

Újabb viták az eutanáziáról és a palliatív terápiairól

Hegedűs Katalin

Az élet végével kapcsolatos etikai és jogi döntések mind a szakmai, mind a nagyközönség érdeklődésére számot tarthatnak. Azokban az országokban is, ahol az eutanázia nem engedélyezett, időről időre vannak szenvedő betegek, akik a nyilvánosság bevonásával próbálják keresztülvinni akaratukat, hogy részesítsék őket kegyes halálban. Legutóbb 2008 márciusában a francia Chantal Sebire esete kapott nagy figyelmet, aki kiterjedt, rendkívül torzító arctumora miatt kérte a köztársasági elnököt, hogy teljesítsék kérését. Az életét teljesen ellehetetlenítő daganat miatt a beteg már végstádiumban volt. Kérésének elutasítását követően – tisztázatlan körülmények között – meghalt (1). A francia törvényhozók még 2005-ben törvényt fogadtak el, amely lehetővé teszi a terminális állapotú pácienseknek az életet fenntartó vagy életmentő kezelés visszautasítását, ugyanakkor az eutanáziát továbbra sem engedélyezik (2). A másik aktualitás a luxemburgi eutanáziatörvény parlament elé terjesztése volt 2008 februárjában (3). Az eutanáziát elfogadó törvény hasonló felépítésű, mint Hollandiában, illetve Belgiumban. [Ezeket a törvényeket, valamint a European Association for Palliative Care eutanáziával kapcsolatos állásfoglalását előző tanulmányomban mutattam be a LAM hasábjain (4).]

Belga javaslat és vitája

A szakmai közvélemény kedélyét legutóbb egy, a British Medical Journalban (BMJ), 2008 áprilisában megjelent tanulmány (5) borzolta fel, és készített

te aktív állásfoglalásra. A belga szerzők által írt cikk ugyanis kísérletet tesz az eutanázia és a palliatív terápia összemosására, arra hivatkozva, hogy mindkettő azonos etikai értékeken alapul: a páciens autonómiáján, valamint az ellátószemélyzet által követett jótékonyági és „nem ártani” elveken. Vitatkozik a European Association for Palliative Care (Palliatív Ellátás Európai Szövetsége) állásfoglalásával, amely szerint az eutanázia európai legalizálása „csúszós lejtőhöz” vezetne: a kiszolgáltatott helyzetben levő idős, rokkant betegek kényszerítve éreznék magukat az eutanázia választásához, és mindez a palliatív terápia fejlődésének visszavetéséhez vezetne (6). Mindez – a BMJ-cikk szerzői szerint – nem valós félelem, hiszen nem igazolódott be Hollandiában és Belgiumban, ahol legális az eutanázia.

A haldokló betegek palliatív ellátása az 1980-as évek elején indult el szervezett formában Belgiumban (1980), csaknem ugyanakkor, amikor az eutanázia elfogadtatásáért küzdő Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (Egyesület a Méltóságban való Meghalás Jogáért) létrejött (1982). A törvényi szabályozás is párhuzamosan haladt, 2002-ben született meg mind a palliatív ellátásról, mind az eutanáziáról szóló törvény is Belgiumban. Az eutanáziatörvény elfogadása előtt az egyik fő vitakérdés az volt, hogy vajon a palliatív ellátásnak minden esetben meg kell-e előznie az eutanáziakérést, vagyis csak az választhatja az eutanáziát, aki tud a palliatív ellátásról, és amennyiben hatástalannak tartja, akkor kérheti az eutanáziát (4). Az elfogadott törvényben végül az szerepelt, hogy az eutanáziát kérő páciens informálni kell a palliatív ellátásról, de nem szükséges egy palliatív ellátási teammel konzultálnia, ahogy ezt a Flamand Palliatív Ellátási Szövetség szerette volna. A törvény a palliatív ellátáshoz való jogot deklarálta és minden kórházban kötelezővé

tette palliatív ellátási team létrehozását, valamint a palliatív otthoni ellátási szolgálatok hozzáférhetőségét országszerte (5).

