



## Szándékos morfintúladagolás Magyarországon

Márkus Attila

*Egy magyar kórházi osztályon folytatott gyakorlatot mutatunk be a harmadik évezred első évtizedéből, és vetünk fel ennek kapcsán etikai kérdéseket. Az ismertetett eljárás lényege, hogy olyan daganatos betegek-nél, akiknek gyógyulása esélytelen, és várhatóan két-három héten belül bekövetkezik a vég, a fájdalomcsillapításhoz szükséges morfinadag négy-ötszörösével érik el, hogy néhány órán belül kómába essenek, és néhány napon belül meghaljanak. A szakma ismeri a terminális palliatív szedáció nevű eljárást, ami néhány paraméterében megegyezik a leírtakkal, ám itt a sok lényegi különbség miatt másról van szó.*

Olyan magyarországi kórházi osztályon dolgoztam, ahol nagy esetszámban fordultak elő daganatos esetek. A munka légköréről és a dolgozók hozzáállásáról elmondható, hogy első helyen szerepelt az értékrendben a beteg gyógyulására vagy az adott körülmények között biztosítható jóllétére való törekvés. Áthatotta az orvos-beteg kapcsolatot a paternalizmus, ami többek között abban nyilvánult meg, hogy csak annyi információt közöltek a beteggel, amennyit az orvos elegendőnek talált ahhoz, hogy a beteg jó kezekben érezze magát. Amíg esély volt a gyógyulásra, lépésről lépésre vezették, és ez elég is volt ahhoz, hogy jó orvos-beteg kapcsolat alakuljon ki.

A beteg kezelésének halálközeli időszakában azonban már teljesen más felfogás uralkodott. Tilos volt kiejteni az osztályon azt a szót, hogy „halál”, jóllehet, az osztályon magas halálozási mutatójú betegségeket kezeltek, amelyeknek gyakran volt ilyen kimenetele. Tilos volt tájékoztatni a beteget a kezelése esetleg halálos, ritka szövődményeiről. Itt a fő motívum az volt, hogy nem tudtak mit kezdeni az orvosok az elmúlás tényével. Tilos volt nyilvánvalóan reménytelen recidívák és metasztázisok esetén tájékoztatni a beteget arról, hogy végérvényes, folyamatos állapotromlásra számíthat, amelynek halál a vége. Konkrét kérdésre tilos volt azzal kapcsolatban válaszolni, hogy a szakemberek szerint a betegnek mennyi ideje van még hátra az életből. A betegek általában megéreztek, hogy meg fognak halni, és az orvosok számítottak is erre. Amikor nem érezték meg, nem tájékoztatták a közelgő halálról a beteget. Az újabb és újabb, egyre kisebb eséllyel kecsgetető eljárásoknál olyan kifejezéseket használtak, hogy „megpróbálkozunk egy új módszerrel” (ez volt a műtétről a palliatív kemoterápiára való

áttérés), „adunk egy másik gyógyszert” (ez volt az erősebb fájdalomcsillapítóra való áttérés). Előfordult, hogy egy orvosi megbeszélésen elhangzott, hogy „Ez a beteg olyan ostoba, hogy nem tudja, hogy meg fog halni. Mindig azt kérdezi, hogy lehet-e még műteni.”

Amikor az orvosok látták, hogy romlik a beteg általános állapota, és valószínűsíteni lehetett, hogy két-három héten belül meghal, egyszer csak halkan elhangzott a viziten, hogy „kezdjük el” vagy „adjunk MO-t”. Ilyenkor, az egyébként fájdalom nélküli betegnél, leállították minden más fájdalomcsillapító adását, és a perzisztáló súlyos fájdalmat adekvátan csillapító bazális opiátterápiához szükséges fájdalomcsillapító adag négy-ötszörös dózisaig emelve, intravénás morfininjekció adását rendelték el. A beadott morfintól néhány órán belül kómába esett a beteg, és a növekvő morfinadagok mellett egyre jobban megjelent a morfin légzésdeprimáló hatása, ami néhány napon belül halálhoz vezetett. Előfordult, hogy hibáztak az orvosok, és túl korán, a beteg túl jó általános állapota mellett rendelték el a morfin túladagolását. Az lett a következmény, hogy a beteg hozzászokott, és hatalmas morfinadagokat kapott (1200 ampulla, 12 000 mg morfin/nap), amelynek az vetett véget, hogy a kórház gyógyszerraktára után kifogyott a budapesti gyógyszer-nagykereskedő, majd a gyógyszergyár morfinkészlete is. Ez után álltak át 10-20 ampullánként adagolt nyugtatókra, míg végül meghalt a beteg. Előfordult a folyamat során, hogy kikerült a beteg a kómából, kért ezt-azt, és próbált értelmesen kommunikálni. Ilyen esetekben a gyógyszeradagot meghatározó orvost szidta le a felettese, mondván: „Hogyan hagyhattad, hogy felébredjen?” A vizitek a morfin miatt kómában lévő betegnél csendben zajlottak. Halkan beszéltek egymással az orvosok, néha csendben megsimogatták a beteget, és létrehozta egy részvételtjes légkört, amelyben szemlesütve, félszegen volt kényelmes jelen lenni.

Amikor világossá vált számomra, hogy összeegyeztethetetlen a kimondható etikai elvekkel az, ami a terminális állapotú betegekkel történik, felmentést kértem és kaptam az alól, hogy együtt kelljen működnöm a fájdalomcsillapító adag feletti morfin beadásában. Felettesem elismerte, hogy nem kényszeríthet erre, és teljesítette a kérésemet.

Az osztályon gyakran cserélődtek a munkatársak (orvosok és nővérek), akik mintegy természetesnek vették, hogy morfintúladagolással rövidítik meg a betegek életét. Két elképzelésem van arra, hogy mi lehet magatartásuk oka. Az egyik az, hogy amit leírtam, megtűrt gyakorlat Magyarországon. A másik feltevésem, hogy erkölcsileg annyira nem látták egyértelműnek a helyzetet, hogy finom, lépésről lépésre történő beavatásuk során elfogadták, hogy az történjen, ami ilyenkor szokás. Felmerül több

részletkérdés azzal kapcsolatban, hogy hogyan volt megvalósítható a gyakorlatban mindez.

*Mit mondtak a betegnek?*

Semmit vagy annyit, hogy „adunk több fájdalomcsillapítót”. Amikor már kómában volt, nem kellett a beteg szemébe nézni, és az orvos rettegett is attól, hogy még egyszer a tudatánál levő beteggel kelljen kommunikálnia. A morfinadás elkezdése után „műhibaként” kezelték, ha öntudatra ébredt a beteg.

A betegnek esélye sem volt arra, hogy elbúcsúzzon a hozzátartozóitól, végrendelkezzen vagy rendezze bármilyen hátrahagyott ügyét.

*Mit mondtak a hozzátartozóknak?*

„Az erős fájdalomcsillapító mellékhatása az, hogy alszik a bácsi.” „Ennek a betegségnek ilyen a lefolyása.” Előfordult, hogy egy kórházi nővér hozzátartozójánál adagolták túl a morfint. A nővér elsőre elhitte, hogy ami a férjével történik, az szükségszerű. Elhallgatták, hogy a látott mellékhatás a morfintúladagolás tünete. Szó sem esett arról, hogy létezik a PCA (patient controlled analgesia) módszere, amely során a beteg az orvos által megszabott határok között saját maga, saját döntése szerint csillapíthatja a fájdalmát.

*Miért csinálták?*

Indoklasként annyit mondtak az orvosi megbeszéléseken, illetve a meggyőzéseimre, hogy kellemetlen dolog meghalni. Tekintve, hogy a fájdalomcsillapítás megoldott volt az érintett betegeknél, egyedül a kifehélyesedő tumor bűze, illetve az általános állapotromlással összefüggő ágyhoz kötöttség volt kellemetlen. A bűzt a kezelő személyzettel együtt viselte a beteg, az ágyhoz kötöttség pedig gyakori állapot a társadalomban, tehát máshol kell keresni a valódi okokat.

Véleményem szerint az orvosok a folyamatos, gyógyításra irányuló tevékenységük közben azt gondolták, hogy csak annak lehet értelme, ami ebbe az irányba mutat. Nem tudatosították magukban, hogy az életből való távozáskor is sok teendője lehet valakinek: elbúcsúzhat a szeretteitől; megbánhatja bűneit; megbocsáthat haragosainak; példát mutathat abban, hogy hogyan lehet emberként viselkedni akkor, amikor az orvos már csak a szenvedő testet látja benne. Ha egyiket sem teszi, akkor is emberhez méltóan hal meg, amely jelenti a lelki, szellemi és testi működésének természetes megszűnését. Az élet a fogantatástól a halálig tart, amit, véleményem szerint, joga van bárkinek végigélni. A morfininjekcióig terjedő élet hiányos élet.

## Nemzetközi gyakorlat

Egy adott országban folyó gyakorlatról az élet bármely területén legjobb, ha személyesen győződik meg az ember. Ennek szellemében bemutatom a saját szűk körű személyes tapasztalataimat, majd a szakirodalomban vázolt, ma elfogadott megoldásokat.

Az Amerikai Egyesült Államok Harvard Egyetemén felvetve a kérdést, alig értették a jelenséget. A végén elmondták a maguk módszerét, miszerint a beteg az otthonában hal meg PCA-pumpával (az a szerkezet, amivel önmagának adagolhatja a beteg a fájdalomcsillapítót, és ami Magyarországon is rendelkezésre áll), miközben rendszeresen látogatja egy nővér, és segítségére van a felmerült kérdésekben. Az amerikai, terminális állapotú beteg végsőig az eszméleténél van, elbúcsúzhat a hozzátartozóitól, és rendelkezhet az ügyeiben. A fentebb leírt magyarországi gyakorlatról az amerikaiak úgy vélekedtek, mint mi egy egzotikus ország törzsi szokásairól: minden országnak megvannak a maga szokásai, és biztos a magyarokéinak is megvan az oka.

Németországban ugyancsak felismerhető a rendszerszemlélet: olyan esetekben, amikor rendszeresen visszatér egy olyan egészségügyi feladat, aminek ellátásához a rendszeres, akár érzelmi tartalmú személyes kapcsolat a személyzettel előnyös, viszont nem szükséges hozzá magas szintű terápiás ismeret, kiépítenek egy külön rendszert, és az orvosok ott biztonságban tudhatják azokat a betegeket, akik nem igénylik az ő tudásukat és hozzáállásukat. Így létezik Anschlussheilbehandlung, Kurzzeitpflege, Pflegedienst és még sokféle rehabilitációs vagy ápolási intézmény, amelyek közös vonása, hogy a betegek ott már elbúcsúztak a kezelő- vagy gyógyító orvosaitól. Ennek megfelelően eszébe sem jut egy szanatóriumban egy nővérnek, hogy drasztikus változást idézzen elő a betegnél. Egyetlen célja, hogy annyi fájdalomcsillapítót adjon, amennyivel megszüntetheti a beteg fájdalmát, egyébként pedig sokkal fontosabb az ottani mindennapi életben, hogy odatolja a beteget a tévé elé, amikor kezdődik a focimeccs, vagy felöltöztesse, amikor jön a gyerekkórus énekelni karácsonykor, és legyen egy doboz keksz az asztalán, amivel meg tudja kínálni a gyerekeket. Megkérdeztem egy ápolót egy ilyen intézményben, hogy van-e orvos az épületben. A szó szerinti válasz így hangzott: „Hála istennek nincs. Csak akkor jön a háziorvos, ha valami baj van.”

