Live and Die in a Compassionate Community; Brief ... to the Senate committee on Euthanasia and Assisted Suicide”, Ottawa, 1994. október 26, 1-21.

Magyar Tudomány 1996. 7. szám

Sajó András-Sándor Judit
A gyógyíthatatlannak vélt „halálos” beteg jogi helyzete a tételes jog tükrében

E dolgozat a magyar jogban és orvosetikában a következetlenül és pontatlanul eutanáziaként említett magatartások jogi megítélését tekinti át, jelezve a szabályozás ellentmondásainak és elégtelenségének lehetséges feloldási irányát. A dolgozat címe már utal rá és az alábbiakban a fogalmak és szabályok elemzése is mutatja, a magyar jog, elsősorban az 1972-es Egészségügyi törvény (a továbbiakban Eü. tv.) szóhasználata a gyógyíthatatlan beteggel kapcsolatban (amint más kérdésekben is) bizonytalan. A hazai orvosi és etikai gyakorlat, akárcsak a különböző országok felfogása változó jelentéseket tulajdonít az eutanáziának, mely egyaránt jelöl megengedett (elnezett) és tiltott magatartásformákat.

Az alábbiakban az eutanázia név alatt összefoglalt legjellemzőbb magatartásokkal a jogi szabályozás szempontjából foglalkozunk. Ezek óhatatlanul túllépnek az orvosi magatartás problémáján. Természetesen a modern orvosetika sem tisztán az orvos problémájának tekinti az eutanáziát, hanem az orvos és beteg közti kapcsolatban értelmezi azt. A jogi megközelítés általános alkotmányos és társadalmi szempontokat érvényesít, továbbá tekintettel kell lennie a jogrendszer konzisztenciájára, összefüggéseire, így megfontolásai részben eltérnek a tisztán orvosetikaiaktól.

A magyar jogban az eutanázia-szabályozás akkor sem tesz eleget a jogbiztonsági és alkotmányossági igényeknek, ha orvosetikai megfontolásokból az eutanázia teljes elutasítása következne. A gyógyíthatatlan betegekkel bánás orvosi gyakorlatába azonban ma is beleférnek olyan viselkedések, amelyek – külön szabályozás nélkül – bármikor jogellenesek lehetnek (még ha olyan eutanázia-fogalmat használna is valaki, amely szerint e magatartások nem merítik azt ki). A hatályos Alkotmány álláspontját az Alkotmánybíróság gyakorlata alapján e kérdésben jelenleg nem lehet megnyugtatóan megállapítani, de vannak olyan alkotmányértelmezések, amelyek mellett, megfelelő garanciákat adó törvényi szabályozás esetén, a terminális beteg szenvedéseinek orvosi megrövidítése alkotmányos lehet.

A hatályos fogalom-meghatározások.¹ Javaslat a fogalom kiiktatására a jogi elemzésben

A hatályos magyar tételes jogban az eutanázia egyetlen helyen szerepel. A 11/1972. (VI.30.) EüM rendelt 20§ (1) bekezdése szerint „életnek gyógyíthatatlan betegség miatti kioltása” az eutanázia is. Ezt a viselkedést a rendelet a jogszabályilag tiltott orvosi tevékenységek egyik példjaként említi, vagyis utal – de csak utal – arra, hogy az elkövető csak orvos lehet.² A jó halál

előidézésére a tiltott tevékenységgel azonos magatartást bárki megvalósíthatja, de az eutanázia körébe csak orvosi magatartások számítanak. Az eutanáziának – abból következően is, hogy a meghatározás az Eü. tv-ben szerepel, az orvos számára tiltott magatartások példájaként – fogalmi eleme az, hogy az orvos valósítja meg. A külön kezelést elvi szinten az orvos sajátos szakmai többletfelelőssége és szakmai-tudományos irányítottsága indokolja.³ Nyilvánvalóan pontatlan az a feltevés, miszerint eutanáziára a gyógyíthatatlan betegség miatt kerülne sor: az orvosi halálbasegítésnek ez csak szükséges feltétele. A „kioltás” szó is kissé félrevezető (bár elkerüli a halál okozása fordulat nehézségeit), mert tevőlegességre utal.

A meghatározásból hiányzik a krónikus betegségekkel való különbségre utalás. A rendeletről eltekintve a gyógyíthatatlan beteg „halálhoz segítése”, legalábbis annak bizonyos esetei csak bonyolult jogértelmezés esetén számítanak jogszabályba ütköző cselekedetnek. Az ide tartozó magatartások egyfajta törvényi értelmezés mellett ellentétben állnak az Eü. tv. és a Btk. bizonyos törvényhelyeivel. Ezeket az értelmezéseket nem lehet kizárni, olykor pedig ezek a kézenfekvő értelmezések, vagyis jogilag a mai orvosi praxis bármikor támadható, az e körüli jogbizonytalanság társadalmilag és orvosilag tarthatatlan. Egy elkeseredett, felbőszült hozzátartozó és egy vele egyetértő ügyész bármikor sikerrel kecsegtető büntetőeljárást indíthat.

Az Eü. tv. 43. § (1) és (2) bekezdése szerint „a beteget az adott lehetőségek között az orvostudomány mindenkor állásának, a beteg egyéni adottságainak, valamint betegsége szakának megfelelő gyógykezelésben kell részesíteni, ... a legcélravezetőbb gyógymódokat kell alkalmazni”. Továbbá „az orvos az általa gyógyíthatatlannak vélt beteget is a legnagyobb gondossággal köteles gyógykezelni”.

Optimális esetben ez azt jelenthetné, hogy a terminális beteg egyéni adottságaira tekintettel, ha az orvostudomány állása szerint már az állapot stabilizálása sem lehetséges, úgy tisztán orvostikai alapon választandó ki a kezelés, ami azzal felhagyásban is állhat. Ahol az állapot legalább átmenetileg stabilizálható, ott még ez az értelmezés sem igazít el. Ahhoz, hogy ez az értelmezés működjön, egyértelmű álláspont kellene a „megfelelő gyógykezelésről”. A gyógyíthatatlannak vélt beteg esetére vonatkozó speciális szabály nem írja elő, hogy foglalkozási kötelezettség lenne a beteg mindenáron életben tartása. A „legnagyobb gondosság” tartalmát – további, sajnos hiányzó törvényi útmutatás hiányában – részben a szakmai felfogás hivatott meghatározni. A „legnagyobb gondosság” mércéjének meghatározásakor azonban, mint minden gondossági mércénél a társadalmi felfogásra, továbbá az alkotmányos szempontokra is tekintettel kell lenni. Önmagában a legnagyobb gondosság értelmezhető úgy is, hogy ez a fájdalom legteljesebb csillapítását, a pillanatnyi fizikai jobblét biztosítását jelenti, függetlenül ennek a várható élettartam esetleges megrövidülésével járó hatásától. Ezzel szemben az Eü. tv. 43.§ (3) szerint az orvos mégis „felel a beteg gyógykezelése érdekében szükséges intézkedések

elmulasztásáért”. Eszerint a gyógykezelés abbahagyása elfogadhatatlan lenne, kivéve ismét, ha világos lenne, hogy a gyógyíthatatlan betegnél az általánostól eltérő a „gyógykezelés” jelentése.

A mai jogszabályi háttér mellett nem magától értetődő joghatású annak a terminális betegnek a tiszta tudattal kifejezett óhaja, miszerint ki akarja vonni magát az orvosi kezelés alól, pl. „haza akar menni meghalni”. Ha óhaja szerint például lekapcsolják a dialízisről, melyet egy szövődmény miatt alkalmaznak, az orvos a 43.§-t sérti meg. S másfelől a mégis hazaengedett moribondus esetén köteles-e az orvos – szakmai és törvényi felelősségénél fogva – a bekövetkező rosszullét, illetve a tudatvesztés esetén a közvetlen életveszélyt – géprekapcsolással – elhárítani.

Egy más értelmezési technika szerint az (1) és (2) bekezdés nem a főszabály és kivétel viszonyában áll egymással, hanem a (2) bekezdés csupán a főszabály alkalmazása egy speciális helyzetre. Ez esetben a két bekezdést úgy kell értelmezni, hogy ezek összhangban legyenek egymással. Az eredmény nem sokban fog különbözni, hiszen az első bekezdés szerint az adott lehetőségekre és a betegség szakára tekintettel kell lenni, azoknak megfelelő gyógykezelés nyújtandó. Felvethető, hogy adott körülmények közt éppen bizonyos életmehosszabbító gyógymódok alkalmazásával felhagyás a „legcélravezetőbb”, hiszen a kérdés az, hogy mi a cél a terminális beteg esetében. Ilyen cél lehet: (a) az élet meghosszabbítása; (b) az adott betegség melletti „normál” élettartam biztosítása, csak tüneti kezelést nyújtva; (c) a legkevesebb szenvedés okozása melletti halál (annak bekövetkezési időtartamát figyelmen kívül hagyva); (d) (esetleg) a jó halál abban az értelemben, hogy a beteg ne veszítse el méltóságát a haldoklás során.

A 44. § (1) b) szerint az orvos nem alkalmazhat olyan gyógymódot, „amelynek kockázata nagyobb az eljárás (ténykedés) elmaradásával járó kockázatnál”. Mivel a gyógyulás kockázata nem merül fel a gyógyíthatatlannak vélt beteg esetében, legfeljebb a szenvedés és az élet megrövidülése közvetlenül aligha összemérhető kockázatai – pontosabban terhei vethetők össze. Az Eü. tv. azonban, mivel 1972-ben még teljesen orvos- és kezeléorientált (paternalista) volt a szemlélet, a beteg terheit fel sem veti. A beleegyezés, a betegtájékoztatás legfeljebb a műtét kapcsán vetődik fel, egyéb gyógykezelés kapcsán nem. Míg azonban a műtétnél a beleegyezés elve – ha bizonytalanul is – megfogalmazódik, a halálra vonatkozóan a törvény nem ismer választási lehetőséget. A kettősség tagadhatatlan. A betegnek joga van a műtétet visszautasítani. A terminális betegségnél a beleegyezés nélkül végrehajtható közvetlen életveszély elhárításához szükséges műtét tipikus helyzetben fogalmilag kizárható, mivel nincs műtét, ami az életveszélyt a gyógyíthatatlanság helyzetében elhárítaná. Ámde az azonos jogszabályi fordulat, fogalmazás mellett pl. a létfenntartó gépen tartás, mivel olyan csak fekvőbeteg-intézményben alkalmazható gyógymódnak számít, ami elháríthatja a (közvetlen) életveszélyt, beleegyezés nélkül is nyújtandó. Ebben az értelmezésben a

lekapcsolásos és a nem kapcsolásos eutanázia egyaránt kötelességzegés. A 75.§ (1) szerint viszont az egészségügyi állapotának megfelelően és a rendelkezésre álló legkorszerűbb módon kell az állampolgárt ellátni az állami egészségügyi ellátás keretében. Ebből legalább annyi következhet, hogy a terminális betegre mint sajátos állapotra speciális ellátási szabályok vonatkozhatnak, esetleg a közvetlen életveszély ilyenkor nem jön figyelembe, hiszen a beteg belátható rövid időn belül és okból meg fog halni. Ez a meghatározás azonban önmagában nem elegendő. Nyilván elfogadhatatlan lenne ha az élethez ragaszkodó, de magatehetetlen AIDS-es betegtől megtagadnák félrenyelés esetén a gégemetszést. Még az sem nyújt kielégítő eredményt, ha a közvetlen életveszély magával a terminális alapbetegséggel van közvetlen oksági kapcsolatban. Az eutanázia megfontolására – ennek esetleges megengedettsége esetén – a fenti betegségi (kórképi) feltételen túl a beteg személyiségét érintő állapotától függően kerülhet sor. Ha beteg állapota már személyes méltóságát sérti, esetleg közvetlenül veszélyezteti, vagyis ha állapota közelviszi az eszkmivolthoz, felmerülhetnek ilyen megfontolások, elsősorban akkor, ha saját korábbi döntése lehetővé teszi az eutanáziával kapcsolatos mérlegelést.

A 75. § egy további problémát is felvet. A legkorszerűbb ellátás szempontjából az adott helyzetben rendelkezésre álló legkorszerűbb eszközök jönnek figyelembe. Ebből az általános kategóriája iránt érzékenyebb jog számára furcsa paradoxon adódik, az ti. hogy az eutanáziás gyakorlat adott esetben rendelkezésre álló eszközöktől függ, attól, pl. hogy van e az adott helyen lehetőség életmehosszabbító eszközök alkalmazására. Ha ugyanis nincs, fel sem merül pl. reszuszcitáció, dialízis, így e kezelések elhagyása, abbahagyása sem, tehát az eutanázia a véletlentől függően válik problémává. A büntetőjog azonban csak általános tényállásokkal tud dolgozni, s nem lehet az eutanázia (mint kezelésmegtagadás) tisztán véletlen dolga. Ellentétben áll mindez az egyenlőség követelményével is, hiszen elvileg elfogadhatatlan, hogy az egyik haldokló eutanáziához való „joga” abból adódjék, hogy esetében nincs lehetőség és így kötelesség se bizonyos fajta élethosszabbító kezelésekre.⁴ Az Eü. tv. ugyan a tudomány és a jogszabályok keretei között alapvetően az orvosra hagyja a gyógyító tevékenységre vonatkozó választásokat, úgy tűnik azonban, hogy a fenti esetekben, elsősorban abban, hogy mi is a gyógykezelés célja, nem pusztán az orvos választásának kérdéséről van szó, ám a jogszabályok (mint a jelen elemzés mutatja), nem adják meg a szükséges keretet és iránymutatást.

