Dr. Kovács József

A modern orvosi etika alapjai

Bevezetés a bioetikába

Igazságosság az egészségügyben
Szervátültetés
Ritka orvosi eszközök elosztása
Abortus
Etikai elméletek
A gyógyíthatatlan beteg felvilágosítása
Emberkísérletek
Egészség és betegség
Az állatkísérletek etikai kérdései
Az állatok jogai
Öngyilkosság
A betegek jogai
„Tájékozott beleegyezés”
Eutanázia
Az élő végrendelet

MEDICINA

Dr. Kovács József

A modern orvosi etika alapjai

Bevezetés a bioetikába

Második, átdolgozott kiadás

Medicina Könyvkiadó Rt. • Budapest, 2006

Tartalom

Előszó 15
Előszó a második kiadáshoz 19
Bevezetés 21

1. Alapfogalmak 27
Az etika részei 27
A normatív etika részei 29
A bioetika 29
Az erkölcs és a jog kapcsolata 30
Az erkölcsi érvelés jellemzői 35
Az etikai viták során előforduló néhány gyakoribb érvelési hiba 36
Az erkölcsi vitákat kísérő egyet nem értés néhány oka 40
Abszolutista és plurális erkölcsi rendszerek 41
A bioetika szerepe a plurális társadalomban 42

2. Normatív etikai elméletek I. (Deontológiai és konzekvencionalista etikai rendszerek) 45
A deontológiai etikai rendszerek általános jellemzői 45
A kettős hatás elve 48
A deontológiai etikai elméletekkel szemben megfogalmazott kritikák 55
Ross kvázi-deontológiai elmélete 55
Konzekvencionalista (teleológiai) etikai elméletek 58
A konzekvencionalista értékelmélet 59
Az utilitarizmus 60
Tett- és szabály-utilitarizmus 61
Érvek és ellenérvek az utilitarizmus mindkét formájával kapcsolatban 66
Az utilitarizmus értékelése 68
Összefoglaló megjegyzések 68

3. Normatív etikai elméletek II. (Természetjogi elméletek, a kanti etika, szerződéselméletek, erényetikák, az emberi jogok nyelve) 73
A természetjogi, a természeti törvényre hivatkozó etikai elméletek 73
A kanti etika 76
Az univerzalizáció elve 76

Az univerzalizáció elve kanti megfogalmazásának problémái 78
Az univerzalizációs elv módosított változata 79
A kanti kategorikus imperatívusz másik megfogalmazása: az ember mint öncél 81
Az aranyszabály elve és a kanti etika 83
A társadalmi szerződés elméletei 84
A HOBBES típusú szerződéselméletek 84
A KANT típusú szerződéselméletek 85
JOHN RAWLS igazságosságelmélete 86
Erényetikák, szituációs etikák, agapizmus 89
Jogokra hivatkozó érvelések 90

4. *Az orvosetika alapelvei* 99
Az autonómia tiszteletének az elve 99
A „Ne árts!" elve 101
A jótékonyság elve 103
Az igazságosság elve 106
Konfliktusok és dilemmák az orvosetika alapelvei között 107

5. *Az egészség és a betegség fogalma* 111
Naturalista egészségdefiníciók 112
Az egészség meghatározásának orvosi modellje 112
Normativista egészségdefiníciók 120
Következtetések 124

6. *Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés" elve a modern orvosi etikában* 127
Az egyszerű beleegyezés 127
A tájékozott beleegyezés 128
A tájékozott beleegyezés doktrínájának kialakulása 128
A tájékozott beleegyezés fogalma 130
A betegek felvilágosításának standardjai 131
A beteg felvilágosítása egy tervezett diagnosztikus vagy terápiás beavatkozás előtt 132
Mikor nem szükséges a betegtől tájékozott beleegyezést kérni 135
A cselekvőképesség megállapításának elvei 137
Cselekvőképtelen beteg kezelésekor követendő eljárások 139
A kezelés visszautasításának joga 140
Viták a tájékozott beleegyezéssel kapcsolatban 142

A tájékozott beleegyezés doktrína néhány pszichológiai és kommunikációs aspektusa 145
A bizonytalanság szerepe az orvosi kommunikációban 147
Néhány gyakorlati megfontolás a tájékozott beleegyezéssel kapcsolatban 150
A tájékozott beleegyezés elvének érvényesülése Magyarországon 152