A szakirodalomban az orvos általi, eutanázia célú morfintúladagolással *Russel K. Portenoy* cikke (1) foglalkozik kimerítően. Arra a következtetésre jut a szerző, hogy a 300%-os (291,9±1240%) opiát-dózis-emelés nem rövidíti meg a beteg életét. Egy másik tanulmányban az opiátúladagolásban részt vevő orvosok 39%-a elismerte, hogy a beteg életé-

*A betegnek esélye sem volt arra, hogy elbúcsúzzon a hozzátartozóitól, végrendelkezzen vagy rendezze bármilyen hátrahagyott ügyét.*

*A morfin-  
injekcióig  
terjedő élet  
hiányos élet.*

nek megrövidítése is szándéka volt, amikor elrendelte a dózis emelését (2).

A szándékos opiáttúladagolás a szakirodalomban leginkább úgy jelenik meg, mint a beteg öngyilkossági kísérlete, kábítószer-használata, illetve tévedése (3). Orvosi közreműködéssel történő opiáttúladagolással mint műhibával, illetve tévedéssel foglalkozik a szakirodalom (4), és ebben a témában perrekről szóló híreket (5, 6), illetve ügyvédek hirdetéseit (7) is lehet találni. Az Oncology című folyóiratban megjelent a daganatos fájdalomcsillapítás gyakorlati útmutatója (8), amely a háromlépcsős fájdalomcsillapítás alapján az elégséges fájdalomcsillapítást ajánlja. Alul- és túldozírozás kerülendő!

A fentiekből látszik, hogy lehet találni egymásnak ellentmondó példákat. Az egyik végtel az, hogy a fájdalmat csillapító adaghoz képest átlagosan négyszeres (akár tizenhatszoros) opiátmennyiség nincs hatással a túlélésre, a másik pedig az, hogy egy családnak hatmillió dollárt ítélték meg azért, mert a bíróság bizonyítottan látta, hogy kétszeres opiátmennyiség miatt halt meg egy családtagjuk.

Saját tapasztalatom, hogy amikor egy daganatos fájdalommal küzdő, éber, kielégítő általános állapotú

betegnél a második lépcsőről a harmadikra azonnal 50 µg/h fentanyltablettával léptem, a beteg nyolc órán belül meghalt. Egyértelmű volt, hogy ebben az esetben az én tévedésemről volt szó, mivel túladagoltam az opiátot.

## Összefoglalás

Cikkemmel egy példát mutattam be arra, hogy milyen orvosi vetülete lehet a magyar társadalom azon betegségének, amely erkölcsi megalkuvások sorozatára kényszeríti tagjait. Aki magas szinten akar művelni valamit, általában olyan tömegben kell egyéni érdekeket kiszolgálva lemondania eredendő erkölcsi tartásáról, hogy mire odakerül, hogy végezheti azt, amiért hatalmas áldozatokat hozott, alapelveitől elszakított emberré válik. Egy ember egy egységet alkot. Amilyen mértékben adja fel erkölcsi tartását az egyik területen, olyan mértékben teszi azt a többi területen is. Volt munkatársaim jó szándékú emberek, akik nem a morfintúladagoláskor kerültek az útvesztőbe. Tisztelet a kivételnek!

(Cím a szerkesztőségben.)

## Irodalom

1. Russell K Portenoy, et al. Opioid use and survival at the end of life: A survey of a hospice population. *J Pain Symptom Manage* 2006;32(6):532-40.
2. Luce JM. Withholding and withdrawal of life support: ethical, legal, and clinical aspects. *New Horiz* 1997;5(1):30-7.
3. Schifano F et al. Review of deaths related to analgesic- and cough suppressant-opioids; England and Wales 1996-2002. *Pharmacopsychiatry* 2006;39(5):185-91.
4. Dunn KM, et al. Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: A cohort study. *Ann Intern Med* 2010;152:85.
5. [http://www.uslaw.com/library/Elder\\_Law/Family\\_Wins\\_Million\\_Verdict\\_Morphine\\_Overdose\\_Nursing.php?item=142628](http://www.uslaw.com/library/Elder_Law/Family_Wins_Million_Verdict_Morphine_Overdose_Nursing.php?item=142628)
6. <http://www.aboutlawsuits.com/michigan-nursing-home-lawsuit-morphine-death-11310>
7. <http://www.youhaverights.com/medical-malpractice/pharmacy-errors/>
8. Davis MP, et al. Practical guide to opioids and their complications in managing cancer pain. What oncologists need to know. *Oncology (Williston Park)* 2007;21(10):1229-38; discussion 1238-46, 1249.

### 1. kommentár

## A klinikus véleménye

Simkó Csaba

A szerző olyan orvosi gyakorlatra hívja fel a figyelmet, amely mind morálisan, etikailag, mind jogilag, mind pedig a klinikum oldaláról igen erősen támadható. A bemutatott módszer úgynevezett lassú eutanázia, ami szándékát tekintve – amennyiben az a beteg életének megrövidítése – nem különbözik lényegesen az aktív eutanázia más formáitól. Maximálisan egyet kell értenünk a

leírás azon üzenetével, miszerint a gyógyíthatatlan betegségek terminális időszaka a beteg és családja számára kiemelten értékes időszak, amit mestersegesen megrövidíteni nem szabad. Az orvosnak a szenvedéseket kell enyhítenie, nem pedig halálba segíteni a szenvedőt. A jó tüneti terápiát nem elsősorban szedálás árán kell elérni, ez csak mint kényszermegoldás lehet jelen a kezelőorvos fegyvertárában.

Bár a cikk mondanivalója egyértelműen etikai vonatkozású, néhány szakmai kérdésben szükséges kiegészítő megjegyzéseket tenni. A fájdalomcsillapítás a beteg részletes, körültekintő kikérdezésén és vizsgálatán alapul, optimálisan legtöbbször különböző gyógyszerek (illetve nem gyógy-

szeres eljárások) kombinációjával érhető el. A beteg szenvedéseinek csökkentésére ezenkívül az őt ellátó személyzetnek számos más erőfeszítést is tennie kell. Ezek egyike lehet a szerző által is említett sebváladék kellemetlen szagának hatékony csökkentése, a feltisztító kezelések mellett anaerob kórokozókra ható antibiotikumok alkalmazásával, esetleg adszorbens kötszerekkel. De ide tartozik a hányinger-hányás, étvágytalanság, gyengeség, fulladás, szájszárazság, székrekedés, szorongás, depresszió, szociális izoláció problémaköre is, hogy csak a leggyakoribbakat említsük. Mindezeket a beteg önrendelkezésének maximális tiszteletben tartásával, aktivitásának lehetőség szerinti megtartásával kell megpróbálnunk kezelni, őt mint partnert, sőt, bizonyos értelemben mint irányító partnert bevonva a terápiás döntésekbe.

A bemutatott gyakorlat, a morfin egyre nagyobb adagjainak intravénás alkalmazása, számos szempontból kifogásolható. A morfin, mint az összes többi erős opiát, elsősorban fájdalomcsillapító, és egy-két kivételtől eltekintve, nem használható másra. A jól beállított erős opiátkezelés nem szabad, hogy a beteg tudatállapotát, éberségét, gondolkodásának tisztaságát, ítélőképességét számottevően befolyásolja. Az opiátok előbb csökkentik a fájdalmat (legalábbis az opiátérzékeny fájdalmakat), ezt követően aluszékonyságot, majd tudatzavart és légzésdepressziót okoznak. Jól beállított opiátkezelés mellett a beteg teljes értékű életet élhet, szellemi munkát végezhet, akár gépkocsit is vezethet. A morfin intravénás alkalmazása csak ritkán indokolt, például sürgősségi fájdalomcsillapításban, a hatékony, de biztonságos fájdalomcsillapító dózis minél gyorsabb kitirálása céljából<sup>1</sup>. Az erős opiátokat lehetőleg orális vagy transzdermalis úton kell alkalmazni, parenterális bevitel esetén pedig általában a subcutan adagolás a választandó, ha lehetséges, a szerző által is említett infúziós pumpában. Az erős opiátok megfelelő alkalmazás mellett még nagy dózisban sem befolyásolják a betegek élettartamát. *Portenoy* hivatkozott tanulmánya ezt bizonyítja, nem pedig az opiátúladagolás ilyen hatását vizsgálja, ahogy erre a cikkből következtethetünk<sup>2</sup>. Ugyancsak zavaró, hogy a szerző ezzel kapcsolatban egy nem malignus fájdalmak miatt opiátot kapó betegcsoport adataira is hivatkozik, ahol a vélhetően mozgás indukálta, így rövid periódusokban megjelenő fájdalom némileg különbözik a tumoros betegek nyert tapasztalatoktól, és speciális megfontolásokat tesz szükségessé<sup>3</sup>. Az opiátterápia helyes kivitelezése megfelelő körültekintést és gyakorlatot igényel. A betegek többségében, akiknél nem fejlődik ki nagyfokú tolerancia, az opiátok viszonylag szűk hatásspektrumú szerkeknek tekinthetők, azaz a fájdalom csillapításá-

hoz szükséges adagot túllépve hamarosan álomságot fognak előidézni. Mindez azonban nem az opiátadag abszolút nagyságától függ, hanem az adott szervezetben, az adott fájdalom csillapításához szükséges mennyiség százalékos értelemben vett túllépésének a függvénye. A betegek kis részében (<5%) az opiátok használata során nagyfokú tolerancia fejlődhet ki. A dóziszemelés a növekvő (opiátérzékeny) fájdalmat ekkor is meg fogja szüntetni, de itt az alkalmazandó dózisok a szokványos mértéket sokszorososan meghaladják, akár a napi 1000 mg morfin ekvivalens mennyiség is. A szerző által említett nagy morfinigény nyilván egy ilyen betegre utal. Bár a tolerancia kialakulásával kapcsolatosan még számos nyitott kérdés van, az semmiképpen nem azért alakul ki, mert az erős opiát bevezetése túl korán történik meg. A bevezetés időpontjának a fájdalom nagyságához kell igazodnia. Nagyfokú tolerancia kialakulása esetén az opiátok időnkénti cseréjével a probléma a klinikum számára uralható marad (opiátrotáció)<sup>4</sup>.