Büntetőjogi tilalmak, amelyek egyes, az eutanázia fogalmi körében említett cselekedetekre vonatkoznak

Emberölés. (Btk. 166 §) A cselekmény szándékosnak minősül, akkor is, ha a magatartás következményét az elkövető nem kívánja, de azokba belenyugszik (Btk. 21§).

Nem valósít meg bűncselekményt például az az orvos, aki az orvostudomány állásának megfelelő, de kockázatos műtétet végez, nem azért, mert a műtét során bekövetkező esetleges halálba a műtét végzésével nem nyugodott bele (a kockázat vállalásával szándéka átfogta az eshetőleges következményt is, ennyiben tehát az eshetőleges következménybe belenyugvónak is lehetne tekinteni)⁵, hanem mert az egészségügyi törvénynek megfelelően eljárva jogszerűen cselekedett, vagyis hiányzik a büntetőjogi jogellenesség – mivel más jogszabály szerint a magatartás jogszerű.

A talán leggyakoribb orvosi magatartás, mely e tényállás szerint is minősülhet, az az eset, amikor a szenvedések csökkentésére egyre növekvő dózisban fájdalomcsillapítót adnak, a halálnak a csillapító által kiváltott kockázatát is vállalva. Míg az etikusok hajlanak e viselkedést a „kettős” hatás elve⁶ szerint elfogadni, a büntetőjogászok inkább a jogellenesség hiányát tartják meghatározónak. Horváth szerint⁷ az orvos tudata átfogja magatartásának következményeit és fennáll az okozati összefüggés. Jogilag elismert, hogy az orvosnak választási szabadsága van (vagyis a tételes jog a kockázatvállalási konfliktust elismeri és a jogellenességet kizárja, alapjában foglalkozási szabályok formájában). Jogdogmatikailag tehát a jogellenesség hiánya, ehhez pedig a jogász számára – implicite – az ide eső eutanázia jogszerűsége adódik. A magyar tételes jog azonban, mint az Eü. tv.-ből kitűnik, homályos e tekintetben, bár ezt az értelmezési lehetőséget sem zárja ki. Tekintettel arra, hogy más emberölési ügyekben, illetve a büntetőjogban jó okkal érvényesül az eshetőleges szándék tana, nem várható a büntetőbírótól, hogy egy orvosetikai kettős hatás elve szerint esetleg elfogadható és ezért nem eutanáziának nevezett halál-okozást automatikusan kiemeljen az emberölésnek minősülő cselekedetek körétől. Ehhez az kellene, hogy a jogellenesség hiányát világosan kimondja a jog – esetünkben az Eü. tv.

Más esetekben az emberölés (és a foglalkoztatási veszélyeztetés) azért esik el, mert az okozatiság hiányára lehet hivatkozni. Paradox módon ez a helyzet a gyakran aktív eutanáziának tekintett „lekapcsolásos” eseteknél, ahol az életfenntartó kezelés megszüntetését lehet úgy tekinteni, mint ami nem oka a halálnak, hanem ez csak meghalni hagyás, mivel a halált csak a betegség váltja ki (dialízis megszüntetése). Vajon van-e joga az orvosnak meghalni hagyni – ha egyszer gyógykezelést kell nyújtania az Eü. tv. szerint? Abban az esetben, ha az „élet” kifejezés jelentésében finom distinkciót alkalmazunk – úgy külön megítélés alá eshet az élet mesterséges meghosszabbítása⁸. Ez azonban az AB döntése alapján a törvényhozó megítélésétől függ⁹. A meghosszabbítás abbahagyása esetén – ha egyszer a meghosszabbítás különbsége normatív elismert – az abbahagyással kapcsolatban jogilag esetleg képviselhető az az álláspont, hogy a cselekedet nem áll okozati kapcsolatban a halállal, okozatiság hiányban pedig nincs bűncselekmény.

A klasszikus magyar büntetőjogi felfogás szerint emberölésen „csakis az élet tartalmának az erőszakos behatás általi megrövidítése, a halálnak az erőszak

hatása és a hatás természetszerű fejlődése által közvetett előbb fejlődése érthető¹⁰.

Általában azonban ma a büntetőjogi felfogás (nem eutanázia esetekben) a mulasztást és a passzív magatartást, valaminek a nem-nyújtását okozati szempontból a tevőleges magatartással együtt tárgyalja. Ráadásul a lekapcsolás típusú döntés tevőleges magatartás (utasítás, „elzárás”, a tű kihúzása). Egyébként nem terminális beteget lekapcsolni pl. lélegeztető gépről (sőt mozgásképtelent a hősivatagban magára hagyni, elvive kocsiját) vitán felül emberölés. De még ha a magatartás nem minősülne is emberölésnek, felvetődik a foglalkozási veszélyeztetés (a halál kockázata), tehát mindenképp orvosszakmai vagy jogi álláspontra van szükség a kérdés megnyugtató kezeléséhez.

Öngyilkosságban közreműködés (Btk. 168.§) „Aki mást öngyilkosságra rábír, vagy ennek elkövetéséhez segítséget nyújt...”

Amennyiben a gyógyíthatatlan beteg kérésére az orvos valamely életműködést fenntartó kezelést beszüntet, és azzal halált vélt ki, az öngyilkossághoz közeli helyzet jön létre, bár a halálok közvetlenül nem önkezésből, de a haldokló saját elhatározásából adódik. Vitathatatlanul megvalósul a tényállás, ha a beteg kérésére például a halált gyorsító gyógyszert bocsátanak a rendelkezésére.¹¹

Paradox módon az az etikailag – az önrendelkezés hiánya miatt – aggályosabb eset, amikor a fájdalomcsillapító „túladozás” a betegség valamely tünetével együttműködve lesz a halál közvetlen oka, nem ütközik-e törvényhelybe és adott esetben éppen „legnagyobb gondosságú kezelés” lesz, melynél emiatt hiányzik a jogellenesség. A terminális állapot sajátos kezelését indokolja a következő paradox helyzet: ha a beteg kérésére mérget kap, és azt beveszi, az öngyilkosság és megvalósul a Btk. 168.§, míg a beteg kérésére egy létfenntartó gyógyszert nem adnak tovább, mivel nem áll fenn az önkezés a bekövetkező halálban, e bűncselekményről nem lehet szó.

Foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés bűncselekményét az követi el, „aki foglalkozása szabályainak megszegésével más vagy mások életét... gondatlanságból közvetlen veszélynek tesz ki..., ha a bűncselekmény halált.... okoz. Ha az elkövető a közvetlen veszélyt szándékosan idézi elő,.... két évtől nyolc évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”.

Ez a szakasz ad közvetlen büntetőjogi tartalmat az Eü. törvénynek, a foglalkozási szabályok ugyanis nem értelmezhetőek az Eü. törvényben megjelöltek nélkül, ellentétben az emberöléssel vagy öngyilkosságban való segítségnyújtással.

A segítségnyújtás elmulasztása alkalmazható lehet az eutanázia legpasszívabb formáira. A Btk. 172.§ (1) (2) szerint ugyanis (1) „aki nem nyújt tőle várható segítséget sérült vagy olyan személynek, akinek az élete vagy a testi épsége közvetlen veszélyben van, vétséget követ el... (2) A büntetés büntett miatt három évig terjedő szabadságvesztés, ha a sértett meghal és életét a segítségnyújtás megmenthette volna”.

A (2) bekezdés alkalmazása ismét attól függ, hogy vajon mit tekint a bíró a halál okának – a gyógyíthatatlan betegséget vagy a konkrét, aktív beavatkozással elkerülhető halálokot (pl. az elvégezhető újraélesztés elmulasztását). Képviselhető ugyanis az az álláspont is, hogy a beavatkozás nem menthette volna meg az életet. De még ebben az esetben is fennáll az (1) bekezdés alkalmazásának lehetősége. Itt az a kérdés, hogy mi várható el a közvetlen életveszélyben gyógyíthatatlannak vélt személy orvosától. Büntetőjogilag a tőle elvárhatóságon az adott konkrét helyzetben levő orvos lehetőségeiről van szó (ha nem sebész, vagy ha nincs műtő, nem kell műtenie). A bírói gyakorlat más szakmabeliek (nem orvosok) személyes foglalkozási kötelezettségeinek megállapításakor a szakmai elvárásokat is figyelembe veszi. Mint minden esetben, ezúttal is a világos szakmai magatartási elvárás hiányába ütközünk, s ehelyett legfeljebb a fölöttébb ellentmondásos szokás áll zsinórmértékként rendelkezésre. Erre vonatkozóan tanúk (kollégák) és szakértők meghallgathatók ugyan, de nincs biztosíték arra, hogy a bíróság az ezek által képviselt (feltehetően amúgy is ellentmondó) álláspontot elfogadja, irányadónak tartja, amint hogy arra sincs biztosíték, hogy az eutanázia kérdésében elfogadható időn belül „magától” egységes, kiszámítható, a gyógyító munka számára kielégítő és társadalmilag elfogadott gyakorlat alakul ki.¹²

Összegezve: gyógyíthatatlan beteg életének kioltása igen sokféle elkövetési magatartás esetében is tiltott, nem pusztán abban a körben, amire a „kioltás” szó mint közvetlen okozás utal.

Másfelől a fenti kifejezéseknek lehet olyan értelmezése, amely mellett a jó halál előmozdítása jogszerű, illetve abban az orvos közreműködése megengedhető lehet.

A hatályos jog szerint tehát az orvostudomány állása és a szakmai álláspont dönt, bár erre nézve (az Eü. tv. 43.§ (3) szerint) jogszabály kereteket szabhat. Az Alkotmánybíróság álláspontja szerint ez a jogszabály esetünkben valószínűleg csak törvény lehet, mivel alapvető jog, az élethez való jog korlátozása vetődik fel.

Ami az emberölést illeti, az eutanázia egyes formái nem esnek ez alá, ha a jogász arra az álláspontra helyezkedik - és erre a jogértelmezés lehetőséget ad -, hogy a bekövetkező halál oka maga a gyógyíthatatlan betegség, nem pedig a kezelés megszüntetése vagy elmaradása. A dialízis megszüntetése vagy nem alkalmazása az adott gyógyíthatatlan betegség hatására fellépő természetes folyamatnak ad helyt.

Ezen a példán jól látszik, hogy a hagyományosan alkalmazott különbségtétel aktív és passzív eutanázia közt, illetve a felelősség ehhez a különbséghez kapcsolása, legalábbis az esetek egy részében, elsősorban létfunkciók gépi fenntartása esetén, nem használható. Aktív eutanáziáról – az etikusok egy részével ellentétben – a jogászok akkor beszélnek, ha az orvos (kezelő) tevőleges magatartással járul hozzá a halál bekövetkezéséhez. Ezért a tipikus eutanázia-viselkedések egyenkénti jogi és szakmai meghatározása,

különválasztott jogi megítélése indokolt, még ha emiatt kazuisztikus is a szabályozás.

A hivatkozott jogszabályok értelmezhetők úgy, hogy a gyógyíthatatlan beteg életének meghosszabbítása nem szükséges, annak elmaradása tehát nem jogellenes, sőt lehetséges, hogy jogszerűnek minősüljön a gyógyíthatatlan olyan gyógykezelése, amely megrövidíti az életet.

Az ebbe a körbe eső magatartások, kezelésmódok azonban csak az eutanázia körében tárgyalt esetek kisebb, meglehetősen esetleges csoportjára vonatkoznak. Az ilyenfajta megközelítés lehet ugyan a probléma átfogó kezelésében egy szükséges kis lépés, de alapvetően elhibázott, mert lényegében a problémával való szembenézést elkerüli, a tudatos társadalmi és egyéni választások lehetőségét kizárja, az orvos számára nem ad világos útmutatást, ami az orvosi eljárást mindig bizonytalanná teszi és a bizalmatlanság és támadások forrása, szélső esetben pedig más (nem orvosi, nem a jó halállal kapcsolatos jogdogmatikai) megfontolásoknak és akár kiszámíthatatlan büntetőjogi felelősségnek szolgáltatja ki az orvost.

Alkotmányos-e, illetve milyen értelmezés mellett alkotmányos a hatályos jogi szabályozás?

A hatályos Alkotmány tartalmaz néhány, az eutanáziával kapcsolatban lényeges szakaszt, anélkül azonban, hogy ezek egyértelmű eligazítást adnának az eutanáziáról. Az Alk. 54.§ szerint

(1) ...minden embernek veleszületett joga van az élethez és az emberi méltósághoz, amelyektől senkit sem lehet önkényesen megfosztani.