A két mozgalom tehát együtt haladt előre Belgiumban. Bizonyos képviselői megfogalmazták az „integrált palliatív ellátás” modelljét, amely szerint az eutanázia az élet végi palliatív ellátásban mint szabad választási lehetőség jelenik meg és a beteg preferenciája az elsődleges. A Flamand Palliatív Ellátási Szövetség 2003-ban állásfoglalást adott ki, amely szerint „a palliatív ellátás és az eutanázia soha nem alternatívája egymásnak, és nem áll antagonisztikus ellentétben egymással... Az eutanázia... a palliatív ellátás része lehet.” (5). A cikk szerzői a fentiekre hivatkozva javasolják az „integrált palliatív ellátás”, vagyis a palliatív ellátás kiterjesztett változatának szélesebb körben való elfogadását.

A tanulmányra 2008 júliusáig huszonnégy vélemény érkezett be a British Medical Journal levelezési rovatához (7), felölelve a témával foglalkozó szakemberek körét elsősorban Angliából, de a világ számos más országából (Csehország, Kuba, Olaszország, Portugália, Spanyolország) is. Túlnyomó többségük elutasítja a belga javaslatot. Az egyik véleményből idézve: „Mulatságosnak találom a palliatív ellátás és

A belga szerzők által írt cikk kísérletet tesz az eutanázia és a palliatív terápia összemosására, arra hivatkozva, hogy mindkettő azonos etikai értékeken alapul.

az eutanázia összeházasítását. Vajon tud-e a fény és a sötétség egy időben létezni? ... Az eutanázia *nem* palliatív ellátás, mivel nem foglalja magában a szeretetet, a gondozást, a türelmet, a klinikai szakértelmet vagy az emberi együttérzést... Az eutanázia gazdasági haszna lehetséges a társadalom számára, lehet, hogy ez áll az eutaná-

zialobbi mögött. De nem mindannyian tudjuk szeretni a beteget és a haldoklót, mivel az nagyon költséges, érzelmileg és spirituálisan megterhelő és sok időt kíván” (8).

Az érzelmi állásfoglaláson túlmutató másik vélemény rávilágít arra az evidenciára, amely szerint sajnos még

Levelezési cím: dr. Hegedűs Katalin, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyváradi tér 4.

E-mail: hegkati@net.sote.hu

a legfejlettebb országokban sem eléggé elterjedtek a fájdalomcsillapítást és a szenvedés enyhítését célzó oktatási programok, amelynek következtében az orvosok túlnyomó többsége nem tud igazán szakszerű segítséget nyújtani a szenvedő betegeknek. A betegek túlnyomó többsége pedig nem a hospice-okban hal meg, ahol az erre kiképzett személyzet meg tudná könnyíteni az utolsó életszakaszt.

Jane Gibbins professzor (UK) felhívja a figyelmet arra, hogy a belgák által javasolt modell nem adaptálható Angliában. A palliatív ellátásban dolgozó orvosoknak csak mintegy 3%-a vállalná az eutanáziában való részvételt egy 2007-es felmérés szerint, tehát ez a fajta „együttműködés” nemkívánatos számukra. A palliatív ellátás történelmi fejlődése is más volt Angliában, mint Belgiumban: a hospice-mozgalom a hivatalos egészségügyi rendszeren kívül alakult ki és nagy szerepe volt a társadalmi szolidaritásnak, az adományozásnak. „Az eutanázia és a palliatív ellátás közös fejlesztése rossz hatással lenne a betegek ellátására: vajon kapnának-e adományokat azok az intézmények, ahol aktívan véget vetnek a betegek életének?” (9). Nem utolsósorban pedig – utal rá Gibbins professzor – dr. Cicely Saunders éppen az eutanázia alternatívájaként, azt megelőzendő fejlesztette ki Angliában a hospice-palliatív mozgalmat.

A terminális palliatív szedáció etikai kérdése

Már a fentebb említett vitában is felmerült a terminális palliatív szedáció kérdése: vajon azoknak a szenvedő, haldokló betegeknek a folyamatos, mély szedálása, akik szenvedésének csökkentése más módon nem lehetséges, mennyire különíthető el az eutanáziától?