7. Igazságosság az egészségügyben I.
Az egészségügyi makroallokáció orvosetikai kérdései 157
Az igazságosság felfogása a tradicionális orvosi etikában 158
A modern egészségügy kialakulása 158
Az egészségügyi költségrobbanás 159
Az egészségügy szerepe az egyén egészségének fenntartásában 164
Az egyéni felelősség kérdése az egészség fenntartásában 167
A sorolás etikai elvei és gyakorlata a mai egészségügyi rendszerekben 170
A puha sorolás 172
A kemény sorolás 177
Érvek és ellenérvek a sorolás nyilvánosságával kapcsolatban 179
Az egészségügyi közgazdaságtan és az orvosi etika 181
Statisztikai életek megmentése vagy személyesen ismert életek megmentése 185
A költség–haszon elemzés etikai kérdései 187
Az élet anyagi értékének meghatározására szolgáló közgazdasági módszerek 189
A költség–hatékonyság elemzés etikai kérdései 191
A QALY 191
Az egészségügyi ellátáshoz való jog problémája 199
Libertariánus („laissez faire”) felfogás 200
Szocialista (egalitariánus) felfogás 201
Liberális felfogás 202
Az egészségügyhöz való jogról folytatott viták összefoglalása 203
Szabadpiaci versus közfinanszírozású egészségügyi ellátás 204
Az egészségügy szabadpiaci rendszere 205
Ellenérvek az egészségügyi szolgáltatások piaci elosztásával kapcsolatban 206
Hogyan lehetne az egészségügy területén piaci viszonyokat teremteni 209
A közfinanszírozású egészségügyi ellátás 211
A közfinanszírozású egészségügyi rendszer problémái 212
Az orvosi tevékenység finanszírozásának módja 212

Kísérletek egy igazságos egészségügyi rendszer definiálására 216
Mit biztosíthat a magánegészségügy? 218
Az oregoni kísérlet az egészségügyi prioritások nyilvános megfogalmazására 221

8. Igazságosság az egészségügyben II.
Az egészségügyi mikroallokáció orvosetikai kérdései
(az életmentő, ritka, általánosan nem elérhető eszközök, gyógyszerek, eljárások elosztásának etikai problémái) 241
A szelekciót elutasító érvelések 243
Szelekciós szempontok 246
A kezelés orvosi haszna 246
Közvetlen életveszély 248
A kezelés sikerességének valószínűsége mint kritérium 250
A megmenthető életévek száma mint kritérium 251
A megmentett beteg várható életminősége 253
A beteg pszichológiai stabilitása mint kritérium 255
A beteget támogató környezet megléte mint kritérium 257
A társadalmi hasznosság 259
A területi elv 261
A szükséges alkalmazási idő mint kritérium 262
Nélkülözhetetlenség más emberek életének megmentése, jóllétének biztosítása szempontjából 263
Az egyén morális felelőssége betegségéért mint kritérium 266
A fizetőképesség mint kritérium 269
A véletlenszerű kiválasztás módszere (sorsolás) 272
Az életkor mint kritérium 275
A betegek kiválasztásának szempontjai kísérleti terápia esetén 283
Összefoglalás 284
A betegek kiválasztásának módszere a ritka, életmentő eszközökkel való kezelés szempontjából 286
A betegkiválasztás eljárási feltételei 287

9. A művi abortus etikai kérdései 293
Néhány gyakoribb érvelési hiba az abortus kapcsán 294
Az abortus és a fogamzásgátlás megítélésének története 295
A mai álláspontok 302
Közös ellenérvek a konzervatív és a liberális állásponttal szemben 303
A mai álláspontok közötti viták 305
A konzervatív álláspont és kritikája 305
A liberális álláspont és kritikája 309

Az élve születés mint kritérium: a nők önrendelkezési jogán alapuló érvelés 312
A mérsékelt álláspontok 320
Az egész-agyhalál koncepció 324
Az agyszületés koncepciója az abortus kapcsán 330
Indokolható abortuspolitika a corticalis agyszületés koncepció alapján 335
Néhány következtetés 335
Egy elméletileg is indokolható abortuspolitika elvi alapjai a mérsékelt álláspont egy lehetséges formája alapján 336
Egy elvileg indokolható abortuspolitika összefoglalása egy mérsékelt álláspont alapján 340
Az anya szabadságára leselkedő veszélyek a 10 hetesnél idősebb magzat morális státusának az elfogadásakor 341
Epilógus 342

10. A gyógyíthatatlan, rossz kórjóslatú betegek felvilágosításának etikai kérdései 349
Az orvos tájékoztatási kötelességének történelmi előzményei 349
Mennyit akarnak tudni a betegek, s általában mennyit mondanak meg az orvosok 350
Érvek a jótékony hazugság mellett 351
Érvek a kegyes hazugság ellen 352
A kegyes hazugság melletti érvek gyengeségei 358
Miért olyan elterjedt a kegyes hazugság gyakorlata a medicinában? 360
Néhány következtetés 362
A haldoklási folyamat 363
A gyógyíthatatlan beteget felvilágosításának módja 365
Néhány gyakori dilemma 368
Kapcsolat a hozzátartozókkal a beteg halála után 371