(2) Senkit sem lehet... kegyetlen, embertelen, megalázó elbánásnak alávetni. Az élethez és méltósághoz való jog természetét az AB álláspontját figyelembe véve tekintjük át. A (2) bekezdéssel kapcsolatban azonban meg kell jegyezni, hogy amennyiben az életfenntartó kezelés mint bánásmód kegyetlen és megalázó, úgy jogellenes. Ezen az alapon tehát, az Eü. tv-nek a gyógymódra vonatkozó – már tárgyalt – hallgatását az Alkotmány rendelkezése szellemében kellene értelmezni. Ez ismét legalább bizonyos kezelésmódok elhagyását indokolná, csak hogy jogi szempontból a kérdés az, hogy ki ítéli meg, mi a kegyetlen, embertelen és megalázó elbánás az érintett-e, vagy a társadalmilag elfogadott általános mérce számít. A jogban „technikai megoldások is a személyiségi jogvédelem átlagosító jellegét mutatják”.¹³ Az általános tendencia tehát a társadalmi mércék alkalmazása, s ezek közül az elfogadott orvosi gyakorlat mércéje – különösen, ha a társadalmi felfogás szerint az orvostudomány hivatott dönteni arról, hogy mi a megalázó bánásmód – rendkívüli fontosságú.¹⁴ Mivel azonban az Alkotmány szerint az állam egészségnek kötelessége a jogok védelme (8. §), így valószínűtlen, hogy ez tisztán orvosi-szakmai kérdés lehetne.¹⁵ Hasonló eredményre jutunk szakmai oldalról is, hiszen – például nemzetközi dokumentumokban megfogalmazottak szerint is

– a helyes orvosi bánásmód a beteg szempontjait ténylegesen figyelembe vevő méltóságkonceptióra épül.

Az AB elsősorban az abortuszra vonatkozó határozatában [64/1991. (XII.17)] jutott közel annak értelmezéséhez, hogy mit jelent az élethez és a méltósághoz való jog az eutanázia tekintetében. Előre kell bocsátani, hogy szoros értelmezés szerint az élethez való jog mindössze annyit jelent, hogy attól nem lehet önkényesen senkit megfosztani,¹⁶ elvileg tehát lehetséges olyan értelmezés, mely szerint a beleegyezéssel megszüntetett kezelés, illetve a meghaláshoz kifejezett kérelemre nyújtott segítség nem ütközik az önkényes megfosztás tilalmába, különösen, mint a szorosan vett eutanázia esetében, ahol az élettől belátható időn belül és kórokból, a természet úgymint megfoszt. Hasonló, sőt még radikálisabb eutanázia-liberalizálás adódik az emberi méltósághoz való jogból¹⁷, ha a méltóságon a személyiség létével kapcsolatos alapvető önrendelkezési jogot értjük. Ámde a méltóság jelentése nem feltétlenül azonos az önrendelkezéssel (mint autonómiával), jelenthet például mások általi tiszteletben-tartásra igényt, nem eszközkénti felhasználást (aminek csak egyik esete az önrendelkezési jog). De még a méltóságnak az autonómia (önrendelkezés) szellemében felfogása sem jár mindenkinél az öngyilkossághoz való jog elfogadásával (magánál Kantnál sem).

A magyar Alkotmányban a méltóságnak önrendelkezésként felfogása nem szerepel és az AB határozatai sem kapcsolják következetesen és elválaszthatatlanul a méltóságot az önrendelkezéshez¹⁸. Igaz, a halálbüntetésről szóló AB-határozatban az élethez való jogról, mint az élettől való saját rendelkezésről is esik szó. De az önrendelkezési jog (klasszikus liberális értelemben) nem szerepel az AB kedvelt érvei közt, részben, mert mindenkor hangsúlyozzák, hogy az egyéni jogok és értékek mellett tekintettel kell lenni más alkotmányos célokra (s ezek közt a társadalmi szempontoknak is teret engednek). Egyes alkotmánybírák (Lábady és Tersztyánszky) a méltósághoz való jogot egyáltalán nem tekintik közvetlenül értelmezhető jognak, hanem úgy vélik, hogy az „élethez és méltósághoz való jog” csak „imagináriusan létezik”, a „jog előtt létezik”¹⁹.

A méltóságból azonban az AB már a kezdet kezdetén (8/1990) levezette az általános személyiségi jogokat mint anyajogot, ami szubszidiáriusan alkalmazandó. Ha hiányoznak bizonyos, a személyiség védelmét szolgáló nevesített jogok, az AB, a személyiségvédelem részeként, a személyiséghez fűződő alapjogot megállapíthat. Elvileg ilyen személyiséghez fűződő jogként megnevezhető lenne a jó halálhoz való jog is – amit Sólyom szakirodalmi publikációjában („az élet-halál kérdése”) a személyiségi jog határesetének nevezett. Ha a határeset végül is beletartozna a személyiségi jogba ez akkor sem a konkrét személy abszolút rendelkezési jogát jelentené, hanem mint a személyiségi jogoknál általában, egy társadalmilag elfogadott, általános, az egyén konkrét akaratára csak esetenként, a jog határai között tekintettel levő védelmét, azaz szabályozott és korlátozott eutanáziát.

Bár ilyen értelmű fordulatot, illetve az ilyen szabályozás alkotmányossá nyilvánítását a fentiek szerint nem lehet kizárni, az eutanáziára legszorosabban vonatkozó AB-kijelentés más irányban mutat, kifejezetten jelezve egyébként, hogy az eutanázia (és az azzal egy csokorba fogott²⁰ halálbüntetés) más elvek alá esik, mint az abortusz.

„A halálbüntetés egyre több országban alkotmányellenessé minősítése azt a fejlődést viszi egyre közelebb a beteljesedéshez, hogy mindenkit, pusztán ember-voltánál foga megillessen a teljes emberi jogi státus. Ez akkor következik be, ha a jogképesség feltétlensége mellett az élethez és méltósághoz való jog feltétlenségét is elismerik. Ezzel a folyamattal szemben az egyes országokban még létező halálbüntetés és engedélyezett eutanázia individuális ismérvek alapján (bűnösség, életminőség, tudati, illetve fizikai állapot) a sajátosan emberi jogállást megalapozó jogokat elvonhatónak, illetve korlátozhatónak tartja. A halálbüntetés és az eutanázia alapkérdése eszerint az élethez és méltósághoz való jog feltétlensége vagy korlátozhatósága”.²¹

Eszerint tehát a halálbüntetés és az eutanázia esetében a világban a „fejlődést”²² teljes emberi jogi státus elismerése jellemezné és ez – a jog korlátozhatatlansága lenne a kívánatos, amit a halálbüntetés esetében alkotmányos kötelezettségként is mondtak.

Mindez azonban csak eutanázia-ellenes hangulatjelzés és nem konkluzív érv az eutanázia megfelelő garanciákat tartalmazó liberalizációja ellen. Az abortusz határozat indoklásának ezen, a fő vonalhoz nem tartozó része azért sem több hangulatjelzésnél, mert egyébként ebben az ügyben nem kevesebb, mint öt párhuzamos vélemény készült, vagyis a bírák nézetei az indoklást tekintve megoszlanak. Nem tudhatjuk, miféle viselkedéseket tekintenek eutanáziának, továbbá, ha akarják, a halálbüntetés kapcsán az élet szentségéről kimondottakat az egyre nem vonatkozóan tekinthetik, mivel a halálbüntetéssel ellentétben itt a gyógyíthatatlan beteg önrendelkezési jogáról lehet szó (s még a magzat élethez való jogával szemben is elfogadhatónak tartották az anya jogainak figyelembevételét mint az élethez való jog korlátozásának alapját). Ugyanakkor már a 23/1990 AB hat. szerint az Alkotmány 8.§ (2) (alapvető jog lényeges tartalma nem korlátozható) ellentétben áll az emberi élet és méltóság abszolút védelmét nem tartalmazó 54. §-ával (mely nem önkényes eljárásban nem tartja kizártnak az élet elvonását). A halálbüntetés esetén viszont az „alapvető jog lényeges tartalmát nemcsak korlátozzák, hanem teljes és helyrehozhatatlan megsemmisítését engedik meg”. Az AB a 8.§-t tartotta alkalmazandónak és ebben az összefüggésben az élethez való jogot feltétlennek mondta. Nem következik azonban a halálbüntetésre nézve kimondott, feltétlen élethez való jogból, hogy az eutanázia esetén az élet azonos megítélés (védelem) alá esik, mert egyrészt más az élet minősége (a halál árnyékában), másrészt, mert az élethez való jog korlátozása saját, személyes rendelkezésből következik, vagyis az élethez való jog ellenében azzal egyenlő értékű alkotmányos érték (a személyiségi jog) érvényesülése áll.

A halálbüntetést eltörlő 23/1990 AB határozat kimondja: „Az emberi élet és az emberi méltóság elválaszthatatlan egységet alkot és minden mást megelőző legnagyobb érték. Az emberi élethez és méltósághoz való jog ugyancsak egységet alkotó olyan oszthatatlan és korlátozhatatlan alapjog, amely számos egyéb alapjognak forrása és feltétele.”²³

Különbséget tehetnek és az önrendelkezési jog érvényesülését megengedhetik arra hivatkozva is, hogy az élethez való jog – még ha abszolút is – más értelmet kap a közelgő, beláthatóan rövid időn belül elkerülhetetlen halál fényében, ha az állapot szenvedést és a méltóságteli életet akadályozza. Azaz az életnek nem pusztán biológiai értelemet tulajdonítanak és a halálhoz közel eső élet esetében egy „jogi életfogalmat” használnak, vagyis eltekintenek az egyébként evidens „biológiai élet” abszolút védelmétől.²⁴ Ez akkor célravezető megoldás, ha egyébként ragaszkodnak élethez való jog feltétlenségéhez.²⁵ Ebben az esetben csak a méltóságteli élet feltétlen, de egyébként az élet a méltóság érdekében korlátozható (legalábbis önkorlátozás és önrendelkezés tárgya).

Végül az is lehetséges, hogy az abortuszügyben követett taktikai megoldást választják. Abban az ügyben az életet (a magzati életet is) alkotmányosan védendő alapjognak tekintették, de nem alanyi jog értelmében, hanem objektív védelemben részesítendő jogként. Ez azt jelenti, hogy az államnak intézményes védelmi szabályokat kell hoznia, azaz az általános szintjén nem tekinthet el a magzati élet védelméről és nem lehet közömbös az abortusz iránt, hanem azt megelőznie, sőt akadályoznia kell. Az állam azonban nem felel az egyes magzatok megszületéséért. Ilyen felelőssége – az Alkotmány hallgatása miatt – csak akkor lenne, ha a törvényhozó a magzatot egyértelműen (jogképes, jogi értelemben vett) embernek tekintené. Ezt ugyan a mindenki által aláírt határozat indoklása igencsak pártolta (a rabszolga-felszabadításnál fontosabb tett dicsőségét ígérve az ilyen törvényeknek) és volt párhuzamos vélemény, mely szerint a magzat is ember, de – legalábbis eddig – az AB nem vállalkozott arra, hogy elvitassa a törvényhozó döntési jogát és felülbírálja a törvényt, mely a magzat élethez való objektív (nem alanyi) jogának védelmét szolgálja csak.

Hasonló álláspont lehetséges az eutanázia kapcsán is, vagyis nem ütközne az Alkotmányba és nem lenne az eddigi határozatokkal inkonzisztens, ha az AB – a bírák személyes szimpátiáitól függetlenül – ne vállalná az érdemi döntést és a törvényhozásra bízná azt. Kimondhatja, hogy egyaránt alkotmányos, ha a törvényhozó nem védi feltétlen jogként a gyógyíthatatlan betegek életét – és ennek ellenkezője is. Az előbbi (sőt talán a második esetben is) minden bizonnyal hangsúlyozná az objektív jogvédelem szükségességét, hogy tehát csak alkotmányos okból, megfelelő garanciák mellett kerülhessen sor eutanáziára (illetve annak bizonyos fajtáira). Ez közelebről azt jelenti, hogy a kiindulópont, a főszabály szerint a gyógyíthatatlan haldoklónak joga van az élethez. (Eldöntendő, hogy ez a leghosszabb ideig tartó életet jelenti-e vagy a lehető legkisebb fájdalommal járó élet joga-e. Valószínűleg ebben a kérdésben is a beteg álláspontja az irányadó²⁶.) Egy ilyen álláspont összeegyeztethető lenne az

AB-nak az állam vallási és lelkiismereti semlegességére vonatkozó álláspontjával (4/1993 (II.12.) AB hat.) Amennyiben az eutanázia világnézeti kérdés, úgy e semlegességi igényből egyenesen következne ez a megoldás. Eszerint „az állam nem kényszeríthet senkit olyan helyzetbe, amely meghasonlásba vinné önmagával, azaz amely összeegyeztethetetlen a személyiségét meghatározó lényeges meggyőződéssel”.²⁷ Adott esetben a méltóságteli életre vonatkozó ilyen alapvető meggyőződés (az a gondolat, hogy lealacsonyító kiszolgáltatottságban a személy nem kíván élni) minősülhet ilyen meggyőződésnek, és az állam ez esetben nem kényszeríthet az ezt sértő állapot elviselésére. (Természetesen nem kényszeríthet senkit lelkiismerete ellenében eutanáziában közreműködésre sem).

Milyen alkotmányos megoldás és annak megfelelő jogi és szakmai álláspont szükséges az orvostudomány és a társadalmi tudat jelen állapotában?