Először is fontos a cél meghatározása: az eutanázia a beteg halálának aktív előidézését célzó cselekedet, a terminális szedáció pedig a beteg szenvedésének csökkentésére irányul. Az eutanázia során leginkább elterjedt relaxánsokat és barbiturátokat soha nem használják a terminális szedációban, és a terminális szedáció önmagában a legtöbb esetben nem vezet halálhoz (10, 11).

A terminális palliatív szedáció fogalma: „szedatív gyógyszerek alkalmazása a tűrhetetlen és kezelhetetlen kínok csökkentésének céljából, a beteg tudatának redukálása által”. „A palliatív szedáció magában foglalja az informált pácienssel, családdal vagy meghatalmazottal való konzultációt, hogy a nem csillapítható fizikai tünetek, az egzisztenciális vagy pszichológiai szenvedés esetén elégséges gyógyszeradaggal redukálja a terminális állapotú páciens tudatát. A szándék a tünetek és a szenvedés enyhítése, nem a halál siettetése” (12). Guy de Widdershoven, a maastrihti egyetem neves etikaprofesszora szerint a terminális palliatív szedáció az eutanázia megfelelő alternatívája lehet, amennyiben a beteg egy-két hét túlélésre számíthat (13).

Az EAPC említett dokumentuma szerint: „A halál küszöbén álló betegek »terminális« vagy »palliatív« szedálását meg kell különböztetnünk az eutanáziától. Terminális szedáció esetén a szándék az elviselhetetlen szenvedés enyhítése, az eljárás szedatív gyógyszer alkalmazása a tünetek kezelésére, és a sikeres végkimenetel pedig a szenvedés enyhülése. Eutanázia esetén a szándék a beteg megölése, az eljárás letális gyógyszer alkalmazása, és a sikeres végkimenetel pedig az azonnali halál. A palliatív gondozásban enyhe szedáció alkalmazható terápiásan, de ebben a helyzetben ez nem érinti hátrányosan a beteg tudati szintjét vagy kommunikációs képességét. Erőteljes szedáció (ami a beteg öntudatlan állapotához vezet) alkalmazása bizonyos terápiás célok elérése érdekében időnként szükséges lehet; a szedáció szintjét azonban rendszeresen ellenőrizni kell, és általában csak időlegesen alkalmazzák. Fontos, hogy a beteget rendszeresen megvizsgálják, és hogy szükség esetén mesterseges folyadékpótlást és táplálást kezdeményezzenek” (6).

A folyadékfelvétellel és táplálással kapcsolatban a törvényhozás országról országra változik, a legtöbb európai országban a folyadékkal való ellátás és táplálás az emberi jogok közé

tartozik. A folyadékfelvétel és táplálás felfüggesztése vagy csökkentése csak akkor jöhet számításba, ha ez az intézkedés nem lesz a halál oka. A beteg nincs kötelezve sem életének és szenvedésének megnyújtására, sem a folyadék és táplálék felvételére. Enyhe

palliatív nyugtatás közben a beteg kaphat ételt és folyadékot, amikor ébren van.

Etikailag sok kérdés merül fel: nem öljük meg ugyan a testet, de „megölhetjük-e” a tudatot, az egzisztenciális lét alapját? Más a megítélés, ha a beteg már agonális szakaszban van (órái, esetleg egy-két napja van hátra) és más, ha egyébként még

több hét túlélésre számíthat. Többen azt vallják, hogy az élet végi spirituális és pszichoszociális küzdelem medicalizációjáról (orvosi kontrolljáról) van szó (12).