A beteg erélyes szedálására – aminek helytelen gyakorlatáról olvashattunk – viszonylag ritkán és általában rövid ideig van szükség. Indikációját az alábbiak képezhetik<sup>5</sup>: fájdalmas beavatkozások rövid altatási igénye; agítált delírium esetén alkalmazott sürgősségi szedáció; néha a megfelelő tüneti terápia elérésének idejéig alkalmazott átmeneti szedáció; más módon nem csillapítható testi szenvedések; más módon nem csökkenthető egzisztenciális szenvedés, illetve a személyiség összeomlása.

Erélyes szedálást alkalmazni a terminális állapot, illetve az agónia okozta frusztrált helyzetben rendszeresített stratégiaként még akkor is helytelen, ha ez a beteg és a hozzátartozók tájékozott beleegyezésével történik. A mély szedáció állapotában megszűnik a kapcsolat a beteg és környezete között, nincs lehetőség a búcsúra, a hozzátartozók frusztrációja jelentősen fokozódik, a patológias gyász kockázata nő<sup>6,7</sup>.

Előfordulhat, hogy az erélyes szedálásra vonatkozó döntést nem kellő körültekintéssel hozzák meg, és reverzibilis vagy javítható kórállapotok szolgáltatják rá az alapot (például súlyos infekció, hypercalcaemia, kezeletlen agyi áttét stb.). Ilyenkor palliatív szakember bevonása a beteg állapotában látványos javulást hozhat, és a szedálás értelmét veszti. Hasonlóan helytelenítendő, ha a beteg altatását pusztán a hozzátartozók kérésére vagy az orvos patriarchális döntése alapján kezdik el, megfosztva a beteget az önrendelkezés jogától, nem beszélve arról a helyzetről, ha a túlterhelt és frusztrált orvos számára esetleg kényelmesebb a beteget szedálni, mint részletes anamnézissel, vizsgálattal és fejtöréssel rájönni a szenvedés csökkentésének sokszor egyéni, kreatív megoldá-

---

*Az opiátterápia helyes kivitelezése megfelelő körültekintést és gyakorlatot igényel.*

---

saira<sup>5</sup>. A palliatív ellátás során alkalmazott erélyes szedálás (continuous deep sedation, CDS) még hozzáértő kezekben, körültekintően kivitelezve is mind a mai napig számos vitát szül szakmai berkekben<sup>7-9</sup>, ugyanakkor egy olyan stratégiája lehet az orvosnak, amit bizonyos esetekben nem tagadhat meg betegétől, sőt, akár az eutanázia egyfajta alternatívájaként fel is kell tudnia kínálnia számára. Ennek kivitelezésére nem önmagában erős opiátokat, hanem benzodiazepineket, kis potenciálú neuroleptikumokat és barbiturátokat szoktunk alkalmazni, kihasználva ezen szerek esetleges egyéb, kedvező tulajdonságait (antiemetikus, szekréciósökkentő, antikonvulzív hatás)<sup>5, 10</sup>. Mindehhez elengedhetetlen a szoros kontroll, a beteggel és családjával folytatott hiteles, őszinte, nyílt, de nem erőszakos kommunikáció, a család és az egész betegellátó team folyamatos támogatása.

A palliatív szedáció indikációiból magától értetődően vetődik fel a kérdés: mit tekintünk „más módon nem csökkenthető” testi vagy egzisztenciális szenvedésnek? Nagyon ritka ugyanis az a fájdalom-szituáció, amely megfelelően megválasztott gyógyszerek és eljárások ellenére a beteg számára

elviselhetetlen terhet jelent. Sokkal gyakoribb, hogy a kezelőorvos nincs birtokában ezeknek a módszereknek, nem végez fájdalomanalízist, nem vagy nem megfelelően alkalmaz adjuváns fájdalomcsillapítókat stb. Ez pedig igen élesen vet fel tovább alig halogatható kérdéseket: Hogyan lehetséges, hogy a palliatív terápia mind a mai napig egyetlen egyetemen sincs jelen mint kötelező tantárgy? A klinikai szakképesítések megszerzésekor a fájdalomcsillapítás és az egyéb kínzó tünetek enyhítése miért nem része minden, daganatos beteget is kezelő orvos vizsgakövetelményeinek? Az orvosok továbbképzési rendszerébe miért nem épülnek be kötelező jelleggel palliatív modulok?

Reméljük, hogy a fenti kérdésekre a közeljövőben megnyugtató válaszokat, megoldásokat kapunk, s hogy a hospice-ellátás fokozatos hazai elterjedésével az orvosok más utat is találnak betegek szenvedéseinek csökkentésére, mint amit e kirívó példa bemutatott.

—  
A szerző a Miskolci Semmelweis Ignác Egészségügyi központ és Egyetemi Oktató Kórház Nonprofit Kft. Otthonosztályvezető főorvosa.

## Jegyzetek

1. Simkó Cs. A súlyos, daganat okozta fájdalom csillapítása. *LAM* 2003;13(5):386-92.
2. Portenoy RK, Sibirceva U, Smout R, et al. Opioid use and survival at the end of life: A survey of a hospice population. *J Pain Symptom Manage* 2006;32(6):532-40.
3. Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, et al. Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: A cohort study. *Ann Intern Med* 2010;152:85.
4. Horváth JA. A major analgetikumok alkalmazása. *LAM* 2007;17(11):754-8.
5. Cherny NI, Radbruch L. The Board of EAPC: European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009;23:581-93.
6. Cherny NI, van Bueken M, van de Watering M. The ethics of sedation in the management of refractory symptoms at the end of life. The EAPC Forum. <http://www.eapcnet.org/forum/default.asp?category=Ethics%20of%20Sedation>
7. Juth N, Lindblad A, Lynöe N, et al. European Association for Palliative Care (EAPC) framework for palliative sedation: an ethical discussion. *BMC Palliat Care* 2010;9:20.
8. Rady MY, Verheijde JL. Continuous deep sedation until death: palliation of physician-assisted death? *Am J Hosp Palliat Care* 2010;27:205-14.
9. Seale C. Continuous deep sedation in medical practice: a descriptive study. *J Pain Symptom Manage* 2010;39(1):44-53.
10. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med* 2007;10:67-85.

## 2. kommentár

### Bioetikai elemzés

Kovács József

A cikk első olvasásra megdöbbenést és hitetlenkedést kelt az olvasóban, s rögtön az a kérdés merül fel: valóban megtörténhetett-e így mindez a XXI. század elején, Magyarországon? Eme rövid kommentárban abból fogok kiindulni, hogy minden pontosan úgy történt, ahogyan azt a szerző leírta, s igyekszem bioetikai elemzést ír-

ni az esetleírásban foglaltakról. Az eset jogi megítélése e kommentár keretében nem tartozik feladataim közé.

Hadd előlegezzem meg elemzésem végkövetkeztetését. Véleményem szerint a leírtak egy jó szándékkal, de szakszerűtlenül és etikailag-jogilag elfogadhatatlan módon kivitelezett palliatív szedáció végrehajtását mutatják be. S noha az eset első pillanatra eutanáziának tűnik, a részletek arra utalnak, hogy inkább a palliatív szedáció rosszul kivitelezett kísérletéről volt szó.

A palliatív szedáció alkalmazása és vitája az 1990-es években jelent meg az orvosi szakiro-

dalomban<sup>1</sup>. Azóta számos irányelvet publikáltak ezzel kapcsolatban, amelyek közül a norvég<sup>2</sup>, az amerikai<sup>3</sup> és a holland<sup>4</sup> érdemel említést. Utóbbi a legrészletesebb és a legalaposabb, amely a korábbi, 2005-ös változat javított, átdolgozott formája, s így figyelembe vehette a korábbi változat kritikájának tanulságait is.

A palliatív szedáció a beteg éberségi szintjének szándékos csökkentése életének utolsó napjaiban, abból a célból, hogy más módon csillapíthatatlan és elviselhetetlen szenvedéseit elviselhetővé tegyék a számára. Ez a definíció elkülöníti a más okból adott gyógyszerek mellékhatásaként jelentkező éberségi szint csökkenését a szándékosan okozott éberségi szint csökkentésétől, mert csak ez utóbbit tekinti palliatív szedációnak<sup>5</sup>.

A palliatív szedáció különböző szintjei mélységük szerint egy spektrumon helyezhetők el, amelynek egyik végpontja a felületes palliatív szedáció, amelynek csak az éberségi szint enyhe csökkenését (aluszékonyság) hozzák létre, a másik végpontja pedig a tudatvesztést okozó mély palliatív szedáció. Alkalmazásának időtartama alapján beszélhetünk egyszeri alkalommal létrehozott (például egy kellemetlen beavatkozás elviselhetővé tétele érdekében történő), intermittálóan (általában éjszakánként) alkalmazott és folyamatos palliatív szedációról. A legtöbb etikai vitát a halál időpontjáig fenntartott folyamatos, mély (tudatvesztést előidéző) palliatív szedáció váltotta ki (folyamatos mély palliatív szedáció: FMPSZ), s e kommentárban a továbbiakban a palliatív szedáció eme formáját fogom érteni palliatív szedáció alatt, hiszen az esettanulmány is ehhez hasonló állapot létrehozásának kísérletét írja le. A vita főleg a körül folyt, hogy az FMPSZ elkülöníthető-e az aktív eutanáziától, illetve tekinthető-e egyfajta lassú eutanáziának? Ebben a vonatkozásban eutanázia alatt olyan halált okozó szer beadását kell érteni, amelynek célja a beteg elviselhetetlen szenvedéseinek megszüntetése a halál szándékos előidézése által. Ezzel kapcsolatban az utóbbi években egyfajta konszenzus bontakozott ki, amely a következőképpen foglalható össze. Az FMPSZ célja az, hogy a haldokló beteg ne élje át elviselhetetlen és más módon csillapíthatatlan szenvedéssel járó állapotát. Nem célja az élet megrövidítése, s nem is ez az azt alkalmazó orvos szándéka. A szakmai irányelveknek megfelelően végrehajtott FMPSZ nem rövidíti meg a beteg életét, sőt, adott esetben meg is hosszabbíthatja azt, hiszen az átélt szenvedés okozta stressz és kimerülés élettartam-csökkentő hatása valószínűsíthető. Ugyanakkor a halál pillanatáig folytatott FMPSZ mesterségesen hozza létre az „álmában halt meg” je-

lenségét, amelyet sokan a szép halál egyik formájának tekintenek<sup>6</sup>.

A szakszerűen végzett FMPSZ a szokásos orvosi tevékenység része, s nem eutanázia<sup>7</sup>. FMPSZ esetén a beteg nem ölik meg, hanem egyszerűen meghal a betegségében<sup>8</sup>. Ezzel szemben eutanázia esetén az orvos szándéka a beteg halálának előidézése a szenvedés megszüntetése céljából. Eutanázia esetén a betegnél nem pusztán tudatvesztést idéznek elő, hanem megölik, s a beteg halála az orvos kifejezett szándéka.