Álláspontunk szerint az eutanázia körébe tartozó cselekmények mai törvényi szabályozása – különösen az áttekinthető szakmai álláspont hiányában – nem felel meg az alkotmányos és jogállami következményeknek, függetlenül attól, hogy az eutanázia, illetve egyes formái megengedhetősége tekintetében mi a „helyes” álláspont. A vonatkozó szabályozás ugyanis hézagos, illetve áttekinthetetlen, s bár jellegében eutanázia-ellenes, illetve annak egyes formáit kifejezetten tiltja vagy bünteti, nem felel meg az élethez való jog objektív, intézményes védelmére vonatkozó alkotmányos állami kötelezettségnek. A vonatkozó szabályok ugyanis jórészt hiányoznak. Végző fokon nem kerülhetők meg az eutanázia alakzataival kapcsolatos állásfoglalások. A közvetlenül a fájdalomcsillapítók hatására bekövetkező halál az orvosi kötelességgyakorlással (fájdalomenyhítés) járó, attól elválaszthatatlannak tűnő kockázat. Ez a gyakorlat ellentétbe kerülhet az élethez való (esetleg korlátozhatatlan és feltétlen) joggal, mely objektív védelmet kíván, vagyis legalább az esetleges visszaélések kizárását. Ez a szabály csak törvényi szintű lehetne, mint minden alapjogkorlátozás. Egy ilyen szabály az orvosnak is érdeke, mert felmenti az esetleges utólagos felelősségre vonás és esetleg a morális dilemma alól. Az egészségügyi erőforrások hiánya és ennek nyilvánossá válása valószínűleg kikényszeríti a vegetatív állapotú terminális betegek létfenntartó gépről lekapcsolását is – ha másként nem a kezelés fölöslegességére hivatkozva és szakmailag kivonva az eljárást az eutanázia tabuja alól. Ez esetben hasonló alkotmányos kötelezettség keletkezik. A fentiekén túl – és feltételezve, hogy a gyógyíthatatlan betegek esetében az eutanázia körébe sorolt orvosi magatartásformák alkotmányos szempontból in abstracto elfogadhatók – érdemes megvizsgálni, hogy milyen irányú szabályozás kívánatos az orvostikai és alkotmányos, jogállami szempontok együttes figyelembevételén. E fejtegetések elsősorban akkor érvényesek, ha az AB és általában az uralkodó jogfelfogás szerint az eutanázia tekintetében az Alkotmány semleges, azaz a halál bekövetkeztét nem

akadályozó és gyorsító eljárások engedése sem nem alkotmányosan tiltott, sem nem önmagában alkotmányosan kötelező, vonatkozó kérelem alapján vagy „megfelelő” állapot esetén. (Ez utóbbi álláspont sem kizárt, ha az élethez való jog a halál árnyékában az étellel való szabad rendelkezést jelentene.)

A már jelzett prudenciális megfontolásokon túl (egészségügyi eszközök ésszerű felhasználása) ebben a helyzetben a törvényhozó számára egyéb alkotmányos szempontok (világnézeti semlegesség, a magándöntés és magánautonómia védelme) az eutanázia bizonyos legalizálását indokolják.

Ennek formája csak törvényi lehet (alapvető jog korlátozása csak törvényben történhet). Természetesen a törvényhozó a törvényt kerettörvényként is megfogalmazhatja, a szakmai gyakorlatra, az orvostudomány állására, a szakmai szervezet szakmai állásfoglalására hárítva az érdemi szabályozást, míg maga azzal vél eleget tenni alkotmányos kötelezettségének, hogy az eljárást teszi garanciálissá (milyen bizottság, milyen feltételek esetén hozhat döntést, pl. gyógyíthatatlanság kérdésében; melyek a beleegyezés érvényességének formai kellékei). A külföldi gyakorlat és egyes magyar AB-megjegyzések általában megengedik, hogy az étellel kapcsolatos kockázatvállalás mértékét törvénynél alacsonyabb szinten a mindenkori tudományos-szakmai szempontok alapján határozzák meg²⁸. Ez azonban a jelen helyzettel nem azonos, mert itt nem társadalmilag elfogadható általános kockázatról, hanem a konkrét életre vonatkozó döntésről van szó, egy konkrét jog konkrét korlátozásáról. De a törvényi szintet indokolja pragmatikus orvosi szempont is, ti. ha ezeknek a kérdéseknek a megítélése teljesen a szakma kezébe kerülne, ez egyben kiszolgáltatná a szakmai álláspontot, a nem-szakmai szempontokat követő bírói felülvizsgálatnak. A jogalkotó egyébként sem járna el társadalmilag korrekten, ha az eutanázia megengedett eseteinek kazuisztikus meghatározását az orvosok valamely önkormányzó fórumára terhelné, mivel ebben a döntésben nyilván az orvosi szakmán és a gyógyítással foglalkozó szervezetek körén túllépő társadalmi szempontokat kell érvényesíteni (mindenekelőtt a potenciálisan terminális beteg állampolgárokét, továbbá gazdasági szempontokat, kulturális értékeket). A törvényhozásnak azonban biztosítania kell, hogy döntései ne az orvosi gyógyító szempont ellenében szülessenek (ami a beteg sérelmét is jelenti rendszerint).

A szabályozásnál alkotmányos okokból érvényesülnie kell a beteg önrendelkezési jogának (nemcsak a személyiség anyajog miatt, hanem pl. a világnézeti szabadság alapján), továbbá az orvos szabadságjogainak, elsősorban lelkiismereti szabadságának. Ami az utóbbit illeti, ezt a szempontot az abortuszügyben világosan megfogalmazta az AB. Bár a szakma vállalásával a szakmai előírások követendők, az eutanázia nyújtására orvos nem lehet köteles (de a szenvedés feltétlen enyhítésére igen), még ha ez megengedett gyakorlat lenne is. Nincs ugyanis szó ebben az esetben semmiféle közvetlen életveszély-elhárítási abszolút foglalkozási kötelezettségről, hanem egy alkotmányos jog (lelkiismereti szabadság) korlátozása valósul meg.

Ami a beteg önrendelkezési jogát illeti, itt a jognak mindazon garanciákat nyújtania kell, ami biztosítja, hogy a valódi akarat érvényesüljön. Ez részben az akarat kinyilvánítási körülményeinek, a tudati állapot ellenőrzésére vonatkozó pontos szabályok törvénybeiktatását, részben az orvosi döntéshozók ellenőrzését jelenti (független orvosi vagy orvosi-laikus vegyescsoportok, bírói hozzájárulás).

Az önrendelkezési jog előfeltétele a beteg tájékoztatási jogának biztosítása. Mindez általános szabályként csak akkor érvényesülhet, ha ennek megfelelő egészségügyi szervezeti előfeltételei biztosítottak, vagyis az államnak – ha a törvényhozó ebbe az irányba indul el – kvázi alkotmányos kötelessége az intézményi feltételek megteremtése. Fordítva – és pragmatikus-prudenciális megfontolásokból is – a rendszer megteremtése csak fokozatos lehet. Még erősebb a fokozatosság igénye az eutanázia legnehezebb és leggyakorlatibb jelentőségű esetében, amikor akaratnyilvánításra képtelen személy sorsáról kell döntenet. Különösen körültekintően kell eljárni az akaratnyilvánításra képtelen személyek esetében az akarat „pótlásánál”, mivel itt a hozzátartozó, gondozó adott esetben objektíve ellenérdekű fél is lehet. Semmiképp sem kerülhet sor eutanáziára bármelyik közvetlen hozzátartozó tiltakozása esetén. A nagyfokú bizonytalanság és a garanciák megteremtésének ebből adódó nehézsége miatt indokolt lehet ezt a formát kizárni a liberalizálásból.

Az akaratnyilvánítási probléma megoldásához segít a living will,²⁹ amellyel kapcsolatban indokolt, hogy a törvényhozó az alkalmazhatóságához minden segítséget megadjon (a living will megtételére formanyomtatványok kialakítása, az eljárás illetékmentessé tétele, aktív lehetőségnyújtás ilyen „végrendelet” tételére olyan alkalmakkor, amikor az állampolgár kapcsolatba kerül az államigazgatással (pl. jogosítvány megszerzése, bevonulás a hadseregbe), esetleg kórházi felvételkor, bár ez utóbbi minden szempontból rosszabb és deprimálóbb.)

Mindeddig nem esett szó arról, hogy végül is miféle jó halálba segítés illeszthető az alkotmányos megoldások közé. Mint említettük, az eutanázia név alatt egymásba átmenő, jogilag nehezen egyneműsíthető magatartásokat foglalnak össze. Egy olyan törvényhozói vagy orvosi állásfoglalás, miszerint ezentúl az eutanázia, a beteg halálba segítése megengedett, félreérthető jelzés a társadalom, de az orvostársadalom számára is. Az ilyen ideológizáló törvényi tételek általánosító üzenete kerülendő. A társadalmi és orvosi elfogadást megkönnyíti és jogpolitikailag is javallható az a megközelítés, mely nagyon pontosan körülhatárolt viselkedéseket engedélyez, nagyon körülhatárolt és ellenőrizhető, illetve kötelezően ellenőrzött feltételek mellett.³⁰ Az orvosi és társadalmi felfogás alakulásával e cselekmények köre bővíthető, de jogpolitikailag nem ajánlatos a liberalizálást radikális aktív eutanáziával, pl. azzal kezdeni, hogy megengedik akaratnyilvánításra képtelen hozzátartozója számára, hogy kegyelemből ölést kérjen.

Külön vizsgálódást érdemel, hogy milyen – az orvost helyettesítő – szerepe lehet a nem-orvosnak ezekben a döntésekben.³¹ Minden hasonlóság ellenére fogalmilag különválasztandó a két eset, egyebek közt azért, mert az orvosnak egészen sajátos a segítési kötelezettsége mind jogi, mind erkölcsi értelemben. Más elvek és garanciák szerinti, bár adott esetben az orvosi eutanáziához hasonló gyakorlati lépésekkel rendezhető a nem terminális, de gyógyíthatatlan beteg helyzete. Sem elvileg, sem gyakorlatilag nem lenne helyes, ha a nem terminális beteg halálhoz segítségét vagy a hozzátartozó (gondozó) által végrehajtott „kegyelemből ölést” is bevonnák az eutanáziába.³²

Minél nagyobb a visszaélés veszélye, minél radikálisabb a beavatkozás és minél bizonytalanabb a beteg szándéka, annál kevésbé engedhető meg az eutanázia, különösen amikor még általában hiányoznak a garanciák, az azok érvényesülését ellenőrző intézmények és az ezekbe vetendő bizalom még nem alakult ki.³³

JEGYZETEK

1 Nem foglalkozunk itt a magánjogi jogellenességgel. A magánjog oldaláról nézve az eutanázia iránti kérés esetében a violenti non fit iniuria elvének értelmezéséről van szó, amely elv jelenleg az önrendelkezést csak addig a határig ismeri el, ameddig az társadalmi érdekeket nem sért vagy nem veszélyeztet. (Az elv szerint a beleegyezés kizárja a magánjogi deliktumot).

2 A halállal kapcsolatban esetlegesen megengedhető orvosi gyakorlatok köréből mint nyilvánvalóan megengedhetlent ki kell zárni minden olyan esetet, illetve meghatározást, mely „csökkent értékű” emberek elpusztításra vonatkozik. Ezzel nem azonos kategória, és nem célszerű az eutanáziával együtt tárgyalni azt az esetet, amikor gyógyíthatatlan, de nem halálos kimenetelű, tartós szenvedést okozó, krónikus betegségről van szó. Elképzelhető, hogy itt is változtatandó az orvosi magatartás, a beteg „öngyilkossági” kívánságának figyelembevétele tekintetében, és az orvosi viselkedés jelentős mértékben hasonlítani fog a gyógyíthatatlan, halálos beteg esetében kialakított magatartásra. Az orvosi viselkedés esetleges hasonlósága ellenére a beteg és a betegség oldalán jogilag fontos különbség mutatkozik a két eset között. A halál oka az eutanázia körében maga a betegség. Az elhatárolások természetesen sosem tökéletesek. A nem gyógyuló, de nem halálos betegségnél lehetséges az eutanázia helyzetre emlékeztető határeset, különösen amikor a beteg többé nem nyerheti vissza tudatát. Ebben az esetben a megfelelő belátással nem rendelkező gyógyíthatatlan és halálos betegekre és orvosokra vonatkozó elvek egy része lehet irányadó.

3 A hozzátartozó általi kegyelemölésnél például nem kell azzal számolni, hogy ennek milyen hatása lesz a gyógyításhoz nélkülözhetetlen orvosok iránti bizalomra.

4 Vö. azzal a Kovács József által kiemelt problémával, hogy bizonyos esetekben az eutanázia lesz mások kezelési eszközhöz jutásának eszköze. Az Eü. tv. kezelési kockázatvállalási elve mintha nem két gyógymód, hanem két beteggel szemben egymás rovására alkalmazható azonos gyógymód egymással összemért kockázata jelentést kezdene kapni.

5 Per analogiam, az a személy aki terhes nő hasát rugdossa, felel a magzat sérelméért, bár szándéka nem feltétlenül irányult abortuszra.

6 A kettős hatás elve szerinti orvosi magatartást XII. Piusz óta egészen a legutóbbi (1995) enciklikáig pártolta a katolikus egyház. Eszerint az orvos szándéka a szenvedés enyhítésére, s nem a halál okozására vonatkozik. Jogilag azonban ez nem használható, részben mert ebben a formában a szándékeltetés érvényesülése visszaélés forrása lehet, részben az eshetőleges szándék büntetőjogilag elfogadott elve miatt. Az ettől való eltéréshez külön jogi rendelkezés kell.