11. Az öngyilkosság etikai kérdései 375
Az öngyilkosság megítélésének története 375
Az öngyilkosság fogalma 381
Az öngyilkosság erkölcsi megítélésével kapcsolatos két nagy tradíció 386
Az öngyilkossággal kapcsolatos érvek és ellenérvek 387
Érvek az öngyilkosság mellett 387
Érvek az öngyilkosság ellen 388
A libertariánus felfogás 389
Mikor racionális az öngyilkosság a libertariánus nézet szerint 390
Az öngyilkosság és a jog 390

12. Az eutanázia 395
A probléma 395
Az eutanáziakérdés előtérbe kerülésének okai 399
Az élet szentségének a doktrínája és az életminőség elve 401
Az eutanázia definíciója 403
Az aktív és a passzív eutanázia 405
RACHELS érvelése 406
A negatív felelősség elve s ennek kritikája 408
Gyakori, de hibás érvek az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetése mellett 411
Direkt és indirekt eutanázia 414
Releváns érvek az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetése mellett 415
Érvek az aktív eutanázia mellett 418
Érvek az aktív eutanázia ellen 420
Konklúziók az aktív és a passzív eutanázia megengedhetőségéről folytatott vitában 423
A holland eutanáziagyakorlat 424
A Remmelink-jelentés 426
A holland eutanáziagyakorlat értékelése 428
A holland tapasztalatok általánosíthatósága 429
A passzív eutanázia (életmentő, illetve életfenntartó orvosi kezelésről való lemondás) 430
Életfenntartó orvosi kezelés visszautasítása kompetens beteg által 431
Életfenntaró kezelés visszautasítása inkompetens beteg által 433
A living will (élő végrendelet) 434
Orvosi eljárás, ha a terminális állapotú betegnek nincs élő végrendelete 438
Ki dönthet inkompetens beteg helyett 439
Van-e különbség egy kezelés abbahagyása és el nem kezdése között 441
Mely kezelések alkalmazásától lehet eltekinteni 441
Megszüntethető-e a beteg mesterséges táplálása és a folyadékpótlása 444
Az orvosilag haszontalan kezelés fogalma 445
Az 1998. július 1-je előtti magyar jogi szabályozás és a gyakorlat az eutanáziával kapcsolatban 446
Az 1997. évi CLIV. törvény szabályozása az életmentő vagy életfenntartó beavatkozások visszautasításáról 449

A súlyos fejlődési rendellenességgel világra jött újszülöttek kezelésének etikai problémái 450
A probléma 450
A spina bifidás újszülöttek kezeléséről folytatott vita 451
A Baby Doe-eset 454
A jogi szituáció 456
A súlyosan fogyatékos újszülöttek kezelésével kapcsolatos viták 456
Néhány konklúzió 459

13. A szerv- és szövettranszplantáció etikai kérdései 467
A szervátültetés jelentősége és lehetőségei 467
A veseátültetés és a krónikus haemodialysis igazságossági problémái 469
Az élőből való szervkivétel etikai kérdései 471
A halál fogalma 478
A holttestből való szervkivétel etikai kérdései 482
A transzplantációs koordinátori hálózat 492
A szervek pénzért való árusításáról folyó vita 494
Az embryonalis és a magzati szövetek felhasználásának etikai kérdései 501
Az anencephal újszülöttek szervdonorként való felhasználásának kérdése 504

14. Az állatkísérletek és az állatokkal való bánásmód etikai kérdései 511
Az állatokkal való bánásmód néhány fontosabb ténye 512
Az állatok erkölcsi státusáról való gondolkodás története 514
A ma uralkodó álláspont 516
A darwini természetfelfogás filozófiai jelentősége 517
PETER SINGER felfogása: az antiszpécieszizmus 521
Érvek és ellenérvek a szpécieszizmussal kapcsolatban 526
A singeri álláspont végkövetkeztetései 530
SINGER gyakorlati következtetései 531
Érvek és ellenérvek a vegetarianizmussal és az állatvédelemmel kapcsolatban 533
SINGER álláspontjának kritikája 535
Az állatok jogai: TOM REGAN érvelése 537
Következtetések 538
Az állatkísérletek etikai problémái mérsékelten állatvédő álláspont alapján 538
A kritikus antropomorfizmus 539
Az állati szenvedés fogalma 540
Az állatkísérletek erkölcsi megítélésének szempontjai 541
Az állatkísérletek tudományos értékéről folytatott viták 543
Az állatkísérletek alternatívái 546

Az állatkísérletek szabályozásának jogi, intézményes és gyakorlati kérdései 549
Záró megjegyzések 552