Ha az FMPSZ elkezdésekor a beteg várható élettartama már legfeljebb csak egy-két hét, akkor annak az életet megrövidítő hatása csak minimális, s ezért morálisan nem tekinthető eutanáziának. Ellenben, ha az FMPSZ-t olyan betegknél alkalmazzák, akiknek a várható élettartama egy-két hétnél hosszabb, s a szedáció célja az élet megrövidítése, akkor ez már eutanáziának tekinthető, mert, ha az FMPSZ önmagában nem is, de az FMPSZ-szel járó mesterséges folyadékpótlás hiánya ennyi idő alatt biztosan megrövidíti a beteg életét<sup>9</sup>.

A halál pillanatáig folytatott FMPSZ-t sokan az eutanázia ellenzői és támogatói közötti vita megoldásának tekintik, a harmadik útnak, amely nem eutanázia ugyan, de mindazt a célt eléri, amit az eutanázia, ugyanakkor a beteg megölése nélkül. Ez a nézet nagyon népszerű lett, amelyet csak a legutóbbi időkben kezdtek vitatni.

A halál időpontjáig folytatott FMPSZ-nek azonban szigorú kritériumai és pontosan definiált szakmai szabályai vannak.

Feltétele a beteg más módon csillapíthatatlan, s számára elviselhetetlen szenvedése. Ez nemcsak, s nem is elsősorban fájdalmat jelent, hanem sokszor fájdalomcsillapítókkal nem enyhíthető egyéb kínzó tüneteket. Ilyen a hányinger és a hányás, a dyspnoe, s a súlyos zavartsággal járó delírium<sup>10</sup>. Súlyos szenvedést jelenthet a beteg számára az úgynevezett egzisztenciális szenvedés is: a haldoklási folyamat okozta kínlódás értelmetlensége, a kilátástalanság, a súlyos szorongás, illetve a gyötrő halálfélelem, a kontrollvesztés és a szociális izoláció érzése. A szakirodalom zöme azonban az egzisztenciális szenvedést önmagában nem tekinti elégséges indikációnak az FMPSZ alkalmazásához, mert ezt a szenvedést sokszor más módon is lehet csillapítani.

További feltétel, hogy a beteg életéből már csak napok, legfeljebb egy-két hét legyen hátra. Az FMPSZ-nél általában nem alkalmaznak mesterséges folyadékpótlást, abból kiindulva, hogy haldoklók általában már FMPSZ nélkül sem vesznek magukhoz folyadékot, így rövid ideig tartó FMPSZ esetén a folyadékpótlás hiánya nem sieteti a beteg halálát az FMPSZ nélküli ál-

lapothoz képest, sőt, a folyadékpótlás inkább ödémát és dyspnoét okozna. A halál pillanatáig folytatott FMPSZ kivitelezése benzodiazepinek (elsősorban midazolam) folyamatos sc. adagolásával történik. Ha ez nem bizonyul elegendőnek, akkor második lépésben levomepromazint, harmadik lépésben pedig propofolt javasolnak alkalmazni<sup>11</sup>. Az éberségi szint csökkentése során az arányosság elvének alkalmazása elsődleges fontosságú. Csak annyira szabad csökkenteni a beteg éberségi szintjét, amennyire az szükséges és elegendő a szenvedésmentes állapot eléréséhez. A cél a szenvedés megszüntetése, s az éberségi szint csökkentése ennek csak eszköze, de nem ez a kezelés célja. A norvég irányelv még azt is előírja, hogy FMPSZ során próbaképpen növelni kell a beteg éberségi szintjét, hogy meggyőződjünk róla, nem elviselhető-e már számára tudatosan is az állapota, s csak annak elviselhetetlensége esetén szabad folytatni az FMPSZ-t. Ez is azt az elvet hangsúlyozza, hogy az FMPSZ-t csak mint utolsó lehetőséget szabad alkalmazni a haldoklási folyamat legvégén, amikor már a szenvedéscsillapítás minden más eszköze csődöt mondott, viszont az orvos mégsem állhat tétlenül csillapíthatatlanul szenvedő beteg mellett<sup>12</sup>.

A morfin segítségével történő palliatív szedáció szakmailag elfogadhatatlan, mert a nagy adagban adott morfin nem mindig biztosít teljes tudatvesztést, és számos, nemkívánatos mellékhatása is van, például delíriumot és myoclonust okozhat<sup>13</sup>.

A fenti szakmai-technikai szabályokon és előfeltételeken kívül az FMPSZ fontos feltétele a beteg (vagy belátási képessége hiányában hozzátartozója) tájékozott beleegyezése. A beteget részletesen tájékoztatni kell az eljárás lényegéről, s következményeiről, egyebek mellett arról is, hogy eme eljárás célja az, hogy ne élje át a haldoklással járó elviselhetetlen fizikai és pszichológiai tüneteket. Ez azonban nem minden beteg számára elfogadható. Vannak betegek, akik számára a halál pillanatának tudatos átélése a „jó halál” része, s számukra ezért a halál pillanatáig folytatott FMPSZ a jó halál lehetőségének elvételét jelenti, s ezért elfogadhatatlan.

Az esetleírás azt valószínűsíti, hogy az osztály – a haldokló tumoros betegek előrelátható szenvedési megakadályozása céljából – a fent leírt, a halál pillanatáig folytatott FMPSZ-t akarta alkalmazni a reménytelen állapotú betegeken. Az esetleírásból ugyanis úgy tűnik, hogy szándékuk nem a beteg halálának azonnali előidézése volt, s a halál nem feltétlenül a beadott morfin következtében jött létre. A szokásoshoz képest sokszoros morfinadag halált szételő hatása tekinte-

tében ma a szakirodalomban vita van, amint erre az esetleírás szerzője is utal. Vannak, akik szerint a szokásos morfinadag sokszorososa sem rövidíti meg a beteg életét, s az esetleírás is ezt látszik bizonyítani, hiszen volt beteg, aki hozzászólt a nagy adag morfinhoz, s öntudatára tért. Valószínűsíthető ezért, hogy a többi beteget sem a nagy adag morfin, hanem az alapbetegség ölte meg, s kérdéses, hogy az így adott morfin megrövidítette-e a beteg életét. Az Amerikai Egyesült Államokban volt ezzel kapcsolatos bírósági döntés, amely nem látta bizonyítottnak, hogy a nagy adag morfin a beteg életét megrövidíteni képes, s ezt állítja a holland irányelv is<sup>14</sup>. Ilyen értelmű holland bírósági döntés is létezik<sup>15</sup>. Látni kell azonban, hogy még ha a nagy adag morfin megrövidíti is a beteg életét az általa okozott légzésdepresszió miatt, ezt a mai orvosetikai szakirodalom – a kettős hatás elvére hivatkozva – elfogadhatónak tartja, és nem tekinti eutanáziának, ha erre a más módon csillapíthatatlan fájdalom csillapítása érdekében van szükség. A kettős hatás elvére hivatkozó érvelés ilyenkor az, hogy a morfin légzésdeprimáló hatása által szétterített halál csak előrelátott, de nem szándékolt mellékhatása a morfin fájdalomcsillapító hatásának, s így nem eutanázia<sup>16</sup>. Így foglalt állást két, az Amerikai Egyesült Államok legfelső bírósági döntése is<sup>17, 18</sup>.

Jelen eset azonban – még ha az eset szereplőinek jó szándékát feltételezzük is – szakmailag és etikailag elfogadhatatlan gyakorlatot mutat be, még akkor is, ha abból indulunk ki, hogy a kezelőorvosok az FMPSZ-t kívánták alkalmazni.

A leírt gyakorlat etikailag azért elfogadhatatlan, mert az FMPSZ alkalmazásához sem a betegek, sem a hozzátartozók tájékozott beleegyezését nem kérték ki, sőt, a hozzátartozókat kifejezetten becsapták azzal, hogy a beteg tudatvesztését a betegség, illetve a fájdalomcsillapítás természetes velejárójaként tüntették fel. Egy olyan paternalisztikus orvos-beteg kapcsolat modellje alapján cselekedtek, amely az 1960-as évek orvosetikai szintjét tükrözi, s nem vet számot az utolsó 50 év etikai fejleményeivel, amely a beteg tájékoztatását, kezelését érintő minden döntésbe való bevonását, s az orvos és a beteg partneri viszonyát követeli meg. Számos ezt ismertető cikk jelent meg már az 1990-es évek elején Magyarországon, ennek a lapnak a hasábjain is, s az 1997-es egészségügyi törvény jogilag is kötelezővé tette a tájékozott beleegyezés elnyerését a betegek kezelése során<sup>19</sup>. Semmi nem menti tehát a XXI. század elején dolgozó orvosokat, akik ezekről az etikai és jogi fejleményekről tudomást nem véve, az 1960-as évek paternalisztikus modelljében kezelték a betegeket.

Az etikai-jogi szabályok betartásán túl az ismertetett esetben hiányoztak az FMPSZ orvosi feltételei is: a betegek nem éltek át elviselhetetlen szenvedést, voltaképpen még fájdalmuk sem volt, ami indokolta volna a nagy dózisú morfin adását.

Ha – jóindulatúan – abból indulunk ki, hogy a várható szenvedést akarták az orvosok megelőzni az FMPSZ idő előtti elkezdésével, akkor is rossz módszert használtak, hiszen azt nem morfinnal, hanem első lépésben sc. adott benzodiazepinnel (midazolammal) kellett volna elkezdniük. Az arányosság elvének megfelelően igyekezniük kellett volna a tudatvesztést elkerülni, s csak a szükséges mértékig csökkenteni a beteg éberségi szintjét, amely csillapítja a szenvedést, de amely a környezettel való kapcsolattartást még lehetővé teszi.

Egészen véve tehát mind szakmailag, mind etikailag és jogilag elfogadhatatlan az, ami az eset által leírtakban történt. A szerző arra utal, hogy mindez a részt vevő orvosok erkölcsi megalkuvásainak a következménye. Magam azonban azt gondolom, hogy a leírtak oka nem annyira az erkölcsi érzék hiánya, hanem inkább a tudatlanság, a szakmai és etikai szabályokkal kapcsolatos tájékozatlanság volt. Nem erkölcsi eltévelyedésről van szó tehát, hanem inkább korszerűtlenségről, elmaradottságról.