7 Horváth Tibor: Eutanázia és büntetőjog. Állam- és jogtudomány 1972. 1 Horváth, aki a ma is uralkodó büntetőjogi álláspontot képviseli, ugyan a „morfintüladagolást” elfogadja, de (minden más) eutanáziát mint emberölést büntetendőnek tartja, mert a jogi norma garanciális és általános jellegű, így életminőségi alapon való megkülönböztetése elfogadhatatlan. A jog ugyanis csak általános

tényállásokat fogalmazhat meg, és nem mondhatja, hogy bizonyos körülmények közt az élet haszontalan. Így tehát, mivel a jog feladata absztrakt társadalmi értékek védelme, a jognak minden életet, mindenkor védenie kell. Kiegészítő érve szerint az eutanázia megengedése az orvos iránti bizalmat ássa alá és visszaélések forrása. Bár mindez a szocialista jogfelfogás uralma idején került kifejtésre, mint az AB álláspontjának áttekintésekor látni fogjuk, az objektív értéketika alapján ma is befolyásos, esetleg meghatározó lehet.

8 A mesterséges meghosszabbítás meghatározása már szakmai és orvosetikai alapon történhet – illetve a megoldás csak ezek megléte esetén lehet jogilag elfogadható.

9 Ld. a következő fejezetet

10 Edvi Illés Károly: Anyagi büntető törvények. Magyar Törvénytár, Grill. Bp. 1909.

11 E kérdéskörben komoly elmozdulást jelentett nemrégiben az amerikai Comparison in Dying V. Washington (1996 március) ügyben hozott döntés. A bíróság ugyanis kimondta, hogy a terminális állapotba jutott betegnek joga van a halálhoz. A bíróság kifejtette, hogy bár az államnak kétségtelenül jogos érdeke fűződik, ahhoz, hogy megakadályozza az öngyilkosságot illetőleg a 3. személy általi öngyilkosságra rábírást, azonban mindezen érdekek egyike sem tekinthető olyan nyomós érdeknek, amely a felnőtt és akaratnyilvánításra képes beteg döntésének tiszteletben tartását megelőzhetné. A bíróság avval érvelt, hogy ha az orvos élet kioltására is alkalmas mennyiségű gyógyszert ír fel, a beteg kérésére, akkor az orvos ezen tevékenysége nem különbözik sokban azoktól a terminális betegek esetében már alkalmazott orvosi eljárásoktól, amelyeket a jog már korábban elfogadott. A bíróság végül is arra a következtetésre jutott, hogy az a büntető jogszabály, amely megakadályozza, hogy a beteg szabadságjogaiba tartozó önrendelkezés érvényesüljön alkotmányellenesnek tekintendő, amely sérti az Alkotmány XIV. kiegészítésben megfogalmazott due process követelményét.

12 Ilyen egységes álláspont létrejöhet az egyes ügyek kapcsán, de valószínűtlen, hogy nagyobb számú eutanázia-ügyben döntsenek a következő években a bíróságok. Elvileg lehetséges továbbá, hogy a Legfelsőbb Bíróság irányelvben nyújtson útmutatást a hivatkozott szakaszok értelmezésére. Ez szintén valószínűtlen, részben mert a bíróságok Magyarországon az AB kivételével elutasítják a nyílt jogalkotást, nem kívánnak annak felelősségében osztozni (nem is jogosultak rá). Technikailag azért teljesen valószínűtlen az ilyen állásfoglalás, mert azt alapvetően jogegységi problémák megoldására alkalmazzák, márpedig, ha nincsenek ügyek, nincs szükség a bíróságok álláspontjában egység teremtésére. Kétségtelen, a pereknek lehet társadalmilag katalizáló hatása. Mind Hollandiában, mind az Egyesült Államokban néhány látványos per keltette fel a közvélemény érdeklődését az eutanázia iránt. A common law sajátságai miatt azonban az Egyesült Államokban a bíróságok mind a mai napig folyamatosan felülbírálják az eutanáziával kapcsolatos törvényhozási döntéseket, s ettől a szabályozás bizonytalan, túlbonyolított és elviselhetetlenül költséges lesz.

13 Sólyom László: A személyiségi jogok elmélete. Bp. 1982. Bár Sólyom ebben a könyvében azt sugallja, hogy jogot kell adni az árnyalatnak, a jogfejlődés elkerülhetetlen elemének tartja, hogy személyiségvédelem címén ne a konkrét személyiséget védjék a jogban. Az élet-halál kérdése az e könyvében kifejtettek szerint a személyiségi jog „határeseté” (vagyis ebből nem következik, jogos-e, hogy ebbe is beleavatkozzon – védelmi célból – az állam, amit más személyiségi jogok esetén rezignáltan konstatál).

14 A Conroy ügyben (New Jersey) a tagállami bíróság elismerte az egyén abszolút önrendelkezési (gyógykezelés-visszautasítási) jogát az orvosokkal szemben.

15 „A jogalkotó a szabályozás tartalmának kialakításánál köteles ugyan figyelembe venni a különböző szaktudományok eredményeit, ám a jog szabályozási rendszere annyiban szuverén, hogy nem köteles azokhoz mechanikusan igazodni... Amikor a jog tudatosan eltér a szaktudomány felfogásától, ez nem az utóbbi elvetését vagy felülbírlását jelenti, hanem csupán azt juttatja kifejezésre: a jogi szabályozás kialakításánál nem kizárólag egyik vagy másik szaktudomány eredményeit kell figyelembe venni, hanem ezek mellett, társadalmi, gazdasági, műszaki stb. szempontokat is mérlegre téve kell meghatározni... a társadalom fejlődési szintje mellett a jog által eltűrt, illetve megkövetelt magatartást.” Kilényi Géza párhuzamos véleménye 64/1991. (Az Alkotmánybíróság határozata, 1991. 321. o. – a továbbiakban minden AB-határozat hivatkozás e sorozatra vonatkozik.)

16 Az Egyesült Államokban az Alkotmány szövegezése miatt a központi alkotmányos kérdés az eutanáziában, hogy az élettől megfosztás (pl. lekapcsolás hozzátartozói kérésre) eljárása méltányos-e (due process). (V.ö. Cruzan ügy 1990.)

17 A hatályos Alkotmány számos szövegezési pontatlanságának egyike, hogy az azt a látszatot kelti, mintha alkotmányos államban a veleszületett méltóságtól nem önkényes eljárásban bárki megfosztható lenne.

18 Legalábbis eredetileg azonban Sólyom László kifejezetten így vélekedett. a méltóság „az autonómiának, az egyéni önrendelkezésnek egy mindenki más rendelkezése alól kivont magja”.

19 23/1990 AB hat. párhuzamos vélemény.

20 Ez a szerencsétlen összekapcsolás, amivel a halálbüntetés alkotmány-ellenessé nyilvánítása óta küzd az AB, alapvető félreértésen alapul. Ugyanis míg a halálbüntetésnél az állam veszi el az életet, addig az eutanáziánál legfeljebb – de nem szükségszerűen – az állami egészségügyi szervezet asszisztál a dologhoz. Vajon az élethez való jog védelmére vonatkozó alkotmányos kötelezettségének eleget tett-e az állam, ha ezt megfelelő feltételek mellett vagy anélkül megengedi? Az Alkotmány szerint alapvető jog lényeges tartalmát még törvénnyel sem lehet korlátozni, a megengedett korlátozások pedig az AB szerint más alapvető jog, alkotmányos cél (esetleg, néhány határozat szerint más alkotmányos érdek, törvényi cél) érdekében korlátozható. Mármost az élethez és méltósághoz való jog egyáltalán nem lenne korlátozható, mert a) ezek vagy fennállnak, vagy sem, így a korlátozás, a jogilag megengedett halál egyes kivételes esetekben fogalmi képtelenség: b) az élethez és méltósághoz való jog magasabbrendű, mint bármely más jog stb. (márcsak azért is, mert azok előfeltétele), tehát nincs minek a nevében korlátozni. Az a) szerinti okfejtésre lehetséges válasz, hogy nem a konkrét egyéni jog, hanem a jogintézmény korlátozhatóságáról van szó. A b) esetben is van korlátozhatóság más élet védelmében (jogos önvédelem).

21.i.m. 307. o.

22 Ez igen furcsa feltevés. Az USA számos tagállama egyszerre halálbüntetés-párti és eutanáziát engedő, Európában minden nyugati halálbüntetés-tiltó (olykor a múlt század óta) és legújabbban mind több helyütt korlátozottan eutanáziát engedő.

23 AB hat. 1990. 3. o.

24 Ld. a halál meghatározására vonatkozó nehézségekre Sótonyi álláspontját.

25 A 23/1990 AB hat.-hoz fűzött párhuzamos véleményében Sólyom kifejezetten utal arra, hogy az AB értelmezheti az élethez való jogot (azaz az nem biológiai adottság) és ez az értelmezés befolyásolhatja az élet feletti rendelkezés más vitás eseteinek eldöntését (pl. abortusz, eutanázia). E párhuzamos véleményben Sólyom utal arra, hogy egy jog elidegeníthetetlenek, sérthetetlenek nyilvánítása – mivel ez egy specifikus XVIII. századi megoldás varázsigerű ismétlése – nem igazít el a korlátozhatóság kérdésében. (Lábady ellenkező véleményen.)

26 A kérdésnek ilyen, tisztán jogosultságkénti kezelése adott esetben társadalmilag elfogadhatatlan egy erőforráskorlátos társadalomban, ahol ráadásul, mint nálunk, meghatározó az állami, az ápolat szempontjából csaknem ingyenes ellátás. A jognak – mégha jogosultságokról, sőt adott esetben feltétlen és korlátozhatatlan jogról van is szó – szembe kell néznie azzal, hogy az élethez való jog gyakorlása mások élethez való jogát sértheti, pl. mert nincs elegendő életfunkció-fenntartó készülék. Bármilyen tragikus a választás, a visszaélést intézményesítő titkos gyakorlatnál jobb az a nyilvános és áttekinthető, a visszaélést és a vagyoni különbségeket kizáró rendszer, mely elismeri az egyébként korlátozhatatlan jogok korlátozhatóságát más személy korlátozhatatlan joga ellenében. Bármily közel kerülünk így összemérhetetlen életminőségek összeméréséhez, ez nem azonos az eugenikai csökkent értékű életminőség elvével. Ahol az élet minőségét, a beteg személy állapotát valamilyen abszolút mércéhez viszonyítják. Ezzel szemben az nyilván megengedhetetlen egyebek közt, mert elfogadhatatlan pressziókat hív életre, hogy akkor kapcsolják le a vegetatív státusú terminális beteget az életfenntartó készülékről, amikor prospektív státusú betegnek keletkezik szüksége a létfenntartó készülékre. Az általánosan meghatározott elvet követő lekapcsolási döntésnél az egészségügyi ellátás általános állapota figyelembe vehető lenne. Ez ismét nem azonos azzal, hogy a gépen tartás milyen költségű. Ez alábbi önmagában etikailag megengedhetetlen szempont, bár valószínűleg nem alkotmányellenes, ha az állam egészségügyi (ingyenes) ellátási kötelezettségének kötelezettségénél a gyógyíthatatlan betegek bizonyos rendkívüli kezeléseinek nyújtását kizárnák. Az alkotmányosság persze nem tesz valamit orvosetikailag is elfogadhatóvá.

27 AB hat. 1993., 51. o.

28 Ld. a német Kalkar atomerőműügyet és Kilényi hivatkozott párhuzamos véleményét.

29 Az élő végrendelet önmagában nem mentesít az eset összes körülményeinek mérlegelése alól. Esetenként az élő végrendelet „végrehajtójának”, azaz akaratnyilvánításra képtelen személy

feltételezett álláspontját kifejező kurátornak, tartós meghatalmazottnak az igénybevétele is szükséges. Az „élő végrendelet” nem tévesztendő össze a műtéti kockázat vállalásával.

30 A számtalan félreértésre okot adó holland rendszerben szintén nem legalizált az eutanázia, hanem minden egyes esetben az utólag lefolytatott vizsgálat során kikerül az eutanázia köréből a kívánságra és ellenőrzés mellett végrehajtott orvosi cselekmény. Annak jogtechnikai okai vannak, hogy mindez a halottkémlésre és temetésre vonatkozó szabályok közé került, ti. a hollandok éppen nem akartak törvényt hozni az eutanázia megengedtségéről.

31 A kérdéssel szembenezés elkerülhetetlen a jogász, illetve a jogalkotó számára, amikor szülők vállalják a börtön kockázatát, hogy megszabadítsák gyermeküket a szenvedéstől – nem is feltétlenül terminális állapotban. A jogász persze minden ilyen esetben gyanakszik, hátha a cselekedetben a szülő, ápoló önértéke játszik szerepet. Hogy mindezt az orvostika körében mennyiben kell megoldani, az más kérdés.

32 A szoros értelemben vett (terminális betegre vonatkozó) eutanázia alkotmányos esélyeit is rontja a két eset együttes kezelése, mivel a nem terminális betegnél elesik az amúgy is bekövetkező halálnak az élet jogi átértelmezésére vonatkozó érve.

33 Alkotmányos szempontból lényeges különbség, hogy az élethez való jogot a beteg aktuális önmeghatározási joga miatt korlátozzák, avagy a beteg (feltehető, illetve akár a törvényben normatív meghatározott tényállás szerinti) érdekében.