Egy német kutatásban hét év tapasztalatait összegezték egy palliatív osztályon a haldokló betegek terminális szedációjával kapcsolatban 1995 és 2002 között (14). Az utolsó napokban – elsősorban midazolamtartalmú – szedatívumok adása 7%-ról 19%-ra növekedett a hét év alatt, és a kínzó fizikai tünetek csillapítása céljából történő szedációról eltolódott a pszichés distressz (szorongás, álmatlanság, súlyos depresszió stb.) okozta szenvedés megszüntetése felé. A betegek és a hozzátartozók is egyre gyakrabban kérték a szedációt. Vajon nem azt jelenti ez, hogy a modern nyugati típusú kultúrákban mind a betegek és hozzátartozók, mind a kezelőszemélyzet is egyre kevésbé tud szembesülni a halál küszöbén felmerülő szenvedésekkel és egyre kevésbé tudja azt elfogadni?

Egy amerikai, 75 éves, tüdőrákos, terminális állapotban levő nőbeteg, Julia – depressziójának kezdeti sikertelen kezelése után – kérte az „altatást”, hogy ne kelljen tovább szembesülnie reménytelen helyzetével. Férje is tüdőrákban halt meg szörnyű szenvedések között, és nem akarta ezt a jövőt magának. (Azt képzelte, hogy ő is pont úgy fog meghalni.) A család határozottan szembeszegült a beteg

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület vezetőinek állásfoglalása szerint az egyre jobb palliatív terápiák mellett nincs létjogosultsága az eutanáziának.

óhajával. A kezelőszemélyzet megsztott volt: a pszichiáter időt kért a kezelés folytatásához, de voltak olyanok is a teamben, akik egyetértettek a beteg kérésével annak ellenére, hogy mindenki úgy érezte, hogy az eljárás nem áll messze az eutanáziától. Az antidepresszívumok beállításán túl – a családra is kiterjedő – intenzív, támogató pszichoszociális intervenció következett, amelynek során napvilágra kerültek Julia félelmei, szorongásai, amelyeket kibeszélhetett magából; javult a kommunikációja a családtagjaival. Tizenegy héttel azután, békés körülmények között, a lánya jelenlétében hunyt el... (12).

Az Európai Parlament állásfoglalása

2008 júniusában jelent meg az Európai Parlament állásfoglalása a palliatív ellátásról (15), amelyben kitér az eutanázia etikai dilemmájára is a palliatív terápia összefüggésében. A dokumentum hangsúlyozza: adekvát palliatív terápia esetén kivételesnek számít az eutanázia kérés azokban az országokban is, ahol ez engedélyezett. „A »méltóságban való meghalás« az eutanázia eufemisztikus megfogalmazása, amely komplex folyamatot kellene hogy magába foglaljon:

- az igazságot – amennyiben a beteg óhajtja – a diagnózisról, a prognózisról és a lehetséges kezelési módokról;
- az óhajtott gyógyító vagy palliatív kezelést, amely az egészségi állapotot vagy az életminőséget javítja;
- amennyiben a beteg úgy kívánja, mindenfajta kezelés visszautasítását;
- az óhajtott fizikai, spirituális vagy pszichológiai kezelést;
- a betegség és a haldoklás folyamatának átélését a család és a közösség támogatásával és a valódi pszichoszociális támogatást;
- amennyiben a beteg úgy kívánja, annak megválasztását, hogyan és mikor következzen be a halál.

A fentiek értelmében, amennyiben bármelyik elem ezek közül hiányzik, akkor az a méltóságban való meghalás jogának megsértését jelenti. Az első öt elem magától értetődő a palliatív ellátás területén, míg a hatodik elemet egyesek határozottan elvetik, mások nyomatékosan védik. ... Ez az álláspont nem támogatott a palliatív ellátás-

ban, mert általános vélekedés, hogy az eutanázia és a palliatív ellátás nem tekinthető összeegyeztethetőnek” (15).

A terminális palliatív szedációról is szól a dokumentum: „A terminális szedáció fogalma a szedatívumok alkalmazására vonatkozik, amelyeket a fájdalom csökkentése céljából adnak az élet utolsó napjaiban. Ez az intézkedés nem keverhető össze az eutanáziával” (15).

Mi a helyzet Magyarországon?