15. Az emberkísérletek etikai kérdései 557
A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletek jellemzői 557
A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlettel kapcsolatos általános etikai dilemmák 559
Mikor szabad egy randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet elkezdeni 561
Meddig szabad egy randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet folytatni, illetve mikor kell abbahagyni 564
A randomizáció erkölcsi elfogadhatóságának a kérdése 568
A kísérleti alanyok tájékoztatásának a kérdése 569
A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletek típusai és etikai értékelésük 570

16. A betegek jogai 575
Miért van szükség a betegek jogainak a megfogalmazására 576
A betegjogi megközelítés szerepe a paternalisztikus orvos–beteg viszony átalakításában 579
Újabb tendenciák 580
Az általános betegjogok megfogalmazásának előnyei 580
Fenntartások a betegjogi megközelítéssel szemben 581
Betegjogok 583
A megfelelő szintű egészségügyi ellátáshoz való jog 583
A beteg joga emberi méltóságának tiszteletben tartásához 584
A tájékozott beleegyezés joga 585
Az orvosi feljegyzésekhez való hozzáférés joga 591
Az orvosi titoktartáshoz és a magánszférához való jog 592
Mikor kötelező az orvos számára a titoktartás megszegése 594
Kivételek az orvosi titoktartás alól 595
Speciális betegcsoportok jogai 596
A betegjogok érvényesítése 600
Konklúziók 606

Függelék 613
1. A hippokratészi eskü 613
2. A genfi deklaráció 614
3. Az orvosi etika nemzetközi kódexe 615
4. A helsinki deklaráció 617
5. Emberen való orvosbiológiai kutatások nemzetközi irányelvei 622
6. Az állatokon végzett orvosbiológiai kutatás nemzetközi irányelvei 629

Név- és tárgymutató 631

Előszó

Külföldön kb. 20–25 éve az alkalmazott etikának egy új ága született, melyet egyre gyakrabban neveznek bioetikának. A bioetika zömmel a modern orvoslás által felvetett erkölcsi kérdésekkel foglalkozik, így sok országban inkább a hagyományosabb orvosi etika elnevezést használják a megjelölésére. A két diszciplína tematika tekintetében jórészt átfedi egymást, s a bioetika szó az utóbbi két évtizedben az orvosetikai problémák vizsgálatakor egyre inkább előtérbe kerülő filozófiai etikai megközelítést hivatott hangsúlyozni.

Ma már az orvoslással kapcsolatos etikai problémák egyre nagyobb közérdeklődésre tartanak számot mindenütt a világon. A sajtó, a rádió, a televízió előszeretettel foglalkozik ilyen kérdésekkel, s megfelelő tudományos infrastruktúra is kialakult e problémák vizsgálatára. Nemzetközi tudományos társaságok, kongresszusok, a bioetikai kutatások elősegítésére létrehozott intézetek, folyóiratok s természetesen egyre nagyobb számú tudományos könyv és egyéb publikáció jelzi a bioetika növekvő szerepét a nemzetközi tudományos életben.

Ennek a könyvnek az a célja, hogy bemutassa a ma már rendkívül intenzív bioetikai kutatások és viták főbb területeit. E munka megírásakor a szerzőnek több nehézséggel kellett szembenéznie. Az egyik legnagyobb kétségtelenül a tárgy multidiszciplináris jellege volt, mely nagyon sokféle határtudomány eredményeinek figyelembevételét tette szükségessé. A szerző végzettségére nézve orvos és filozófus, így elsősorban a bioetika e két aspektusát tárgyalja behatóbban, igyekezve azonban – ahol ez szükséges – a megfelelő jogi, teológiai stb. szempontokat is ismertetni az egyes kérdések tárgyalásakor. Különösen nagy probléma volt a bioetika és a hazai jogrendszer közötti eltérések világos kimutatása. Bár az etika és a jog két külön diszciplína, a kettő közötti kapcsolat nyilvánvaló. Ez azonban a bioetika esetén nehézséget jelent, hiszen az angolszász szakirodalom jogi utalásai az angol-amerikai jogra vonatkoznak, mely azonban még rendszerét tekintve is – lévén precedens-jog – jelentősen eltér a hazai, ún. kontinentális jogrendszertől. Ezért az etikai problémák, viták, megoldások tárgyalásakor igyekeztem utalni arra is, hogy elveiben azonos-e ezzel a hazai jogi szabályozás vagy sem.