Magyar Tudomány 1996. 7. szám

A XENOTRANSZPLANTÁCIÓ MEGVALÓSÍTÁSÁT CÉLZÓ TUDOMÁNYOS KUTATÁSOKKAL ÉS JÖVŐBENI KLINIKAI ALKALMAZÁSÁVAL KAPCSOLATBAN

Hazánkban igen eredményes klinikai munka folyik az emberi szervátültetések területén és a működő magyar teamek többsége teljesítménye alapján a nemzetközi élvonalhoz tartozik. Ez a tény és a hazai betegek szükségletei indokolják, hogy e terület fejlődésének feltételeit, így annak tudományos, etikai és jogi kereteit biztosítani kell.

A TUKEB ismételten foglalkozott a szervátültetés(1) jogi-etikai kérdéseivel, amelyekkel kapcsolatosan 1994. március 30-án állásfoglalást fogadott el és ajánlásokat tett.

A fajidegen, azaz állati szervek emberbe való átültetése gyógyítás céljából közel van a gyakorlati klinikai megvalósításhoz, ezért a Bizottság időszerűnek ítélte elvi etikai állásfoglalásának közzétételét a humán xenotranszplantáció(2) megvalósítását célzó tudományos kutatásokkal és jövőbeni klinikai alkalmazásával kapcsolatosan.

A humán xenotranszplantáció megvalósítására irányuló törekvések

Napjainkban a szervátültetés a fejlett világban általánosan alkalmazott életmentő beavatkozássá vált(3). Az eljárások tökéletesítése nyomán csökkent a szövödmények száma és lényegesen megnőtt az átültetésen átesettek túlélési ideje(4). Mindez együtt jár a beavatkozást igénylők számának fokozatos megnövekedésével, amivel nem tart lépést a beültethető szervek száma(5).

A kialakult nehéz helyzetet enyhítheti a jelenleg alkalmazott, emberi adományozótól származó szervek mellett egyéb, így mesterséges vagy állatból származó szervek beültetésének lehetővé válása.

(1)Humán allo-transzplantáció (a görög allosz – más – szóból): emberből másik emberbe történő szervátültetés.

(2) A kifejezés a xenosz (görög) idegen és transplantatio (latin) átültetés szavakból ered.

(3)Ma már a vese- és szívátültetés mellett lehetőség van máj, hasnyálmirigy, tüdő illetve szív és tüdő együttes, összesen mintegy 25-féle szerv és szövet transzplantációjára.

(4)A vesét kapottak 60%-a, a májat kapottak 50%-a éli túl legalább öt évvel az átültetést.

(5)Az USA-ban 1988. és 1994. között megkétszereződött a szervátültetések száma. 1994-ben összesen közel 20 ezer szervtranszplantáció történt, s körülbelül ugyanennyien vannak várólistán. Ugyanezen idő alatt megkétszereződött a várakozás közben elhalt betegek száma. Magyarországon 1995-ben 281 veseátültetést végeztek, ugyanakkor vesére közel kilencszázan várnak. E betegek közel 75%-a jut két éven belül veséhez. A fejlett európai országokban és hazánkban kb. 14-15 donor jut 1 millió lakosra, az USA-ban kb. 30.

Állati eredetű inzulinnal régóta eredményesen kezelnek cukorbetegeket. Hosszabb idő óta sikeresen alkalmaznak állati szöveteket, például sertés szívbillentyűt vagy bőrt emberi szövetek pótlására. Néhány korai próbálkozástól eltekintve, 1963. óta történnek – eddig eredménytelen – kísérletek különféle, úgynevezett *szolid parenchymás* szervek (pl. vese, máj, szív) főemlősökből és egyes más fajokból emberbe történő átültetésére(6).

Az eddigi sikertelenség több okra vezethető vissza, amelyek közül a legfontosabb az emberből emberbe történő átültetések során is megtapasztalt, de annál lényegesen hevesebb kilökődési reakció (hyperacut szerv-rejectio). Ennek leküzdése xenotranszplantáció esetén nem lehetséges a donoregyed jobb megválasztásával, azonban a hisztokompatibilitás javítható a donorfaj genetikai állományának mesterséges módosításával, úgynevezett transzgenetikus állatok emberi szervátültetés céljából történő létrehozásával. A kilökődés megelőzése ugyanakkor itt is lehetséges a befogadó immunrendszerének hosszantartó gátlásával, immunszuppresszív szerek alkalmazása révén.

Az utóbbi időben jelentős haladás történt mind a humán transzplantációra alkalmas transzgenetikus állatok – sertés – előállítására(7), mind az immunszuppresszív szerek generációinak kifejlesztése területén. További előrelépést jelenthet, ha sikerül donorspecifikus toleranciát kialakítani a befogadó szervezetben az azonos forrásból származó – emberi és állati – szervekre /microchimaerismus(8)/.

Az immunológiai problémákon kívül két további kérdés is felmerül. Az egyik az állatból emberre xenotranszplantáció útján átvihető ismert és ismeretlen vírusfertőzések problémaköre, a másik a beültetett szervek által előállított fehérjék, enzimek és más bioaktív molekulák kölcsönhatásának kérdése a befogadó szervezettel(9).

(6) Csimpánzvese (Reemtsma és mtsai, 1964), csimpánzszív (Hardy és mtsai, 1964), babuinszív (Bailey és mtsai, 1984.), sertészsív (Czaplicki és mtsai, 1993.), babuinmáj (Starzl és mtsai, 1993.), babuin csontvelő átültetése AIDS-betegekbe (USA, 1995. December), történtek kísérletek babuinvese és juhszív beültetésére is. A kutatások szerint a primátáknál humán transzplantációra alkalmasabb szervdonor lehet a cercóf-félékhez tartozó babuin és a transzgenikus sertés. Leginkább a sertésvese, szív és máj, továbbá a hasnyálmirigy szigetsejtei jönnek szóba.

(7)D. White brit immunológus már több generációs transzgenikus sertésállománnyal rendelkezik és J. Walwork ezévre tervezi az első szívatültetést ezen sertésekből emberbe. Ugyanezen sertésekből páviánba történő szívatültetés már sikeres volt.

(8)A beültetett szerv sejtjei (leukocytái) a befogadó szervezetszerte megtelepedve toleranciát idéznek elő, ezzel megelőzve a kilökődést és lehetővé téve ugyanabból a donorból további szervek beültetését (Starzl és mtsai, 1992., 1993.).

(9)Utóbbi kulcskérdés a máj esetében nem látszik szerepet játszani a szívnél.

A humán allo- és xenotranszplantáció klinikai gyakorlata egyaránt szembe kell, hogy nézzen az immunszuppressziós kezelésnek kitett szervátültetettek fertőzőes megbetegedések és bizonyos rosszindulatú daganatok iránt megnövekedett fogékonysága okozta nehézségekkel(10).

Összefoglalva megállapítható: bár fennállnak még kételyek, azonban az utóbbi idők eredményei a nem túl távoli jövőben meghozhatják azt az áttörést, aminek nyomán lehetővé válik a xenotranszplantációnak az emberi gyógyításba történő bevezetése.

A humán xenotranszplantáció kapcsán felvetődő etikai problémák

Az orvosbiológiai kutatási tevékenységnek és a kutatási eredmények klinikai alkalmazásának etikai és jogi ellenőrzése a fejlett országokban és hazánkban is megoldott. Ugyanakkor a humán xenotranszplantáció megvalósítását célzó tudományos kutatómunka, valamint esetleges klinikai bevezetése számos etikai problémát vet fel, amelyek alapos mérlegelést igényelnek(11).

- Felhasználható-e állat az ember javára szervforrásként? Lehet-e használni emberszabású és genetikailag módosított állatokat? Ha igen, miként lehet biztosítani, hogy ezek az állatok megfelelő védelemben részesüljenek és a lehető legkevesebbet szenvedjenek?
- Hogyan értékelhető és kezelhető az a veszély, amit a xenotranszplantáció révén az emberi népeésre áttérjedő állati eredetű fertőző megbetegedések jelentek?
- Mikor és milyen feltételekkel lehet a korai klinikai próbálkozásokat lefolytatni és hogyan szükséges az első átültetett betegek egészségét és emberi méltóságát védeni?
- Ha a xenotranszplantáció klinikai alkalmazása lehetővé válik, milyen szakmai, etikai, jogi és finanszírozási feltételekkel vezethető be és biztosítható a klinikai betegellátásban?
- Miként fogadja a társadalom és a rászoruló csoportja a xenotranszplantáció lehetőségét? Hogyan fog ez kihatni a társadalom gondolkozására és magatartására általában és a szervtranszplantációval, az abban résztvevőkkel kapcsolatosan?

(10)Egy 1994-ben közzétett felmérés szerint az USA-ban az átültetés utáni első évben a betegek 39%-a kapott valamilyen fertőzést. Ugyanakkor a humán allotranszplantációk kudarcának első számú oka továbbra is a krónikus kilökődés.

(11)Az alábbi felsorolás logikai és nem fontossági sorrendet követ.

A humán xenotranszplantáció jövőbeni klinikai alkalmazásának feltételei

Ahhoz, hogy a humán xenotranszplantáció bevezetésre kerülhessen a klinikai gyakorlatba, meg kell felelnie az érvényes tudományos, etikai és jogi feltételeknek, alkalmazásának további feltételeit pedig meg kell állapítani, illetve teremteni.

- Mindenekelőtt az eljárást az érvényes tudományos, etikai és jogi normák keretei között tökéletesíteni kell és csak akkor mérlegelhető bevezetése a klinikai gyakorlatba, ha már biztonságos alternatíváját jelenti az adott kórállapot eddig is alkalmazott gyógymódjának.
- Az eljárás tökéletesítése során meg kell határozni az(oka)t az állatfaj(oka)t, amely(ek) az egyes szervek állandó, megfelelő és biztonságos forrása(i) lesz(nek)(12). Az ezt célzó kutatómunka során a lehető legnagyobb kíméllettel kell bánni a kutatásba bevont állatokkal(13). Megállapítható, hogy a kérdéssel foglalkozó orvos és nem orvos szakemberek többsége egyetért azzal, hogy az emberi immunválasz csökkentésére etikailag elfogadható a módosított génállományú, ún. transzgenikus sertés előállítása és alkalmazása(14).
- Meg kell oldani azt a problémát, amelyet a szervforrásként szóba jövő állatfajokban jelenlévő ismert és ismeretlen vírusfertőzések emberre történő átvitelének veszélye jelent. Amíg erre a problémára nincs megfelelő megoldás, addig etikailag elfogadhatatlan a xenotranszplantáció emberen történő klinikai kipróbálása(15).

(12)Az orvosi és tudományos céllal igénybevett primáták számára különös kímélet és védelem jár. Az ajánlások szerint elősorban anon-primátákat kell potenciális szervforrásoknak tekinteni.

(13)Az Európa Tanács a kutatási célra használt gerinces állatok védelmére vonatkozó egyezménye (1986) alapján amennyiben az alkalmazott eljárás fájdalmat, szenvedést, szorongást vagy hosszantartó károsodást okozhat, annak kockázatát a minimumon kell tartani.

(14)Lásd a Nuffield Council on Bioethics xenotranszplantációval foglalkozó munkacsoportjának megállapításait és ajánlásait.

(15)Az Európa Tanács R 90 (3) Ajánlása alapján emberen folyó kutatás során a részt vevő személyt fenyegető kockázatot a minimálisra kell korlátozni.

- Amennyiben a klinikai kipróbálás tudományos és etikai feltételei megérnek, meg kell teremteni az emberen történő alkalmazás intézményes és adminisztratív kereteit. Meg kell állapítani a korai kipróbálás megvalósításának valamennyi feltételét, különös tekintettel a páciensek kiválasztásának, előkészítésének, utógondozásának, valamint életminőségének és magánéletük védelmének kérdéseire. A tevékenység megindulása előtt létre kell hozni a xenotranszplantációhoz kapcsolódó tevékenységet ellenőrző intézményt.
- A humán xenotranszplantáció klinikai alkalmazásakor teljes részletességgel fel kell világosítani az érintett személyt mindenről, ami a beavatkozás elvégezhetőségével kapcsolatos döntésének önálló és szabad meghozatalához szükséges. Az eljárás alkalmazása – hasonlóan a többi orvosi beavatkozáshoz – szabadon elutasítható. A xenotranszplantáció elutasítása miatt az érintett beteget semmilyen hátrány nem érheti és ez a tény nem módosíthatja a humán szervhez való hozzájutásának lehetőségét és esélyét. A sikeres xenotranszplantáción átesett beteg sem fosztható meg attól a lehetőségtől, hogy a későbbiekben emberi szervet kapjon.
- Amennyiben a kísérletes klinikai alkalmazás stádiuma után lehetségessé válik a humán xenotranszplantáció rutinszerű klinikai alkalmazása, a rendelkezésre álló források függvényében meg kell teremteni a rászorulóknak számára a hozzájutás valamennyi feltételét, hogy hátrányos megkülönböztetés nélkül vehessék igénybe ezt az életmentő beavatkozást.
- Egyesek szemében a xenotranszplantáció megvalósulása az orvostudomány újabb győzelme az életet fenyegető betegségek felett, mások azonban az emberi méltóságot és identitást veszélyeztető, a megengedett határon átlépő beavatkozást láthatnak benne. Az állati szervek felhasználása a halálos beteg gyógyítására mindenképpen új dimenziót jelent a gyógyítás történetében. Ez indokoltá teszi, hogy a kérdésről a tudományos és orvos-szakmai etika szempontrendszerét meghaladó általános etikai konzultáció is történjék annak gyakorlati bevezetése előtt. Ez szükséges ahhoz, hogy valóban biztosítható legyen a xenotranszplantációra szorulóknak autonómiája, lelkiismereti és döntési szabadsága, a beavatkozáson átesettek méltósága, és hogy magánéletük, emberi és társadalmi kapcsolataik ne sérüljenek. Szükséges ez azért is, hogy az orvostudomány továbbra is társadalmi támogatást, bizalmat kapjon a beteg ember érdekében folytatott kutatási tevékenységéhez és eredményeinek gyakorlati alkalmazásához.