Bitó László 2005-ben megjelent könyvében (16) kissé problematikusán határozza meg az eutanázia és a hospice-palliatív ellátás közötti különbséget. A jövőt úgy képzei el, hogy: „... aki határozottan palliatív hospice-gondozás után elérkezik a tényleges haldoklás olyan stádiumába, amelyben fájdalmai vagy megalázó életkörülményei már nem tarthatók elviselhető szinten, természetesen bármikor gyakorolhatja önrendelkezési jogát, és igényt tarthat a halálba segítségre” (16). Bevezeti az eutélia fogalmát, amelynek lényege a jó halálba való „átsegítés”, amely az ember önrendelkezési jogának része kell legyen. Ezzel a szerző szinte törvénytartóként tartja, hogy a haldokló fájdalmak és megalázó körülmények közé kerül az élete végén, bármilyen ellátásban részesül is.

A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület vezetőinek állásfoglalása szerint az egyre jobb palliatív terápiák mellett nincs létjogosultsága az eutanáziának. Ennek érdekében nagy súlyt helyez a hospice-ellátás minőségi fejlesztésére, amelynek következtében 2004 óta immár OEP-finanszírozott a hospice a haldokló daganatos betegek számára, nagyon szigorú minőségbiztosítási feltételek között. Jelenleg több mint 40 bennfekvő és otthoni hospice-szolgálat működését támogatja az OEP (17). Természetesen az egyesület képviselői szerint e szolgálatok további fejlesztése lenne a valódi megoldás, nem az eutanázia bevezetése!

Az egyesület 2002-ben jelentette meg „A terminális állapotú betegek

palliatív ellátása” című szakmai irányelvek második, bővített kiadását, amelyet egy szakértői munkacsoport állított össze éppen azért, hogy széleskörűen ismertesse a palliatív terápiákat (18). A dokumentum jelentősége, hogy a hospice-palliatív ellátás fogalmain (például terminális állapot, palliatív orvoslás, életminőség stb.) és jogi környezetén túl tisztázza a palliatív orvosi ellátás és a terminális kezelés folyamatát. A terminális szedációról is szó esik egyrészt a terminális zavartság, másrészt a küszöbön álló halál kapcsán:

„Aranyszabály, hogy a gyógyszerelést redukálni kell, és a végső órákban csak az úgynevezett »utolsó négy« szer adását nem szabad felfüggeszteni. Az utolsó négy gyógyszer:

- Morfin, folyamatos subcutan infúzióban adandó. A fájdalomcsillapítást mindvégig folytatni kell, míg a beteg él.
- Midazolam, folyamatos subcutan infúzióban adandó.
- Furosemid, intramuscularisan vagy intravénásan, szükség szerint.
- Atropin. Intramuscularisan vagy intravénásan, szükség szerint” (18).

A dokumentumban azon túl, hogy hangsúlyozza a haldokló betegek emberi méltóságához és fájdalomcsillapításhoz való jogát, nem esik szó külön a kérdés etikai vonatkozásairól.

Még egy vitakérdés említendő meg, ami a passzív eutanáziával kapcsolatos. A nemzetközi szakirodalomban az utóbbi években egyre kevésbé használják ezt a fogalmat, elavultnak tartják, hiszen a modern orvosi eszközök be-

tetésével mesterségesen elnyújtható a haldokló beteg élete és ezzel a szenvedése is. Vajon, ha a mesterséges elnyújtást nem alkalmazza az orvos, akkor mindig passzív eutanáziát – vagyis meghalni hagyást – követ el? Akkor már nem is halhatunk meg természetes halállal? Mi ez, ha nem a halál abszolút medikalizációjának interpretálása? Az

EAPC említett állásfoglalása szerint egyféle eutanázia van: „Az eutanázia kívánságra végrehajtott ölés, amely során az orvos gyógyszerek adagolásával szándékosan megöl egy személyt, az il-

„Aranyszabály,
hogy a
gyógyszerelést
redukálni kell, és
a végső órákban
csak az úgynevezett
»utolsó négy« szer
adását nem szabad
felfüggeszteni.”