A könyv azzal a szándékkal íródott, hogy részletes, az egyes problémákat mélységükben bemutató tankönyvként szolgálhasson a felsőoktatásban, ill. a továbbképzésben. Mivel orvosetikai-bioetikai problémák több szakterületen is felmerülnek (pl. orvostudomány, jog, filozófia, teológia stb.), így haszonnal forgathatja mindenki, aki az említett területek valamelyikén a felsőoktatásban vagy valamilyen

továbbképzésben vesz részt. Ugyanakkor – éppen a terület interdiszciplináris jellege miatt – arra törekedtem, hogy minél kevesebb olyan szakkifejezést használjak, mely csak egy adott szakma számára érthető, vagy melynek megértéséhez speciális előismeretek szükségesek. Így a könyv reményeim szerint használható segítség lesz mindenki számára, akit a modern kor orvosetikai-bioetikai problémái érdekelnek. Az egyes fejezetek önállóan is használhatók, ezért lehetőséget biztosítanak arra, hogy az egyes kurzusok – saját igényeiknek, specifikus célkitűzéseiknek megfelelően – csak a könyv egyes részeit, fejezeteit dolgozzák fel.

Egy ilyen könyv megírása nem lehetséges mások segítsége nélkül. Mindenekelőtt köszönettel tartozom a *Soros Alapítványnak,* melynek a keretei között működő Open Society Institute jelentős támogatást nyújtott e könyv megírásához. (Research Support Scheme, No:154/93). A könyv megírásának egy szakaszában „A bioetika aktuális problémái Magyarországon" c. OTKA kutatási project (Nyilvántartási szám: T-O13712) résztémájaként szintén kutatási támogatásban részesültem. Köszönettel tartozom a *Conanima Foundationnak*, melynek ösztöndíjával korábban hosszabb időt tölthettem az amerikai Hastings Centerben, illetve az angliai Centre for the Study of Philosophy and Health Care-ben (Swansea, Wales) a bioetika tanulmányozásával. Jelentős segítséget adott az amerikai *Patricia Kendall Donation*, valamint az angol *Nuffield Foundation* is, olyan korszerű bioetikai alapkönyvtár létrehozását tették lehetővé Magyarországon, mely a hazai kutatómunka eredményes folytatásának nélkülözhetetlen bázisa lett.

A könyv kéziratának korábbi változatait – egyes részleteit vagy egészét – sokan olvasták át és segítették tanácsaikkal. Tanácsaikért, kommentárjaikért a következőknek tartozom köszönettel: *Ádám György, Bánki Dezső, Blasszauer Béla, Csapody Tamás, Dósa Ágnes, Fehérvári Katalin, Ferencz Antal, Forgács Iván, Frenkl Róbert, Fridli Judit, Gabulya Zoltán, Gaizler Gyula, Munkné Hegedűs Katalin, Jenei Ilona, Kazai Anita, Kis János, Kolozsi Béla, Kopp Mária, Lőrincz Jenő, Matkó Ida, Pellei Ilona, Sándor Judit, Somfai Béla, Szebik Imre, Újhelyi Mária,Teplán Attila, Tóth Gábor Attila, Tringer László, Zárday Zoltán.* Köszönettel tartozom a Közép Európai Egyetem Politikatudományi Tanszékének is, mely a könyv ritka eszközökkel foglalkozó fejezetének megvitatásakor értékes tanácsokat adott. Köszönöm kollégáimnak a SOTE Magatartástudományi Intézetében munkámhoz nyújtott segítségüket. A *dr. Kopp Mária* vezetésével létrejött intézet, mely a magatartás-tudományok integratív szemléletű oktatását vezette be az orvosképzésbe, régi hiányt pótol. Az intézet keretei biztosítják azt az interdiszciplinaritást, mely külföldön is nagyon termékenynek bizonyult a bioetikai kutatások számára. Külön köszönet illeti az intézet bioetikai részlegét a könyv anyagának részletekbe menő megvitatásáért. Köszönöm továbbá a *Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem Népegészségtan Tanszéke* munkatársainak segítségét, akik a könyv számos témájának megvitatásában komoly segítségemre voltak. Külön is szeretném meg-

köszönni könyvem lektorának, *Somfai Béla* jezsuita teológusnak, a Szegedi Hittudományi Főiskola, a Toronto School of Theology és a torontói Regis College professzorának rendkívül alapos lektori munkáját. Számtalan stiláris javítást, pontosítást köszönhetek neki, s több tartalmi észrevételét is olyan fontosnak éreztem, hogy belevettem a könyv szövegébe. Ezekre a jegyzetekben külön is utalok. A könyvet tanacsaikkal, lektorálással s egyéb észrevételeikkel segítők nagymértékben hozzájárultak annak esetleges erényeihez. Mivel azonban nem minden tanácsot fogadtam meg, így a könyv hibáiért nem ők a felelősek.

Könyvem 5., 6., 9. és 15. fejezete javított változatai az adott témában korábban megjelent cikkeimnek. Ezek pontos forrására az adott fejezetek végén utalok. Könyvem 7. fejezete csekély mértékben átdolgozott változata 1995-ben megvédett „Igazságosság az egészségügyben. Az egészségügyi makroallokáció orvosetikai kérdései" című kandidátusi disszertációmnak.