A konzultáció során nélkülözhetetlen az a hozzájárulás, amelyet a kérdés valláserkölcsei megközelítése jelent. Az ismert katolikus, keresztyén és zsidó megnyilatkozások megengedőek, de nem tudunk olyan állásfoglalásról, amely a

kérdés alapos tanulmányozása után született és hivatalos útmutatást jelent a hívek számára. Egyedül a Jehova Tanúinak elutasító álláspontja vélelmezhető, amelyet – a beavatkozást más okból elutasítókéhoz hasonlóan – tiszteletben kell majd tartani. Ismeretes egyes világvallások híveinek, így a muzulmánoknak és a buddhistáknak a negatív viszonyulása a szervátültetésekhez.

Az előbbieken vázolt társadalmi dialógus során el kell kerülni az egyoldalú, leegyszerűsítő, misztifikáló vagy szenzációkeltő megközelítéseket és sohasem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a nyilvános párbeszéd annak tisztázása érdekében folyik, hogy mit lehet és szabad megtennie a szakembereknek és biztosítania egy társadalomnak beteg, életveszélyben lévő embertársaik érdekében. Ennek kapcsán a szakemberek mellett másra át nem hárítható felelősséget viselnek a tömegkommunikáció munkatársai.

ÖSSZEFOGLALÓ MEGÁLLAPÍTÁSOK ÉS AJÁNLÁSOK

- 1) Az emberi szervátültetések hazai színvonalas és biztonságos működtetéséhez mindenkor biztosítani kell a tudományos, etikai és jogi feltételeket.
- 2) A fejlett országokban és Magyarországon is gondot jelent a szervátültetésre szorulóknak számára szükséges számú szervet biztosítani. Ezért abban az esetben, ha a folyó nemzetközi kutatások következtében a jelenleg is eredményesen gyakorolt emberi szervtranszplantációnak biztonságos alternatívájává válik a humán xenotranszplantáció, hazánkban is mérlegelni kell annak klinikai gyakorlatba való bevezetését.
- 3) Jelenleg hazánkban nem folyik kutatómunka a xenotranszplantációval kapcsolatban és annak klinikai bevezetése az elkövetkező néhány évben biztosan nem válik aktuálissá. Azonban az e területen tapasztalt előrelépések, a tudomány nemzetközisége és a kérdés jelentősége szükségessé teszik az esetleges jövőbeni hazai kezdeményezések etikai és jogi feltételeinek felmérését. Ezt az is indokolja, hogy az eljárás hazai alkalmazásának késedelme esetén is, a külföldön tudományos munkát végző magyar szakemberek és a rászoruló magyar állampolgárok mérlegelhetik a beavatkozás külföldön történő megvalósítását, amellyel kapcsolatban világos etikai és jogi eligazítást igényelhetnek.
- 4) Az ETT Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága a továbbiakban is figyelemmel kíséri a humán xenotranszplantáció klinikai megvalósítása érdekében folyó nemzetközi kutatásokat és felkészült az azzal kapcsolatos esetleges hazai kutatási kezdeményezések tanulmányozására, véleményezésére és támogatására.

- 5) A TUKEB figyelemmel kíséri mindazokat a lépéseket, amelyeket a humán xenotranszplantáció megvalósítása és a vele kapcsolatos nem kívánt jelenségek és következmények megelőzése érdekében más országok tudományos és hivatalos szervei tesznek. Külön figyelemmel kíséri az Európa Tanács és az Európai Unió illetékes szerveinek állásfoglalásait, ajánlásait, az EU Bizottságának rendelkezéseit, mert ezekkel összhangban kell a hazai állásfoglalásokat és szabályozást kialakítani.
- 6) A TUKEB ezúttal is felhívja a hazai kutatási intézmények figyelmét az Európa Tanács „Európai Egyezmény a kísérletes és más tudományos célra használt gerinces állatok védelmére” (1986) című dokumentumában foglalt figyelembe vételére és saját állatvédelmi szabályzataik azzal összhangban történő megalkotására. A Bizottság meglepéssel állapítja meg, hogy a hazai orvosegyetemek és akadémiai kutatóintézetek többsége ezt már megtette.
- 7) A Bizottság jelen állásfoglalását eljuttatja az Állatvédelmi Törvényt és az Egészségügyi Törvényt előkészítő szerveknek és a törvényhozóknak, hogy az abban foglaltakat figyelembe vehessék törvényalkotó munkájuk során. Amennyiben a későbbiekben szükség lesz a vonatkozó törvények és jogszabályok módosítására, azokra az illetékeseknek javaslatot tesz.
- 8) Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága, amely klinikai orvosok és orvos-kutatók mellett a jogi, etikai, filozófiai és teológiai tudományok avatott képviselőiből, közéleti emberekből áll, s amelynek üléseire meghívást kapnak az érintett szakmai és társadalmi testületek képviselői és a közvéleményt tájékoztató szakemberek is, megfelelő fóruma illetve kezdeményezője a xenotranszplantáció jövőbeli esetleges hazai bevezetéséhez szükséges tudományos és társadalmi konszenzus megteremtésének és ennek a feladatának kész megfelelni.

1996. november 26.

A KÉSZÜLŐ ÚJ EGÉSZSÉGÜGYI TÖRVÉNYHEZ KAPCSOLÓDÓ ETIKAI KÉRDÉSEKRŐL

Az élettudományok és a gyógyító eljárások gyors fejlődése, valamint a magyarországi társadalmi és politikai átalakulás hosszú ideje sürgeti az új Egészségügyi Törvény megszületését. Nagy horderejű, esetenként az alkotmányos jogokat is érintő kérdésekre kell széles társadalmi egyetértést tükröző értékrenden alapuló, időtálló jogi válaszokat adni. Mindez eddig páratlan szemléletbeli változásokat követel polgártól, betegtől, egészségügyi dolgozótól, orvostól egyaránt. E törekvések távlatos sikere alapvető nemzeti érdek.

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága újjáalakulása óta arra összpontosította tevékenységét, hogy szakmai-etikai vitáival és állásfoglalásaival előkészítse, segítse és serkentsen ezt a folyamatot. Ennek érdekében a Bizottság 1989 ősze óta tárgyalt, illetve állásfoglalást tett közzé az orvos lelkiismereti szabadságának érvényesüléséről az egészségügyi ellátásban, a humán reprodukció új módszereiről, a magyarországi pszichiátriai gyakorlat etikai problémáiról, a betegeket a gyógykezelés során megillető tájékoztatási és beleegyezési jogról, a szövet- és szervtranszplantáció etikai kérdéseiről, az eutanázia jogi és etikai kérdéseiről, az állatkísérletek etikai kódexéről, az orvosbiológiai kutatásokról, az epidemiológiai kutatásokkal kapcsolatos etikai kérdésekről. Ezek az állásfoglalások egyszerre törekszenek figyelembe venni a vonatkozó nemzetközi normákat és a hazai realitásokat. E dokumentumok minden esetben eljutottak az illetékes szakmai és politikai vezetőkhez, többségükben megjelentek a tárca közlönyében és a szakmai folyóiratokban, továbbá hírt adott róluk a sajtó. Sajnos, néhány esetet kivéve, a bennük foglalt szakmai-etikai elveket, jogalkotási javaslatokat nem követték tetten.

A Bizottság kezdettől fogva figyelemmel kísérte az új Egészségügyi Törvény előkészítését és tagjai, vezetői révén bekapcsolódott annak munkálataiba. Ezen túlmenően 1997. március 17-i ülésén megvitatta a törvény több, etikai szempontból különösen jelentős fejezetét. Mindezek alapján a Bizottság az alábbi megállapításokat teszi:

I./ A megszülető új Egészségügyi Törvény legfontosabb feladata, hogy mindenkinek, hátrányos megkülönböztetés nélkül biztosítsa a biológia és az orvostudomány alkalmazási területén az emberi méltóság és az egyén alapvető jogainak és szabadságjogainak védelmét. Ennek érdekében az új törvénynek:

1./ Tiszteletben kell tartania az emberi lényt egyéni és az emberi fajhoz tartozó mivoltában egyaránt, és biztosítania kell méltóságának védelmét;

- 2./ Meg kell akadályoznia, hogy a biológia és az orvostudomány nem megfelelő alkalmazása az emberi sérthetlenséget, önazonosságot és méltóságot veszélybe sodró cselekményekhez vezessen;
- 3./ Biztosítania kell, hogy a biológia és az orvostudomány fejlődése a jelen és a jövő nemzedékek javát szolgálja;
- 4./ Elő kell segítenie a nemzetközi együttműködést annak érdekében, hogy az egész Emberiség élvezhesse a biológia és az orvostudomány eredményeit;
- 5./ Serkentenie kell a nyilvános vitát a biológia és az orvostudomány alkalmazása által felvetett kérdésekről és az azokra adandó válaszokról;
- 6./ Emlékeztetnie kell a társadalom minden tagját egészséghez kapcsolódó jogaira és felelősségére.

Az említettekhez kapcsolódó különféle érdekek ütközése esetén az egyén érdeke mindig előbbrevaló a társadalom vagy a tudomány önmagában vett érdekénél. Az érdekegyeztetés során fokozott védelmet kell biztosítani az egyén természetes közösségeinek, mindenekelőtt a családnak.

II./ Ennek érdekében:

- 1./ Összhangot kell teremteni a hazai egészségügyi gyakorlat és a nemzetközi etikai és jogi alapelvek és normák között. Ennek során különös figyelemmel kell lenni az európai egységfolyamat keretében megszületett dokumentumokban foglaltakra, az Európa Tanács és az Európai Unió tevékenységére.
- 2./ Fel kell használni a fejlett országok nemzeti gyakorlatának, etikai és jogi normáinak mindennapi alkalmazása során szerzett tapasztalatokat.
- 3./ Figyelemmel kell lenni a hazai adottságokra, a történelmi előzményekre, az ország erkölcsi, szellemi és biológiai erőforrásaira és a gazdasági teljesítőképességre, a társadalmi béke megőrzésére.
- 4./ Tiszteletben kell tartani a társadalomban tapasztalható erkölcsi és politikai pluralizmust, az egyéni lelkiismereti szabadságot.
- 5./ Nem szabad a felvetődő súlyos kérdésekre előzetes társadalmi viták nélkül törvényi válaszokat adni. E tisztázó viták során a kérdéseknek a társadalom széles köreiből tudatosulnia kell és a megfogalmazódó véleményeknek nyilvánosságot kell biztosítani.
- 6./ El kell kerülni az etikailag vitatott kérdésekben a „felül” eldöntött vagy az érintett különféle szűkebb érdekcsoportok által sugalmazott, a társadalom számára nem megérlelt törvényi rendelkezéseket.

Azokban az esetekben, ahol az előkészítés során szakmai, etikai vagy vallás-erkölcsi megfontolások miatt nem lehetséges egyetértésre jutni, a törvénytervezetnek világosan megfogalmazott alternatívákat kell tartalmaznia, amelyekkel kapcsolatosan a széleskörű társadalmi vita után az Országgyűlés döntsön.

III./ Az ETT Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága megvitatta az Egészségügyi Törvény tervezetének orvostudományi kutatásról, asszisztált humán reprodukcióról, szerv- és szövettranszplantációról, pszichiátriai betegek jogainak védelméről és a halottakkal kapcsolatos rendelkezésekről szóló fejezetét és azokkal kapcsolatosan az alábbi szakmai-etikai észrevételeket tette:

- 1./** Nem javasolt a szabadságuktól megfosztott személyeken folytatott tudományos kutatás lehetővé tétele.
- 2./** A törvényben meg kell határozni, hogy lehetséges-e kutatási vagy más célból abortumokat, magzati szöveteket felhasználni és ha igen hogyan, milyen célból.
- 3./** A tervezetben szereplő kockázat fogalom meghatározását pontosítani kell.
- 4./** A tervezetben szólni kell az epidemiológiai kutatásokról is.
- 5./** A feloldhatatlan jogi és etikai ellentmondások miatt nem javasolt a dajkaterhesség engedélyezése.
- 6./** A Humán Reprodukciós Bizottságnak az Egészségügyi Tudományos Tanács keretében javasolt működnie.
- 7./** Az állam által vállalt kártalanítás helyett biztosítás kötésének előírása javasolt.
- 8./** A törvény-tervezet halottak boncolásával kapcsolatos rendelkezései tágabb kereteket szabnak, mint az európai és az észak-amerikai gyakorlat, ahol a vonatkozó döntés meghozatalába be kell vonni a hozzátartozókat.
- 9./** A Bizottság, amely 1992-ben már felhívta a figyelmet a hazai pszichiátria etikai problémáira, s azon belül az elmeszociális otthonokra, szorgalmazza, hogy a tervezetben foglaltakon túlmentően a pszichiátriai gondozás és a pszichiátriai rehabilitáció is megfelelő törvényi szabályozásra kerüljön az egészségügyi ellátási formák között, a visszásságok megszüntetése érdekében.
- 10./** A Bizottság osztja és támogatja az ETT Klinikai-Farmakológiai-Etikai Bizottságának írásos véleményét a gyógyszerekről készülő törvénytervezetről vagy fejezetről.
- 11./** A törvény-tervezet megfelelő helyein az ETT egyes bizottságait nem saját jelenlegi nevükön, hanem az „ETT illetékes bizottsága”-ként javasolt említeni.