Nem lennének igazságosak azonban, ha nem helyeznénk nemzetközi kontextusba a fenti esetet, hiszen az életvégi döntések problémája nemzetközileg sem tekinthető kielégítően megoldottnak. Egy friss vizsgálat szerint Belgiumban az FMPSZ-re az esetek jelentős részében egyedüli szerként az opioidokat alkalmazták, s az esetek körülbelül 20%-ában a szedációhoz sem a család, sem a beteg beleegyezését nem kérték. Az esetek 17%-ában a szedáció egyik célja a halál siettetése volt az orvos részéről<sup>20</sup>. Mindezek természetesen

ellentétben állnak a nemzetközi irányelvekkel, s a belga cikk is ilyen hazai irányelvek meghonosítását sürgeti a holland irányelvek mintájára. Kimutatható ugyanis, hogy a holland irányelvek – bevezetésük óta – csökkentették az FMPSZ-szel kapcsolatos szakmai és etikai visszaéléseket Hollandiában<sup>21</sup>. Egy másik, 17 európai országra kiterjedő vizsgálat azt találta, hogy intenzív osztályokon Európában gyakran elmosódik a határ között, hogy az orvos szándéka a szenvedés, illetve a fájdalom csillapítása, vagy kifejezetten a halál siettetése. Gyakran a két szándék egyszerre van jelen, s sokszor sokkal nagyobb dózisú fájdalomcsillapítót adnak, mint ami a fájdalomcsillapításhoz szükséges lenne. Ezt azonban mégsem tekintik általában eutanáziának. A fájdalomcsillapítók abszolút dózisa sem mérvadó az eutanázia megállapítása során, hiszen a hozzászokás miatt a nagyobb dózis sem feltétlenül sietteteti a halált, ráadásul sok beteg olyan gyógyszert kap élete végén, amelynek nem szándéka ugyan a halál siettetése, de amely ténylegesen – mellékhatásként – sietteteti a beteg halálát<sup>22</sup>. Az Egyesült Királyságban, Hollandiában és Belgiumban nagy mintán végzett vizsgálatok szerint sok orvos véli úgy, hogy részt vett már olyan szedációban és fájdalomcsillapításban, amely siettetette a beteg halálát, s amelynek célja részben vagy egészben a beteg halálának a siettetése volt<sup>23</sup>.

Mindez természetesen nem menti az esetben leírtakat, csak jelzi, mennyivel több figyelemre lenne szükség az életvégi döntések szakmai és etikai problémáinak a tárgyalása kapcsán nemzetközileg és különösképpen hazánkban, ahol ez a kérdés a mai napig elhanyagolt.

—  
A szerző a Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet Bioetika Részlegének vezetője, egyetemi tanár, intézeti általános igazgatóhelyettes.

*Vannak betegek, akik számára a halál pillanatának tudatos átélése a „jó halál” része, s számukra ezért a halál pillanataig folytatott FMPSZ a jó halál lehetőségének elvételét jelenti, s ezért elfogadhatatlan.*

## Jegyzetek

1. Kris CP, Vissers-Jeroen GJ, Hasselaar: Palliative sedation. Need for consensus guidelines and standards. *Arch Intern Med* 2010;170(5).
2. Guidelines of the Norwegian Medical Association on Palliative Sedation (2009). (<http://www.legeforening.no/id/145733.0>) (letöltve: 2011. III. 16.)
3. American Medical Association (2008): Report of the council on ethical and judicial affairs: Sedation to Unconsciousness in End-of-Life Care ([http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/3691ceja\\_5a08.pdf](http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/3691ceja_5a08.pdf)) (letöltve: 2011. III. 16.)
4. Royal Dutch Medical Association (KNMG) (2009): Guideline for Palliative Sedation ([http://knmg.artsenet.nl/uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R1935672763697.46.](http://knmg.artsenet.nl/uri=AMGATE_6059_100_TICH_R1935672763697.46.)) (letöltve: 2011. III. 20)
5. Ibid. p. 55.
6. Seymour J, Janssens R, et al. Relieving suffering at the end of life: Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries. *Social Sciences & Medicine* 2007;64:1679-91.
7. Royal Dutch Medical Association (KNMG) (2009): Guideline for Palliative Sedation ([http://knmg.artsenet.nl/uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R1935672763697.46.](http://knmg.artsenet.nl/uri=AMGATE_6059_100_TICH_R1935672763697.46.)) (letöltve: 2011. III. 20) (p. 55)
8. Ibid. p. 68.
9. Rietjens J, Van Delden J, et al. Continuous deep sedation for patients nearing death in the Netherlands: descriptive study. *British Medical Journal* 336(7648):810-14.
10. Seymour J, Janssens R, et al. Relieving suffering at the end of life: Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries. *Social Sciences & Medicine* 2007;64:1679-91.

11. Royal Dutch Medical Association (KNMG) (2009): Guideline for Palliative Sedation ([http://knmg.artsennet.nl/uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R1935672763697.46](http://knmg.artsennet.nl/uri=AMGATE_6059_100_TICH_R1935672763697.46)). (letöltve: 2011. III. 20) (p. 71)
12. Guidelines of the Norwegian Medical Association on Palliative Sedation (2009). (<http://www.legeforening.no/id/145733.0>) (letöltve: 2011. III. 16.) (9. pont)
13. Royal Dutch Medical Association (KNMG) (2009): Guideline for Palliative Sedation ([http://knmg.artsennet.nl/uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R1935672763697.46](http://knmg.artsennet.nl/uri=AMGATE_6059_100_TICH_R1935672763697.46)). (letöltve: 2011. III. 20) (p. 40)
14. Ibid. p. 40.
15. Sheldon T. Dutch murder case leads to talks with the attorney general. *BMJ* 2005;331:473. Cit: Seymour J, Janssens R, et al. Relieving suffering at the end of life: Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries. *Social Sciences & Medicine* 2007;64:1679-91.
16. Lo B, Rubenfeld G. Palliative sedation in dying patients. „We turn to it when everything else hasn't worked. *JAMA* 2005;294(14):1810-16.
17. Vacco v. Quill, 117 S. Ct. 2293 (U.S. 1997)
18. Washington v. Glucksberg 521 U.S. 702 (S.C., 1997)
19. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 15. § (3) és 17. § (1).
20. Chamberaere K, Bilsen J, et al. Continuous deep sedation until death in Belgium: A Nationwide Survey. *Arch Intern Med* 2010;170(5).
21. Hasselaar JGJ, Stans CA, et al. Changed patterns in dutch palliative sedation practices after the introduction of a national guideline. *Arch Intern Med* 2009;169(5).
22. Sprung CL, Cohen SL, et al. End-of-life practices in European intensive care units. The Ethicus Study. *JAMA* 2003;290(6).
23. Seymour J, Janssens R, et al. Relieving suffering at the end of life: Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries. *Social Sciences & Medicine* 2007;64:1679-91.

### 3. kommentár

## Helyzetelemzés

Dósa Ágnes

A cikkben leírtakat az alábbiakban az egészségügyi jog szempontjából vizsgáljuk meg, a büntetőjogi aspektusokat figyelmen kívül hagyjuk, tényállás igazságtartalmát nem vitatjuk, nem vonjuk kétségbe, azt a helyzetet elemezzük, amit a cikkíró elénk tárt.

A leírtak szerint azoknál a végstádiumú onkológiai betegeknél, akik esetében az orvos megítélése szerint a halál a betegség természetes lefolyása szerint néhány héten belül bekövetkezne, a szükséges fájdalomcsillapító adagnál lényegesen magasabb, négy-öttszörös dózisban intravénás morfint alkalmaztak. A beteg eszméletlen állapotba került, és a halál néhány napon belül beállt, a halál bekövetkezésében – az alapbetegség mellett – a morfin légzésdeprimáló hatása is jelentősen közrehatott.

A leírt eljárással kapcsolatban egészségügyi jogi szempontból a kulcskérdés a tájékoztatás és belegezés kérdése, vagyis az, hogy a beteget kellett volna-e tájékoztatni arról, hogy esetükben a fájdalomcsillapító adagnál magasabb dózisban alkalmazzák a morfint, illetve, hogy ehhez kellett volna-e a betegek, illetve másnak (például hozzátartozójának) a belegezését kérni. Természetesen a tájékoztatás-belegezés kérdéskörének csak akkor van jelentősége, ha a szakma szabályainak megfelel az, hogy a szenvedés csillapítására, az éberségi szint csökkentésére morfint (és nem más szert) alkalmaznak, valamint, ha az alkalmazott dózis az ezt a célt szolgáló dózistartományon belül marad. Ennek a kérdésnek a megítélése terminális betegek ellátásában jártas szakorvos kompetenciájába tartozik, az alábbiakban abból indulunk

ki, hogy a szakma szabályainak megfelelt az alkalmazott eljárás. A szakma szabályainak nem megfelelő eljárást sem a beteg belegezésével, sem a nélkül nem lehet végezni.

A bioetikának ma már nem vitatott alaptétele, hogy a beteget tájékoztatni kell a betegségéről, az orvos által javasolt kezeléstről, és a betegnek csak belegezésével szabad beavatkozást végezni<sup>1</sup>. Ennek a bioetikai alapelvnek a kialakulása, a gyakorlatba történő átültetése hosszú folyamat volt, a társadalmi változások mellett a tájékoztatás elégtelenségével, a belegezés nélkül végzett kezeléssel kapcsolatos kártérítési eljárások is jelentős szerepet játszottak a folyamatban, külföldön és idehaza is<sup>2</sup>. Bár az alapelv széles körben elfogadottá vált, a jogi szabályozás szempontjából mégis számos problémát vet fel, különösen azok az esetek, amikor olyan kezelés visszautasítására/megvonására kerül sor, amelynek elmaradása a beteg halálához vagy súlyos egészségkárosodásához vezethet.

A cikkben leírt esetben, úgy tűnik, a nagy dózisú intravénás morfin alkalmazásának célja az volt – jogi nyelven fogalmazva: az orvos szándéka arra irányult –, hogy a betegség végső, a halált közvetlenül megelőző szakaszát megkönnyítse a beteg számára, a tudat elvesztése átsegítse ezen a fájdalommal vagy fájdalom hiányában is nehezen elviselhető szenvedéssel járó stádiumon.

A cikkből azonban az is kitűnik, hogy a nagy dózisú intravénás morfin adásáról való döntés teljes egészében az orvos kezében volt, arról sem a beteget, sem hozzátartozóját nem tájékoztatta, és egyikük belegezését sem szerezte meg. *Ez az eljárás egészségügyi szempontból nem felel meg a hatályos jogszabályi előírásoknak.* Mi lett volna a helyes eljárás?

Először is azt kell megvizsgálni, hogy a végstádiumú beteg, akinél elkezdtek az intravénás morfin alkalmazását, jogi értelemben cselekvőkép-

nek minősült-e. A cselekvőképesség megállapításához – nagykorú, gondoktség alá nem helyezett személy esetében – azt kell eldönteni, hogy rendelkezik-e az ügyei viteléhez szükséges belátási képességgel. Az „ügy”, amelyhez képest a belátási képességet ebben az esetben vizsgálni kell, a nagy dózisú morfin alkalmazásának elkezdése – amennyiben a beteg az ezzel kapcsolatos információkat képes megérteni, azokat mérlegelni, és ennek megfelelően döntést hozni, akkor rendelkezik a szükséges belátási képességgel, ha nem, akkor nem rendelkezik azzal. (Ebben az esetben csak két választási lehetőség van, a beteg vagy cselekvőképés, vagy nem; „köztes” megoldás nincs<sup>3</sup>.) A cselekvőképesség megállapítása nem szükségszerűen pszichiátriai szakorvosi feladat, a kezelőorvosnak általában képesnek kell lennie ennek megítélésére (és szakszerű dokumentálására).