lető önkéntes és kompetens kérésére” (6). Ezért tűnik problematikusnak Kovácsy Zsombor nemrég megjelent, Egészségügyi jog című könyvében (19) az a megállapítás, hogy a hatályos jog lehetővé teszi a passzív eutanáziát. Itt a szerző az egészségügyi törvényben és az azt követő miniszteri rendeletben (20) szereplő, az életmentő és életfenn tartó kezelésekről való lemondást tekintő „passzív eutanázia jellegű elutasításnak”. Ma jogilag szigorú feltételek-

kel kérelmezhetjük az életmentő és életfenn tartó kezelésről való lemondást, de miért kell ebbe belekeverni az eutanázia fogalmát?

A fentiekben ismertetett kérdésekből is láthatjuk, hogy a vita az életvégi dilemmákról – az orvosi technika adta lehetőségek fejlődésével párhuzamosan – egyre differenciáltabb, olyan etikai problémák kerülnek előtérbe, amelyek az elmúlt évtizedben még nem igazán merültek fel (lásd a terminális szedáció

kérdéskörét). Közben folyamatosan növekszik az átlagéletkor, egyre többen élnek együtt krónikus betegségeikkel, és a halál sokszor magányosan, szenvedések közepette, kórházi körülmények között következik be.

A palliatív terápia vagy az eutanázia a megoldás? Tiszta tudattal vagy kábítás segítségével éljük át a halált? Vajon megtaláljuk-e valaha a megnyugtató válaszokat ezekre a mindannyiunkat érintő kérdésekre?



IRODALOM

1. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/7305970.stm>
2. <http://www.iht.com/articles/2005/04/14/news/france.php>
3. <http://www.france24.com/en/20080220-luxembourg-euthanasia-europe-legalize-bill-netherlands-belgium>
4. Hegedűs K. Életvégi dilemmák. Az eutanázia és a palliatív terápia néhány etikai és jogi kérdése. *Lege Artis Medicinæ* 2005;15(10): 784-7.
5. Bernheim JL, Deschepper R, Distelmans W, et al. Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy? *BMJ* 2008;336:864-7.
6. Lásd részletesebben: Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*, 2003;17:97-101 A tanulmány magyarul is megjelent: Kharón Thanatológiai Szemle 2003;7(3):8-17. http://www.hospice.hu/docu/kh/03-3_07.pdf
7. <http://www.bmj.com/cgi/eletters/336/7649/864#194195>
8. Herodotou N. The hidden agenda of Euthanasia. (u.o.)
9. Gibbins J. Can palliative care and euthanasia really be developed together? Some thoughts from the UK. (u.o.)
10. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:320-8.
11. Rietjens JA, van Delden JJ, van der Heide A, et al. Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices. *Arch Intern Med* 2006;166:749-53.
12. Higgins P, Alttilio T. Palliative sedation: An essential place for clinical excellence. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care* (in press).
13. Widdershoven G. Euthanasia and palliative care. University of Maastricht, Department of Health, Ethics and Society. Kézirat, 2003. http://www.sg.unimaas.nl/_OLD/oudelezingen/Medical%20Dilemmas_Widdershoven_DeWert_03.ppt
14. Muller-Busch C, Andres I, Jehser T. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience. *BMC Palliative Care* 2003;2:2. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-684X-2-2.pdf>
15. Palliative care in the European Union (Ref. IP/A/ENV/IC/2007-123), 2008 <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21421>
16. Bitó L. Boldogabb élet – jó halál. Eutélia – eutanázia. Budapest: Athenaeum 2000 Kiadó; 2005.
17. <http://www.hospice.hu/hhitek.php?kinyit=2#2>
18. Hegedűs K, Szy I (szerk.). A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása. Szakmai irányelvek. 2. bőv. kiadás. Budapest: Magyar Hospice-Palliatív Egyesület; 2002. Letölthető: <http://www.hospice.hu/hospice.php?focim=1&tartalom=3&almenu=4#1>
19. Kovácsy Zs. Egészségügyi jog. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2008.
20. 117/1998. (VI. 16.) korm. rendelet.

Illusztráció: Sándor Zsolt