Az orvosi kezelés visszautasításával és az eutanázia minden formájának tiltásával kapcsolatosan a Bizottság saját korábbi, a betegeket a gyógykezelés során megillető tájékoztatási és beleegyezési jogról és az eutanázia jogi és etikai kérdéseiről hozott állásfoglalásaiban foglaltakat tekinti irányadónak és azt javasolja figyelembe venni a törvény-tervezet végső formájának kialakítása során.

Az előbbieken túlmenő, a bizottsági munka során megfogalmazódott szakmai-etikai észrevételeket, megjegyzéseket tartalmazó dokumentumokat tájékoztatásul mellékeljük a jelen dokumentumhoz.

1997. március 17.

EPIDEMIOLOGIAI VIZSGÁLATOK KUTATÁSETIKAI KÉRDÉSEI

I. Bevezetés

1./ Az epidemiológia a népegészségügy egyik ága, amely a betegségek gyakoriságát és eloszlását vizsgálja az emberi populációban. Tanulmányozza továbbá azokat a tényezőket, amelyek a betegségek gyakoriságát befolyásolják és azoknak az intézkedéseknek a hatékonyságát, amelyek célja a betegségek megelőzése vagy korai felismerése.

2./ Az epidemiológia arra törekszik, hogy az egyén és a közösség érdekei azonosak legyenek. A gyakorlatban azonban gyakran előfordul, hogy a vizsgálat személyi jogot sért, míg sikeres vizsgálat esetén az ezt követő gyakorlati eljárások bevezetésekor az egyéni és közösségi érdekek ütközhetnek. Ezek a megfontolások teszik szükségessé etikai ajánlások kidolgozását mind az epidemiológiai vizsgálatok, mind a megelőző eljárások bevezetése esetén.

II. Az epidemiológiai vizsgálatok módszerei

3./ A keresztmetszeti vizsgálat (cross sectional study, survey) egy adott populáció egészségi állapotának vizsgálata egy adott időpontban kérdőívek, esetleg rutinszerű orvosi vizsgálatok, laboratóriumi vizsgálatok és röntgenvizsgálatok segítségével. Célja a betegségek gyakoriságának felismerése, valamint a betegséget kiváltó kórokozóról (kockázati tényezőkről) vallott elképzelés bizonyítása vagy cáfolata.

4./ A retrospektív, vagy eset-kontroll vizsgálat (retrospective study, case-control study) esetében egy kiválasztott beteg és egy megfelelő kontroll csoport tagjainak előéletében vizsgálja a gyanúba vett kórokozó (kockázati tényező) jelenlétét kórlapok tanulmányozása vagy személyes kikérdezés alapján. Cél a betegséget kiváltó kórokozóról (kockázati tényezőről) vallott elképzelés bizonyítása vagy cáfolata.

5./ A prospektív, vagy longitudinális, vagy kohorsz vizsgálat (prospective study, longitudinal study, cohort study) a betegségtől mentes populáción belül elkülöníti a kórokozónak (vagy kockázati tényezőknek) kitett és azoktól mentes egyéneket, és hosszú időn keresztül követi az adott betegség (vagy a fiziológiástól eltérő állapot) fellépését az exponált és nem exponált csoportban. Cél a betegséget kiváltó kórokozóról (kockázati tényezőről) vallott elképzelés bizonyítása vagy cáfolata.

6./ A kísérletes epidemiológia (experimental epidemiology) célja valamilyen gyógyszeres, műszeres vagy megelőző beavatkozás hatékonyságának elemzése populációs szinten. Ennek során vizsgálatra kerül, hogy a beavatkozás mennyire befolyásolja a betegség kimenetelét (klinikai epidemiológia), vagy a lakosság egészségi állapotát (megelőző epidemiológia). Ez utóbbi esetben külön is tanulmányozandó a személyi és anyagi ráfordítás mértéke. A hatás méréséhez az ún. randomizált kontrollált eljárást (randomized controlled trial) használják, amelynek lényege, hogy a két homogén csoport csak a gyógyító, illetve megelőző eljárásban különbözik egymástól.

III. Az epidemiológiai vizsgálatok etikai szabályai

7./ Valamennyi epidemiológiai vizsgálat előfeltétele a világos célkitűzés, a tudományosan megalapozott kivitelezés, a legnagyobb várható előnyre és a legkisebb várható kockázatra való törekvés, valamint az így nyert adatok titkos kezelése. Ha a négy feltétel bármelyike hiányzik, az epidemiológiai vizsgálat nem tekinthető etikusnak.

8./ Amennyiben a vizsgálatot végző személyzet és a vizsgált populáció tagjai a vizsgálat során személyes érintkezésbe kerülhetnek egymással, a vizsgálandó populáció valamennyi tagját fel kell világosítani a vizsgálat céljáról, kiviteléről, a várható előnyökről, az esetleges kockázatról, végül az adatok titkosságának garanciáiról. A vizsgálandó személy az epidemiológiai vizsgálatba csak akkor vonható be, ha abba személyesen, vagy meghatalmazott képviselője útján beleegyezik és arról írást ad.

9./ Nagyszámú vizsgálat esetén, amikor a személyes felvilágosítás lehetetlen, megengedhető a populáció megbízott tagjának (polgármester, jegyző, társadalmi szervezet helyi vezetője) felvilágosítása és közbenjárásra való felkérése. A vizsgálatra kijelölt személyek írásbeli beleegyezésére ebben az esetben is szükség van.

10./ A vizsgálandó személyek kijelölésénél tilos bármilyen kényszer alkalmazása, és kerülendő a vizsgálók és vizsgálandók közötti függőségi viszony fennállása (pl. orvos-tanhallgatók kijelölése).

11./ A vizsgálatok során összegyűjtött adatok kezelésére a mindenkor érvényes személyi jogokra és adatvédelemre vonatkozó jogszabályok érvényesek.

12./ Amennyiben a vizsgálatban részt vevő populáció tagjait a vizsgálat során és a vizsgálatból adódóan egészségi, anyagi, vagy erkölcsi kár éri (pl. adatainak nyilvánosságra hozatalával), az epidemiológiai vizsgálatok szervezőitől anyagi kártérítést követelhet.

13./ Figyelembe véve a fenti szabályokat:

- keresztmetszeti vizsgálatoknál a vizsgálatban részt vevőket a 8./ és 9./ pontok szerint fel kell világosítani;
- retrospektív vizsgálatok esetén, amennyiben az adatok a kórlapokról kerülnek feldolgozásra, felvilágosításra nincs szükség, amennyiben személyes érintkezésre kerülhet sor, a 8./ és 9./ pontok szerint kell eljárni;
- prospektív vizsgálatok esetén ugyancsak a 8./ és 9./ pontok szerint kell eljárni.

14./ Különösen fontos, hogy kísérletes epidemiológiai vizsgálatok esetén nemcsak a kísérletbe bevont csoportot, hanem a kontroll csoportot is fel kell világosítani a várható előnyökről és az esetleges hátrányokról. Amennyiben a vizsgálatok során a kísérleti csoportban nagyszámú egészségkárosodás észlelhető, a vizsgálatot azonnal le kell állítani. Amennyiben a vizsgálatok során a kísérleti csoport jelentős előnybe kerül a kontroll csoporttal szemben, a kísérleteket ugyancsak le kell állítani, és az alkalmazott eljárást a kontroll csoportra is ki kell terjeszteni.

IV. Az epidemiológiai vizsgálatok eredményeinek gyakorlati bevezetése

15./ Amennyiben az epidemiológiai vizsgálatok egyértelműen valamely megelőző intézkedés bevezetését indokolják, az alábbi szempontok irányadók.

16./ Ha az intézkedés egyéni szabadságjogot sérthet, de ugyanakkor a közösség veszélyeztetettségét csökkenti, mindig a közösségi érdek az első. Ebbe a csoportba tartozik: a fertőző betegek bejelentése, elkülönítése és laboratóriumi vizsgálata a kórokozó ürítésének megszűntéig; a betegekkel érintkezettek szűrővizsgálata beleértve a nemi betegek partnereinek felkutatását; a gümőkóros fertőzöttség vizsgálata; a kórházi járványok kivizsgálása; a kötelező védőoltások adása; az ételmérgezések bejelentése és kivizsgálása; a foglalkozási betegségek és fokozott expozíciónak kitettek bejelentése és vizsgálata.

17./ Ha az intézkedés egyéni szabadságjogot sértene, ugyanakkor célja nem a közösség veszélyeztetettségének csökkentése, hanem egészségének javítása, az

intézkedés bevezetése felől a lakosság dönt. Ebbe a csoportba tartozik: az ivóvíz fluorozása, a konyhasó jódozása, stb.

18./ Ha az intézkedés elsősorban az egyén egészségét védi és csak közvetve a közösséget, a beavatkozás elfogadásáról az egyén, vagy döntésképtelenség esetén a gyám (gondozó) dönt. Ebbe a csoportba tartozik: D-vitamin adása, fluor-tabletták használata, koleszterint csökkentő szerek használata, stb.

V. Epidemiológiai Etikai Bizottság

19./ Az epidemiológiai vizsgálatok véleményezésére, és a tisztiorvosi szolgálaton keresztül történő ellenőrzésére Epidemiológiai Etikai Bizottságot kell felállítani, amely az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának keretében működik.

20./ Az epidemiológiai vizsgálatokhoz előzetes kérvényezés után a Bizottság hozzájárulásával ajánlást tesz, de az ÁNTSZ dönt. A kérvénynek tartalmaznia kell

- a vizsgálat célját, beleértve a célok irodalmi előzményeit;
- a kivitel pontos leírását, beleértve az alkalmazott beavatkozás időtartamát, a vizsgált személyek számát és a statisztikai kiértékelés menetét;
- a vizsgálatok várható hasznát, és esetleges kockázatát;
- a személyi jogok és a nyert adatok védelmének garanciáit;
- a vizsgálatot végzők szakértelmét az azt, hogy a vizsgálatához szükséges felszerelés rendelkezésre áll;
- a vizsgálatban résztvevők önkéntességének elfogadását;
- annak kinyilatkoztatását, hogy a vizsgálatok a Helsink Deklaráció szellemében történnek.

21./ Amennyiben a vizsgálatokban külföldi szervezetek is részt vesznek, az előírásoknak meg kell felelniük mind a hazai, mind a külföldi szervezetek országai előírásainak.

22./ Ha a vizsgálatok során a Bizottság szabálytalanságot észlel, figyelmeztetést adhat, súlyosabb esetekben a vizsgálatokat a tisztiorvosi szolgálat útján leállíthatja.

23./ Amennyiben az eredményes vizsgálatok új megelőző intézkedések megtételét indokolják, a Bizottság ajánlást tehet annak kötelező vagy nem kötelező erejű bevezetésére. A kötelező erejű intézkedést törvény, a nem kötelező erejűt miniszteri rendelet vagy országos tisztiorvosi állásfoglalás szabályozza.

1999. február 25.

A SZAKMAI PUBLIKÁCIÓK ETIKÁJÁRÓL

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága 1999. február 25-én tartott ülésén foglalkozott a magyar orvosi szaksajtóban időnként megjelenő, a magyar orvosi tudományos élethez és szakmai folyóiratokhoz méltatlan stílusú és tartalmú írások kérdésével.

A szakfolyóirat közismert feladata az új tudományos eredmények, szakmai tapasztalatok igényes publikálása, a különböző szakmai vélemények megjelentetése. A Bizottság elítéli az olyan megnyilatkozásokat, amelyek más eredményeinek a kétségbevonását célozzák, megalapozott ellenvélemény helyett, a forrás hitelességét vitatva. Sajnálatos módon ettől nem mentes a világ egyik legrégebben megjelenő orvosi szaklapja, az Orvosi Hetilap sem.

A tudományos folyóiratokban a publikációk szakmai és etikai színvonalának biztosítása megosztott felelősségnek tekinthető. A felelősség megoszlik a szerzők, a lektor, a szerkesztőség illetve a kiadó között. Ez az együttműködés általában a kölcsönös bizalmon alapul, abból a természetes feltételezésből kiindulva, hogy minden résztvevő közös törekvése, hogy a szakmai tudományos mű stílusosan és tartalmilag is a lehető legjobb formában jusson el az olvasóhoz. Egymás munkáját lehet kritizálni tudományos ellenérvek felsorakoztatásával, de súlyos etikai vétségnek minősíthető minden olyan írásmű, amely érvek nélkül csak személyi érdekből, vagy más indítékok alapján kétségbe von tudományos következtetéseket. Az ilyen jellegű tevékenység a másik szakmai és erkölcsi hitelét szándékozik megkérdőjelezni.

A Bizottság felhívja a magyar orvostársadalom figyelmét, hogy tudományos közleményeiben tartsa be a kutatásetikai és orvosi etikai normákat, tartózkodjon a személyeskedő megnyilvánulásokról. A Bizottság felhívja továbbá a szaklapok szerkesztőit és kiadóit, hogy tevékenységükkel a leghatározottabban lépjenek fel a tudományosság álcájában megjelenő etikátlan megnyilvánulásokkal szemben.

1999. április