Amennyiben a fentiek szerint a beteg cselekvőképés, akkor a nagy dózisú morfin alkalmazásának lehetőségéről, mint kezelési alternatíváról, tájékoztatni kell, ismertetni kell vele annak kockázatait (különösen légzésdeprimáló hatását), azt, hogy a betegsége prognózisát az mennyiben befolyásolja, valamint azt is, hogy milyen más kezelési lehetőség van, ami az adott cél (fájdalom csillapítása, illetve a szenvedés enyhítése) eléréséhez vezethet<sup>4</sup>. A tájékoztatás alapján a betegnek a gyógyszer alkalmazásához beleegyezését kell adnia<sup>5</sup>. Cselekvőképés beteg esetében beleegyezés nélkül a kezelést nem lehet elkezdni. A betegnek természetesen lehetősége van arra is, hogy a tájékoztatásról lemondjon, és a döntést teljes egészében az orvosra bízza<sup>6</sup>, ezért ennek a lehetőségéről is tájékoztatni kell.

Az egészségügyi törvény szerint a tájékoztatást elegendő szóban megadni a betegnek, azt nem kell írásban rögzíteni<sup>7</sup>. Később azonban, egy esetleges jogvita vagy etikai eljárás esetén az orvos helyzetét nagymértékben megkönnyíti, ha írásos dokumentummal tudja bizonyítani, hogy a beteget megfelelően tájékoztatta. Ha a tájékoztatás megtörténtét nem rögzítette írásban, akkor később csak tanúkkal tudja bizonyítani, hogy a tájékoztatás megtörtént, és az mire terjedt ki, ami meglehetősen nehézkes ilyen esetben, amikor a beszélgetésnek ideális esetben – az egészségügyi adatvédelmi, titoktartási szabályokra is figyelemmel – nincs fül-, illetve szemtanúja.

Az, hogy ebben az esetben a kezelésbe történő beleegyezést írásban kellett volna-e rögzíteni, már nem ennyire egyértelmű. A hatályos egészségügyi törvény ugyanis csak invazív beavatkozás esetén írja elő, hogy a beleegyezést írásban is rögzíteni kell<sup>8</sup>, és az invazív beavatkozás fogalma meglehetősen tág teret ad az értelmezésnek.

Invazív beavatkozásnak a beteg testébe bőrön, nyálkahártyán vagy testnyíláson keresztül behatoló fizikai beavatkozás minősül, kivéve a beteg számára szakmai szempontból elhanyagolható kockázatot jelentő beavatkozásokat<sup>9</sup>. Nyilvánvaló, hogy a kockázatok ebben az esetben nem elhanyagolhatóak (hiszen a légzésdeprimáló hatás ebben az esetben kockázatnak minősül), ezért azt kell eldönteni, hogy az intravénás infúzió adása (illetve az amúgy is alkalmazott iv. folyadékpótlás mellett a morfin adagolásának elkezdése) a törvény betűje értelmében fizikai beavatkozásnak tekinthető-e. Ennek a kérdésnek a megítélése nem egészen egyértelmű, azonban kétség esetén célszerűbb kiterjesztően értelmezni az invazív beavatkozás fogalmát, és írásban dokumentálni a beleegyezés megtörténtét, egy későbbi jogvita esetén ez ugyanis az orvos pozícióját segíti.

Ha az orvos azt állapítja meg, hogy a beteg már nem cselekvőképés, amikor a nagy dózisú iv. morfin alkalmazásáról dönteni kell, vagyis nem rendelkezik a döntéshez szükséges belátási képességgel, akkor a helyzet másként alakul. Ha a beteg cselekvőképtelen, akkor más dönt helyette, az általa korábban meghatalmazott személy vagy a hozzátartozó (a továbbiakban ezt együttesen helyettes döntéshozónak nevezzük), azonban ezeknek a személyeknek a beleegyezése csak az invazív beavatkozáshoz szükségeltetik<sup>10</sup>. Ennek a szabálynak nyilván az a megfontolás van a háttérben, hogy a mindennapi betegellátásban lehetetlenné tenné a munkát, ha a kisebb súlyú döntések meghozatalához (például vérvétel, altató adása) is a helyettes döntéshozó beleegyezését kellene kérni, az a célszerű, ha ezekről az orvos dönt. Ebből a szempontból már különös jelentősége van, hogy a nagy dózisú morfin iv. alkalmazását invazív beavatkozásnak tekintjük-e, hiszen ez dönti el, hogy be kell-e vonni a hozzátartozót a döntésbe. Tekintettel a fentebb kifejtettre, valamint arra, hogy milyen horderejű döntésről van szó, álláspontom szerint más értelmezés nem képzelhető el, csak az, hogy a beavatkozást invazív beavatkozásnak tekintjük, és a helyettes döntéshozó beleegyezését kéri az orvos, méghozzá írásban.

Ki a helyettes döntéshozó? Cselekvőképtelen beteg esetén elsősorban a beteg által még cselekvőképés állapotában kijelölt személy jogosult a döntést meghozni<sup>11</sup>. Bár ez a lehetőség rendkívül kézenfekvőnek tűnik, hiszen a beteg a hozzá legközelebb álló személyt hatalmazhatja fel arra, hogy helyette a legfontosabb döntéseket meghozza, ezzel Magyarországon nagyon kevés beteg él. Annak ellenére így van ez, hogy különösebb formai feltételei sincsenek az ilyen nyilatkozatnak, elegendő saját kézzel írni a meghatalmazást, vagy ha géppel van írva, akkor két

---

*A szakma szabályainak nem megfelelő eljárást sem a beteg beleegyezésével, sem a nélkül nem lehet végezni.*

---

tanú szükségeltetik hozzá. Ilyen nyilatkozat hiányában a beteg hozzátartozója jogosult döntést hozni<sup>12</sup>. Mivel a betegnek általában több hozzátartozója van, a törvény erre vonatkozóan bonyolult és a betegellátási gyakorlatban nehezen alkalmazható sorrendet állít fel. A sorban előbb jogosult nyilatkozni az együtt élő hozzátartozó, mint a nem együtt élő hozzátartozók, holott az együttélés tényét a kezelőorvos nem tudja tisztázni, ebben a tekintetben a hozzátartozó nyilatkozatára kell hagyatkozni.

Fontos korlátja azonban a hozzátartozó beleegyezésének, hogy a hozzátartozó döntése – a beavatkozással együtt járó kockázatoktól eltekintve – nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát<sup>13</sup>. Ebből az következik, hogy a hozzátartozó beleegyezése csak akkor kérhető a nagy dóziszú morfin adásához, ha annak célja az éberségi szint csökkentése a szenvedés enyhítése érdekében, és az alkalmazása megfelel a szakma szabályainak.

Mivel a cikkben leírtak szerint az osztályon meg sem kísérelték a betegeket bevonni a döntési folyamatba, és sem a beteg, sem – cselekvőképtelen beteg esetén – a hozzátartozó beleegyezését nem szerezték meg, egészségügyi jogi szempontból megállapíthatjuk, hogy sem a tájékoztatásra, sem a beleegyezésre vonatkozó szabályokat nem megfelelően alkalmazták.

## Jegyzetek

1. L. részletekbe menően dr. Kovács J.: A modern orvosi etika alapjai. *Budapest: Medicina; 1999. p. 127.*
2. A kártérítési gyakorlatról I. Dósa Á.: Az orvos kártérítési felelőssége. 2010. HVGORAC. 186.
3. A belátási képesség megállapításának standardjairól I. Kovács J.: Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában. *Budapest: Medicina; 2007. p. 279.*
4. Eütv. 13. § (2) bekezdés.
5. Eütv. 15. § (3) bekezdés.
6. Eütv. 14. § (1) bekezdés.
7. Eütv. 13. § (1) bekezdés.
8. Eütv. 15. § (5) bekezdés.

A terminális palliatív szedációnak óriási szakirodalma van, és abban szakmai szempontból is teljes egészében konszenzus mutatkozik, hogy kizárólag<sup>14</sup> a beteg beleegyezésével végezhető. A jogi szakirodalomban a beteg beleegyezésével végzett nagy dóziszú fájdalomcsillapító alkalmazásával kapcsolatban annak elkülönítése az öngyilkosságban való közreműködéstől (orvos által elősegített öngyilkosság, *physician assisted suicide*) volt problematikus. Ezzel kapcsolatban a legtöbbet idézett döntés egy amerikai bírósági ítélet<sup>15</sup>, amelyben azt vizsgálták, hogy nem alkotmányellenes-e az a szabályozás, amely megtiltja az orvosi közreműködést az öngyilkosságban. A cikkben leírt probléma szempontjából az indokolás egy gondolatát emeljük csak ki: az ítélet ugyan csak az öngyilkosságban végzett közreműködés alkotmányosságával foglalkozik, rámutat arra is, hogy ennek megtiltása bár alkotmányos, azonban ez nem mond ellent annak, hogy az életvégi döntések között a nagy dóziszú fájdalomcsillapító alkalmazása rendkívül elterjedt, nagyon széles társadalmi támogatottságot élvez, és nem jogszerűtlen<sup>16</sup>.

—  
A szerző orvosjogász, a SOTE Magatartástudományi Intézetének adjunktusa

## 4. kommentár

### Fájdalomcsillapítás és büntetőjog

Filó Mihály

A mellékelt eseteleírást olvasva a büntetőjogászt meglehetősen ambivalens érzések kerítik hatalmukba. Mindenekelőtt hangsúlyozandó, hogy az adott ügyről jogi szempontból véleményt formálni felelősséggel legfeljebb az elvek szintjén lehet, jelen sorok szerzőjétől távol áll, hogy konkrét büntetőjogi felelősséget vessen

fel. Jogállami premisszákat feltételezve, maradjon ez a jogalkalmazók feladata. A perjogi bűnösség megállapítása amúgy is jórészt bizonyítási kérdés, a bizonyítás eredményessége pedig kizárólag az ártatlanság alkotmányos vélelmének tiszteletben tartásával, szigorú eljárási garanciák érvényesülése mellett elfogadható. További nehézséget jelent, hogy a hazai joggyakorlatban egyelőre még nem találhatunk hasonló ítéletet. A felvázolt cselekmények leírását ennek megfelelően nem bizonyítékként értékeljük, hanem olyan indíciúmként, amely egy káros társadalmi gyakorlatra utal, amelyben az egyéni autonómia és a betegjogok megengedhetetlenül háttérbe szorulnak. Másfelől viszont kétségtelen,

hogy az eljáró orvosokat emberiességi szempontok vezetik, és döntéseiket bizonytalan jogi környezetben, gyakran magukra utalva kell meghozniuk. Így a mi olvasatunkban nemcsak a betegek, hanem a gyógyítók is kárvallottjai a változt szokásrendnek.