Köszönettel tartozom *Szedmák Sándor* matematikusnak, aki a kézirat IBM-kompatibilis számítógépre vitelében nyújtott nagy segítséget. Végül, de nem utolsósorban köszönettel tartozom diákjaimnak, akik a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen vezetett orvosetikai, bioetikai kurzusok során állandó vitapartnereim voltak, s akik mindig megújuló ösztönzést jelentettek arra, hogy a sokszor igen bonyolult filozófiai-etikai fejtegetések minél világosabb, közérthetőbb kifejezési formáját megtaláljam. Az ő állandó – szellemi készenlétet követelő és inspirációt jelentő – jelenlétük jelentős motiváció volt e könyv megírására.

Budapest, 1995. április

dr. Kovács József

ELTE ORVOSI KÖNYVTÁR

Előszó a második kiadáshoz

E könyv első kiadása 1997 júliusában jelent meg. Az azóta eltelt majdnem két év azonban a hazai orvosi etika—bioetika és az egészségügyi jog páratlanul intenzív fejlődésének periódusa volt. 1997 decemberében fogadta el a Parlament az új egészségügyi törvényt (az 1997. évi CLIV. törvényt az egészségügyről). 1998 januárjában lépett hatályba az 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 1998 márciusában a Magyar Orvosi Kamara Közgyűlése hagyta jóvá a Magyar Orvosetikai Kódexet.

Ugyancsak 1998 márciusában fogadta el a Parlament az 1998. évi XXVIII. törvényt az állatok védelméről és kíméletéről, mely az első ilyen jellegű törvény Magyarországon.

Amikor e könyv először jelent meg, számos olyan fogalmat tárgyalt, mely akkor még csak a nemzetközi gyakorlat, ill. a bioetikai szakirodalom részeként volt ismert, hiszen a hazai jogrendszerben ezen fogalmak nem szerepeltek. A tájékozott beleegyezés, az életfenntartó kezelés bizonyos feltételek közötti visszautasíthatóságának joga, az élő végrendelet, a betegjogi képviselő, s egyáltalán, a modern betegjogok egész rendszere, mely problémák a könyv első kiadásában részletes tárgyalásra kerültek, akkor még nem képezték a hazai gyakorlat részét, sőt, egy részük alkalmazására nem is volt jogi lehetőség. E könyv szerzőjének— az 1997-es új egészségügyi törvény felkért szakértőjeként—alkalma volt a törvény-előkészítés munkájában részt venni, a törvény több része koncepciójának kidolgozásában s megszövegezésének kialakításában szerepet játszani. Az új egészségügyi törvény jórészt elfogadta a fent említett s a nemzetközi gyakorlatban már jól bevált megoldásokat, s a hazai jogrendszer részévé tette őket. Ezért sok esetben a jelen második kiadásban nem kellett megváltoztatni az első kiadás szövegét, csak utalni kellett arra a törvényi helyre, melyben az új jogi szabályozás a hazai jogrendszerbe is bevezette a kérdéses fogalmat, ill. megoldást. Erre elsősorban a betegjogokkal foglalkozó fejezetben találunk példákat.

Noha ez a könyv alapvetően az orvosi etikáról, bioetikáról szól, s mint ilyen, elsődleges feladata nem jogi ismeretek közlése, mégis az etika és a jog közötti szoros kapcsolat szükségessé tette, hogy a könyv második kiadása során az eltelt 2 évben bekövetkezett jogi változásokra utaljunk. Ehelyütt szeretném kifejezni köszönetemet könyvem második kiadása jogi lektorának, dr. Dósa Ágnes orvos-jogásznak, aki ellenőrizte a könyv jogi utalásait, s hozzájárult ahhoz, hogy azok szakmailag korrektek, pontosak legyenek.

A könyv több hazai orvosegyetemen, ill. a posztgraduális egészségügyi menedzserképzésben kötelező tankönyvként szerepel. Remélem, hogy a felfrissített, az új hazai jogi szabályozást is figyelembe vevő tankönyv a jövőben is hasznos segítségére lesz mindazoknak, akik mélyebb ismereteket szeretnének szerezni a modern biológia és orvostudomány által felvetett erkölcsi problémák megoldásával kapcsolatban.

1999. január 21.

dr. Kovács József

Bevezetés

Néhány évtizeddel ezelőtt az orvosi etika sehol a világon nem tartalmazott egyebet, mint a hippokratészi esküből levezetett néhány alapelvet, melyet nemzetközi orvostársaságok, illetve az egyes országok orvosi kamarái és etikai testületei modern megfogalmazású kódexekké formáltak. Ezek általában felhívták az orvos figyelmét arra, hogy rendszeresen fizesse az adóját, ne számítson fel méltánytalanul magas honoráriumot, ne legyen ittas a munkahelyén, ne kerüljön szexuális kapcsolatba betegével, ne reklámozza tevékenységét megengedhetetlen eszközökkel stb.[1] Magyarországon ez még kiegészült (illetve helyettesítődött) a paraszolvencia kérdésével, melyet sokáig szinte az egyetlen orvosetikai problémának tartottak.

Az utóbbi évtizedek orvosi technikájának a fejlődése azonban jelentős változást hozott az orvosi etika területén is. A resuscitatio, a mesterséges táplálás, a szervátültetés, a „lombikbébi", a dajkaterhesség, az új géntechnikai eljárások stb. számos olyan kérdést vetettek fel, melyekre a hagyományos erkölcsi szabályok segítségével nem lehetett egyértelmű választ adni. Felszínre kellett hozni az e szabályokat megalapozó etikai elveket, újra kellett gondolni ezek érvényességi körét, s meg kellett próbálni alkalmazni ezeket konkrét orvosetikai problémák megoldására. Mindez régen ismert filozófiai kérdések újragondolását tette szükségessé. Mi az ember? Mitől emberi az emberi élet, mikor kezdődik pontosan, s mikor fejeződik be? Emberi élet-e már az érzőképtelen embryo élete, és emberi élet-e még az öntudatlanul vegetáló irreverzíbilis comás betegé? Az emberi élet e formáit ugyanaz a védelem illeti-e meg, mint az egészséges felnőtt életét? Miért kell jobban védeni az emberi életet, mint az állatit? Mit jelent az élethez való jog? Melyek az önrendelkezési jog határai az egészségügyben? Mi a szenvedés és a boldogság? Mit jelent anyának lenni? Ezek a kérdések évszázadokon keresztül tisztán elméletiek voltak, s úgy tűnt, semmiféle gyakorlati jelentőségük nincs. Nem csoda, hogy csak néhány teológust és filozófust érdekeltek igazán. Mára azonban ezek a problémák rendkívül fontos gyakorlati kérdéssé váltak, melyek élénken foglalkoztatják a közvéleményt is. Hiszen, ha az abortus, az eutanázia vagy a szervátültetés által felvetett morális kérdésekre válaszolni akarunk, vagy ha el akarjuk dönteni, hogy megengedhető-e irreverzíbilisen comás betegek életfenntartó kezelésének a megszüntetése, elfogadható-e a betegek becsapása saját érdekükben, el lehet-e rendelni betegek kötelező szűrését az AIDS, genetikai betegségek stb. kapcsán, akkor ehhez először a fenti kérdésekre kell választ adnunk. De fontos jogi, etikai kérdéseket vet fel az is, hogy szabad-e erőszakos elmebetegeket sebészi eszközökkel akaratuk ellenére „megszelí-

díteni", megengedhető-e orvosi kísérletek végzése gyerekeken, börtönben büntetésüket töltő rabokon, vagy elfogadható-e morálisan egy olyan egészségügyi rendszer, mely szolgáltatásait a fizetőképesség elve alapján osztja el[2]. Ezek a kérdések csak szisztematikus filozófia-etikai elemzéssel oldhatók meg, s TOULMIN találóan beszélt híres cikkében[3] arról, hogyan mentette meg a medicina az etika életét. Kétségtelen ugyanis, hogy a mai medicina által felhasznált modern technika olyan „iskolás" etikai kérdéseket tett időszerűvé s roppant gyakorlati fontosságúvá, melyek régebben – akkor még elvont jellegüknél fogva – csak elméletileg voltak jelentősek, s ezért csak keveseket foglalkoztattak. Az etika iránti érdeklődés mindig akkor erősödik fel, amikor a hagyomány már nem elegendő az új erkölcsi kérdések megválaszolásához. Ez vezetett a bioetika létrejöttéhez is, melynek kialakulását a modern orvosi technológia által felvetett erkölcsi dilemmákat kísérő tanácstalanság tette szükségessé. Ezek a dilemmák többé már nem voltak megoldhatók a hippokratészi erkölcsre, illetve az orvosi hagyományokra való hivatkozással, s szükségessé vált szisztematikus, racionális vizsgálatuk. Ennek megfelelően a szakirodalomban ma már kétféle orvosetikát szoktak megkülönböztetni[4].

a) A tradicionálist, melyet az orvosi gyakorlatot irányító kötelességek tanaként határoznak meg, s mely az orvoslásnak legalább két és fél ezer éve a részét képezi.