Már előljáróban le kell szögeznünk, hogy – a tévhiteltől eltérően – nem a büntető igazságszolgáltatás feladata, hogy biztosítsa az életvégi döntéseknél is az emberi jogok érvényre jutását. A büntetőjog ultima ratio jellege miatt ugyanis nem jogviszonyokat szabályoz, hanem a legalapvetőbb individuális és kollektív érdekeket védi. Amikor azonban az emberi életről van szó – olyan értékről, amelynek kiemelkedő jelentőségét aligha lehetne vita tárgyává tenni –, akkor a büntetőjog szigora és súlya szükségszerűen követel helyet magának az értékelésben. Az életvégi döntések tárgykörébe eső cselekmények pedig közvetlenül az életet sérthetik vagy veszélyeztetik, az intézményes-állami életvédelem primer eszköze ezért a büntetőnorma. Az Emberi Jogok Európai Egyezményének 2. cikke – és a McCann-ügy óta a strasbourgi bíróság állandó joggyakorlata – értelmében a szerződő feleknek kiemelt kötelessége az élet védelme<sup>1</sup>. Nemcsak az állam és polgár közötti vertikális, hanem a horizontális viszonyokban is hatékony életvédelmet kell biztosítaniuk. Az Európai Emberi Jogi Bíróság a negatív parancson túl, amely az államtól az életjog vonatkozásában tartózkodást követel meg, pozitív kötelezettséget is ró a részes államokra, hogy azok az állampolgárok horizontális kapcsolataiban is akadályozzák meg – néhány kivételtől eltekintve – az élet kioltását<sup>2</sup>. A büntetőjogi életvédelem abszolút jellegének fenntartását a büntetőnorma szimbolikus jelentőségével, a büntetőjog demokratikus jogállamban betöltött szerepével is magyarázza a jogirodalom. A jogág azonban nem volt annyira szigorú, hogy ne engedett volna kivételeket az emberölés feltétlen büntetendőségének parancsa alól.

Az ismertetésben tárgyalt cselekményeket a jogi terminológiában korábban az „indirekt eutanázia” fogalma alatt foglaltuk össze, amikor a betegség végső stádiumában alkalmazott fájdalomterápia mellékhatásaként a páciens halálával kell számolnia a kezelőorvosnak. A német jogirodalom megjegyzi, hogy – noha a morfinszármazékok hatásmechanizmusa erősen vitatott – a kérdés egyre kevesebb gyakorlati jelentőséggel bír, mivel a korszerű fájdalomcsillapítás már nem jelent feltétlenül halálos kockázatot<sup>3</sup>. Ki kell ugyanis emelnünk, hogy amennyiben a fájdalomcsillapítás nem jár az élet tényleges megrövidítésével, testi épséget nem sért, az életet, testi épségét vagy egészséget köz-

vetlen veszélynek nem teszi ki, akkor nem kerül a büntetőjog érdeklődési körébe.

Újabb az úgynevezett terminális szedálás címszó alatt olvashatunk arról a gyakorlatról, amikor a terminális állapotú beteget megfelelő gyógyszerekkel öntudatlan állapotba helyezik. Az esetkör besorolása egyelőre kérdéses, egyesek pusztán a palliatív medicina standardját látják, mások titkolt „aktív eutanáziát” kiáltanak azzal, hogy itt nem a betegek megfelelő, emberies ellátásáról („comfort care”) van szó, hanem az ápolószemélyzet tehermentesítéséről („comfort for caregivers”)<sup>4</sup>.

Nizsalovszky ezt a konstellációt nem sorolta az életvégi döntések körébe, és utalt arra, hogy XII. Pius pápa egy orvoskongresszus résztvevőinek kihallgatásakor úgy nyilatkozott, hogy a fájdalom enyhítése morális szempontból akkor is megengedett, ha az a szenvedő életének megrövidítésével jár<sup>5</sup>.

A hazai jogirodalomban klasszikusnak számító Horváth tanulmánya szerint az orvos kétirányú kötelezettsége – tehát a fájdalom enyhítése és az élet megőrzése – valójában társadalmilag elismert, egyenrangú érdekek kollízióját fejezi ki. Az orvos ezért jogszerűen jár el, ha tudományos és etikai meggyőződése alapján, a végstádiumba jutott beteg esetében tevékenysége súlypontját a fájdalomcsillapításra helyezi, akkor is, ha tudatában van annak, hogy ez a beteg halálát siettet. Horváth egyúttal elveti az úgynevezett „kettős hatás” vagy „duplex effektus” tanát, amely a katolikus moráleteológiában<sup>6</sup> alakult ki<sup>7</sup>.

Ez az érvrendszer az orvos szándékának irányára tekintettel tekinti megengedettnek a fájdalomcsillapító szerek használatát: „Igen fontos megkülönböztetés: a kifejezetten, direkte szándékolt és a nem kifejezetten, mintegy csatoltan, indirekte szándékolt cselekvés, amely különösen a kettős hatású emberi tevékenység helyzetében, a kényes dilemmaszituációkban segít megoldani a nehezen kibogozható eseteket.”<sup>8</sup>

Az eredményközpontú büntetőjogi gondolkodás azonban nem fogadja el a fenti szándék-etikai megkülönböztetést, és azt vizsgálja, hogy az orvos tevékenysége okozati összefüggésben áll-e a beteg halálával. Azokat az oksági folyamatban közrejátszó körülményeket, amelyek siettetik, elősegítik az eredmény bekövetkezését, de az oksági folyamatban alapvető jelentőségük nincsen, az okozati összefüggést meg nem szakító, közreható okoknak (concausa) nevezzük. Az okozati kapcsolat távoli vagy közeli jellege pedig a bűncselekmény minősítése szempontjából közömbös, csak a büntetés kiszabásánál értékelhető. A hazai bí-

---

*Feloldható-e az emberi élet abszolút büntetőjogi védelme a halál közelében, a haldoklás sajátos állapotában?*

---

rói gyakorlat egységes abban a kérdésben<sup>9</sup>, hogy amennyiben az elkövető magatartása tényállásszerű – márpedig jelen esetben az injekció beadása az lehet –, akkor az adott cselekmény és az eredmény között az okozati összefüggés is fennáll, függetlenül attól, hogy az elkövető által megindított okfolyamatban más körülmények (például maga a betegség) is közrehatottak<sup>10</sup>. Ennek alapján az elterjedt argumentáció sem lenne elfogadható az orvos javára, hogy az injekció „csak siettette” az alapbetegség miatt biztosan bekövetkező halált.

Fontos továbbá rámutatni, hogy az eseteírás cselekményeinél – az alanyi oldal sajátosságai miatt – naivítás lenne „orvosi műhibáról” beszélni, és a minősítést a foglalkozás körében elkövetett veszélyeztetés (Btk. 171. §) körébe vonni. Az életet megrövidítő terminális szedálás nem írható le szándékos veszélyeztetési cselekményként, hiszen ez utóbbinak annak éppen az lenne a jellegzetessége, hogy az elkövető szándéka – a limitált veszélyeztetés tanának megfelelően – kizárólag a közvetlen veszélyhelyzet előidézésre terjedhet ki, de semmiképpen sem a halál előidézésére<sup>11</sup>. Azonban, ha az orvos intenciója, akár eshetőleges szándékkal, de kiterjed a halál bekövetkeztére, vagyis belenyugszik abba, hogy az injekció következtében a beteg meghalhat, úgy szándékos emberölés merül fel! Amennyiben a leírásból megismerhető, akkor az orvosok célja pedig éppen az volt, hogy a pácienseket, ugyan emberességi indokkal, de átsegítsék a túlvilágra.

Érdemes röviden áttekinteni a magyar büntetőjogi gondolkodásra döntő befolyást gyakorló német gyakorlatot. A BGH<sup>12</sup> 1996-os állásfoglalása értelmében:

„(...) az orvosilag indikált, a haldokló kifejezett vagy feltételezhető kívánalmának megfelelő fájdalomcsillapítás akkor sem jogellenes, ha az – elkerülhetetlen, számításba vett, de nem szándékolt következményként – a halál bekövetkeztét siettetheti”<sup>13</sup>. Az elméletben jelenleg meghatározó megközelítés szerint az ilyen kezelés ugyan formálisan kimeríti a kívánságra ölés tényállását, azonban a büntetendőséget kizárja az a körülmény<sup>14</sup>, hogy a méltósággal megélt, de rövidebb élet értékesebb jogi tárgyat jelenthet, mint a néhány nappal meghosszabbított kínszenvedés.

Ezért a haldoklás folyamatában egymásnak feszülő társadalmi érdekek – egyrészt az életvédelem, másrészt a fájdalom nélküli létezés – kollíziója esetében a büntetőjognak a német büntetőkódex 34. §-a<sup>15</sup> alapján az orvos büntetlenségével kell honorálnia a beteg döntését<sup>16</sup>.

Nagyon lényeges kiemelni, hogy a külföldi példa is alapvető követelményként állítja a be-

teg akaratát. Minden más feltételről eleve csak a beteg vagy a helyettes döntéshozó beleegyezésének beszerzése után beszélhetünk. Magától értetődő, hogy az esetben szereplő orvosok nem is próbálták megismerni a betegek kívánóságát, paternalisztikus módon döntöttek sorukról. Véleményünk szerint ez az a mozzanat, amely a legtöbb problémát felveti.

Változatlanul vitás kérdéseket vet fel azonban az terminális szedálás megengedhetőségének idődimenziója, hiszen – különösen daganatos megbetegedéseknél – már jóval a haldoklás előtt elviselhetetlen kínok léphetnek fel. *Roxin*<sup>17</sup> álláspontja szerint ezekben az esetekben – hasonlóan a nem kifejezett testi fájdalommal, hanem más türhetetlen szenvedéssel, légszomjjal járó állapotokhoz – nem tagadhatjuk meg a hatékony fájdalomcsillapítást, amennyiben a páciens tájékoztatott a lehetséges kockázatokról. Más vélemények értelmében viszont a fájdalomcsillapítás nem más, mint az aktív eutanázia „trójai falova”.

A terminális szedálás megítélésénél gyakran merül fel a megengedett kockázat kérdésköre is.

A jogi és orvosi szakirodalomban az orvosi tevékenység kockázatán a beteg életének, egészségének vagy testi épségének a gyógyítás érdekében tudatosan előidézett olyan előre látható veszélyét és esetleges hátrányos változását értik, amellyel az adott gyógybeavatkozás az orvosi foglalkozás szabályainak megtartása mellett járhat<sup>18</sup>.

*Erdődy* monográfiájában azt is kifejti, hogy a büntetőjog megengedi a beteg életének, egészségének kockáztatását, és a kockáztatás esetleges sikertelensége esetén sem támaszt büntetőjogi felelősséget az orvossal szemben, ha a kockázatvállalás az orvosi foglalkozás szabályainak körében, a szabályok megszegése nélkül történt, és hátrányos következményei még gondatlanság címen sem róhatók az orvos terhére. A megengedett kockázatot a hazai jogirodalom – hasonlóan a német büntetőjog-tudomány álláspontjához – attól kezdve, hogy az egyes deliktumokban pozitív elemként jelenik meg a foglalkozási szabályszegés, már csak kivételesen fogadja el önálló büntetendőséget kizáró okként, és a tényállásszerűség problémájába integrálja. *Erdődy* az orvosi tevékenység megengedett kockázatának jellegzetességeit egyrészt a kockázat sajátos tárgyában – az emberi életben és testi épségében – az orvos és a beteg egybehangzó akaratelhatározásában, valamint abban foglalja össze, hogy a gyógyítási kockázattal előidézett veszélyfolyamat és a nem kívánt következmény maximuma előre meghatározható. Ebből adódik a megengedtség feltételét képező arányosítás lehetősége, amely abban áll, hogy az orvos döntésének kiala-

kításánál összeveti a tevékenysége elmaradásának esetében beálló kedvezőtlen változás valószínűségét a beavatkozás sikertelenségének valószínűségével, majd ennek fényében meghatározza azt a gyógymódot, amely előreláthatólag nem idéz elő nagyobb érdeksérelmet, mint a gyógykezelés elmaradásával járó egészségkárosodás<sup>19</sup>.

Ez az elv, ami adott esetben helytálló lehet a kuratív ellátásoknál, véleményünk szerint kevésbé értelmezhető a palliatív medicina esetében. A hamarosan bekövetkező halál közelében aligha van értelme arányosítani az effektív fájdalomcsillapítással járó rizikót.

Álláspontunk szerint a terminális fájdalomcsillapítás a kockázat-beleegyezés<sup>20</sup> sajátos eseteként kezelendő, amelynél a veszély nem tényállási elem, viszont az adott cselekmény rizikóval jár. A kockázat-beleegyezés azonban csak a rizikó egy bizonyos mértékére vonatkozhat, egy határon túl ugyanis már nem akceptálhatja a jogrend a sértett akaratát, mert a kockázatvállalás már nem igazolható megfelelő társadalmi hasznossággal. A probléma tehát változatlanul az marad, hogy szembeállítható-e az emberi élettel más érték, jelen esetben a fájdalom nélküli létezés, ami legitimálhatná e különleges jogi tárgy veszélyeztetését<sup>21</sup>.

Ebben a szemléletben, amennyiben a fájdalomcsillapítás valóban az élet megrövidítésének reális kockázatával jár, álláspontunk szerint dogmatikai szempontból nem posztulálható lényeges különbség az „aktív” és az „indirekt” eutanázia között. A két válfajt valójában kizárólag az idődimenzió különíti el egymástól, tehát a kérdés úgy tehető fel helyesen, hogy feloldható-e az emberi élet abszolút büntetőjogi védelme a halál közelében, a haldoklás sajátos állapotában?

Mindennek fényében azt a tézist állítjuk fel, hogy a büntetőjogi megítélés szempontjából nem tartható az a bioetikai irodalomban általánosan elterjedt feltételezés, amely éles határvonalat húz az büntetendő „aktív eutanázia” és a büntetlen „terminális szedálás” fogalma közé. Amennyiben az élet megrövidítésével jár, mindkét forma tényállásszerű emberölési cselekmény. Ennek megfelelően, ha garanciális jelleggel akarjuk biztosítani a terminális szedálást végző orvos büntetlenségét, akkor Magyarországon a jogalkotónak kell lépnie.

Erre láthatunk példát a német jogirodalomban. A német, osztrák és svájci jogtanárok közreműködésével kidolgozott legutóbbi javaslat, az Alternativ-Entwurf-Leben (AE-Leben) az élet elleni bűncselekmények rendszerének átfogó reformjával párhuzamosan kívánja rendezni a fájdalomcsillapítás dilemmáit<sup>22</sup>.

Az AE-Leben 214a §-a következő törvényszöveggel kívánja bővíteni önálló szakaszként a büntetőkódexet: „Az orvos nem cselekszik jogellenesen, ha a halálos beteg kifejezett beleegyezése, érvényes írásbeli rendelkezése vagy feltételezett beleegyezése mellett, az orvostudomány szabályainak megfelelően, másképpen nem leküzdhető szenvedéssel járó állapotok megszüntetésére olyan kezeléseket végez, amelyek el nem kerülhető és nem szándékolt mellékhatásként a halál beálltát siettetik.”

A „nem cselekszik jogellenesen” fordulat arra utal, hogy a javaslattevők az emberölés tényállásának változatlanul hagyása mellett, a jogellenesség szintjén kívánják kizárni az orvos büntetendőségét. A kódex Különös Részében megfogalmazandó büntethetőségi akadály így az elkövető orvosi kvalifikációjára, a passzív alany sajátos helyzetére, tehát a haldoklás állapotára, valamint a sértett beleegyezésére, a szakmai szabályok betartására, és szenvedések súlyosságára helyezi a hangsúlyt. Ezen feltételek együttes fennállása esetén, normatani szempontból sajátos engedélyként, maga a büntetőtörvény teremtene kivételt az emberölés általános tilalma alól.

A jelenleg hatályos magyar büntetőkódex alapján, annak hangsúlyozása mellett, hogy az élet megrövidítésével járó terminális szedálás minden esetben tényállásszerű, a magunk részéről a leginkább elfogadható érvelési utat a végszükségi szabályokra való hivatkozásban látjuk. Ahogy láttuk, mind Horváth érvelésében, mind a német jogirodalomban a végszükségi helyzetre jellemző érdekösszemérés érhető tetten. Hangsúlyozni kívánjuk azonban, hogy a végszükség szabályai az élet végén hozott orvosi döntések területén nem definiálhatják a cselekvési lehetőségeket vagy köteleességeket, hanem pusztán a büntetőjogi felelősség alóli esetleges mentesülésre adnak lehetőséget<sup>23</sup>.

Társadalmilag ugyanis elfogadhatatlan következményekkel járna, ha az effektív fájdalomcsillapításnál az orvos csak egy kivételes és ezáltal bizonytalan büntethetőségi akadályra hivatkozhatna, amely az emberölés tényállásával a szabály-kivétel viszonyban áll. Ez azt jelentené, hogy az orvosoknak továbbra is büntetőjogi fenyegetettséggel kell számolniuk, és adott esetben több évig tartó procedúra után lehetne csak felmentésüket kimondani, a bírósági döntések minden kockázata mellett. Nyilvánvaló, hogy nem ez a fejlődés útja.

Még egyszer: a terminális szedálás fogalmába vonható cselekmények jogbiztonságot teremtő szabályozásához hazánkban jogalkotói aktusra lenne szükség.

*A liberalizáció irányába mutató európai jogalkotási folyamatok közös jellemzője ugyanis az élet végén hozott orvosi döntések proceduralizálása.*

Az egyik elképzelhető mód az lehetne, ha a hatályos holland kódex vagy a német tervezetek mintájára maga a Büntető Törvénykönyv vezetne be a Különös Részben új büntetési akadályt.

Tekintettel azonban arra, hogy az egészségügy tevékenységét Magyarországon jellemzően ágazati normák szabályozzák, célszerűbb lenne a fájdalomcsillapítással kapcsolatos orvosi jogosítványokat az egészségügyi törvényben pontosan meghatározni, a megfelelő eljárási renddel együtt. A liberalizáció irányába mutató európai jogalkotási folyamatok közös jellemzője ugyanis az élet végén hozott orvosi döntések proceduralizálása. A empirikus hatásvizsgálatok azt mutatják, hogy az e körbe eső cselekmények büntetőeljárásra jellemző

retrospekív, utólagos (after-the-fact) felülvizsgálata helyett jóval eredményesebb lehet az előzetes (before-the-fact) társadalmi kontroll<sup>24</sup>. Az így megteremtendő jogi rezsím hazánkban, büntetőjogi szempontból, a büntetendőséget megnyugtatóan kizáró jogszabályi engedélyként funkcionálhatna. Mindez elsősorban a terminális szedálást végző orvosok érdekében állna, hiszen a jelenleg hatályos jogi helyzet alapján súlyos jogi kockázatokkal kell szembenézniük. Az új szabályozás kiindulópontja viszont csak és kizárólag a beteg akaratára lehet.

—  
A szerző büntetőjogász, az ELTE ÁJK Büntetőjogi Tanszék egyetemi adjunktusa.

## Jegyzetek

1. McCann, Others v. United Kingdom, 18984/891, Judgment of September 1995. 4/82, Decision of 10 July 1984. Vö. Frowein JA, Peukert W.: Europäische Menschenrechtskonvention – EMRK-Kommentar.. 2. Auflage. Kehl 1996. 41. p.
2. Pretty v. United Kingdom, 2346/02, Judgement of 29 April 2002.
3. Roxin C. Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe. In: Roxin C, Schroth U (szerk.). Medizinstrafrecht. München: 2001. p. 99.
4. Rothärme S. Terminale Sedierung aus juristischer Sicht. Ethik in der Medizin 2004;16:349-357.
5. Noldinus: Summa Theologiae-Moralis. Editio XXXIV. 1962. I. kötet 83. o. Idézi Nizsalovszky E.: A szerv- és szövetátültetések joga. Budapest: 1970. p. 52.
6. Hámori A. Életvédelem a katolikus egyház jogrendjében világi jogi összehasonlítással. Budapest: 2006. p. 229.
7. Horváth T. Az élethez való jog. Különnyomat. Budapest: 1995. p. 14.
8. Boda. A keresztény erkölcs alapkérdései. Erkölcssteológia I. 54. o. Idézi Hámori 2006. p. 125.
9. Legf. Bír. Bfv. II. 1124/2004. sz.; BH 1982/179.
10. Ennek megfelelően megállapítható az emberlés kísérlete abban az esetben is, amikor az elkövető olyan körülményeket biztosít, amelyek egyéb feltételeknél fogva, vagy a sértett magatartásával együtt vezetnek az eredmény beálltához. Ilyen például a mérgezett folyadék tetszerű elhelyezése emberlés céljából (BJD 997.).
11. Györgyi K, Wiener A.I. A Büntető Törvénykönyv magyarázata. Különös Rész. Budapest: 1996. p. 348.
12. Bundesgerichtshof (Német Szövetségi Legfelsőbb Bíróság).
13. BGHSt 42, 305.
14. Roxin, 2001.
15. A jogelleneséget kizáró végszükség (StGB 34. §) fogalma – a német jogban – sajátos mérlegelést követel meg a norma címzettjétől, amelynek eredményeként a veszélyt elhárító tett által védett érdeknek a jogi tárgy sérelméről nagyobb súllyal kell latba esnie.
16. Kutzer K. Strafrechtliche Grenzen der Sterbehilfe. NSTZ, 1994. 110. p.
17. Roxin 2001. p. 96.
18. Erdősy E. A megengedett kockázat a büntetőjogban. Budapest: 1988. p. 95.
19. Erdősy, 1988. p. 95.
20. Risikoeinwilligung.
21. Kühl K. Strafrecht, Allgemeiner Teil. 4. Auflage. München: 2002. § 9 Rn. 29.
22. Alternativ-Entwurf-Leben (AE-Leben). Entwurf eines Arbeitskreises deutscher, österreichischer und schweizerischer Strafrechtslehrer (Arbeitskreis AE). 193. p.
23. Koch M. Die aufgedrängte Hilfe im Strafrecht. Aachen: 2003. p. 151.
24. Griffiths J, Weyers H, Adams M. Euthanasie and Law in Europe. Oxford–Portland: 2008. 195. p.