b) A filozófiai vagy kritikai orvosetikát (a bioetikát), mely nem tradíciókból és konvenciókból indul ki, hanem a modern medicina által felvetett erkölcsi kérdéseknek a szigorúan racionális megközelítését jelenti. Módszerében a filozófia, a logika, a szemantika s egyéb határtudományok teljes fegyvertárát felhasználja az erkölcsi problémák megoldása során. Ez az ún. filozófiai-kritikai orvosetika viszonylag új, csak kb. 30 éves múltra tekinthet vissza. Az USA-ban fejlődött ki, de az utóbbi évtizedben számos nyugat-európai egyetemen is polgárjogot nyert. Ennek az orvosetikának (vagy ahogyan az USA-ban nevezik: bioetika vagy biomedicinális etika) uralkodó irányzata az etikai kérdéseknek a modern angolszász analitikus filozófia eszközeivel való vizsgálata. Az orvosetikusok jelentős része ezért filozófus, kisebbik részük teológus, jogász, illetve filozófiai érdeklődésű orvos (leginkább pszichiáterek, pszichoanalitikusok.) A nemzetközi vita szigorúan filozófiai jellegű, s az érvelésnek kizárólag mindenki által elfogadható premisszákon szabad alapulnia. Ezért például nem lehet kiindulni olyan tételekből, melyeket csak egy adott vallás, eszmerendszer stb. tagjai fogadnak el. Eme íratlan szabály következménye, hogy bár számos etikus vallásos, s sok teológus kiemelkedő szerepet játszott a modern orvosetika kialakításában, az orvosetikai cikkek, könyvek érvelése annyira világi jellegű s kizárólag racionális érveket használó, hogy pusztán a cikk alapján nem is lehet megállapítani, hogy teológus, vallásos vagy ateista filozófus írta-e azokat. Az orvosetikának ezt a modern megközelítését bioetikának nevezik, az elnevezéssel is elkülönítve a hagyományos, hippokratészi etikától, melyre a problémák tradíciókon alapuló, többnyire erősen paternalisztikus megközelítése

a jellemző. A hippokratészi eskü paternalisztikus szelleme az angolszász nyelvterületen egyáltalán nem népszerű, s a modern, kritikai orvosetika egyik nagy érdeménének tartják, hogy elősegítette s elméletileg megalapozta egy korszerűbb, az orvos és a beteg egyenjogúságán, partneri viszonyán alapuló szemlélet és gyakorlat létrejöttét. Ez a fajta orvosetika ezért egyfelől elméleti diszciplína, másrészről viszont egyfajta politikai mozgalom, mely a polgári szabadságjogokért folytatott küzdelem része: kiáll a betegek jogaiért, s harcol a betegek kiszolgáltatottsága ellen, mely a magas tecnikai színvonalon álló és rendkívül specializált modern egészségügyben állandóan fenyegető veszély. Az utóbbi 20 év fejlődésének eredményeképpen az orvosetika az USA-ban rendkívül „divatos" lett. Az egyetemek orvosetika kurzusok tucatjait hirdetik meg a hallgatóknak, s magára valamit is adó egyetem általában rendelkezik valamilyen bioetikai tanszékkel. Majdnem minden kórházban találhatók ún. kórházi etikai bizottságok, melyek feladata – szemben a magyarországi hagyománnyal – nem fegyelmi vizsgálatok lefolytatása, hanem a kórház dolgozói és a betegek orvosetikai dilemmáiban való segítségnyújtás. Ezt összetételük is tükrözi: orvosok mellett filozófusok, teológusok, jogászok és laikusok alkotják, akik – a különböző hivatások által képviselt eltérő nézőpontok révén – hatékony segítséget képesek nyújtani egy etikai kérdés több oldalról való megvizsgálásában. Újabb tendencia, hogy klinikák, kórházak főállású bioetikust alkalmaznak, aki a kórház számára mintegy „etikai konzíliumot" biztosít: etikai problémák esetén úgy kérnek tanácsot tőle, ahogyan szemészeti vagy fülészeti problémák esetén egy szemész vagy orr-fül-gégész kollégától. Az USA-ban az orvosetikai kérdések a sajtóban, a rádióban, a televízióban roppant népszerűek: alig van nap, hogy bioetikusok ne vitatnának meg nyilvánosan legkülönbözőbb orvosetikai kérdéseket. Ennek óriási előnye az, hogy a társadalom nagyon tájékozott és tudatos az ilyen problémák létezésével s megoldásuk lehetőségeivel kapcsolatban, így ezek a kérdések a lehető legszélesebb körű vita eredményeként oldódnak meg. A modern bioetika legjellemzőbb vonása az interdiszciplinaritás: sokféle hivatás határmezsgyéjén helyezkedik el, s sikereinek kulcsa nem kis mértékben az, hogy a gerincét alkotó négy alapdiszciplína (orvostudomány, filozófia, jogtudomány és teológia) eltérő nézőpontjai megtermékenyítő hatást gyakoroltak egymásra, s az etikai problémák tárgyalásának egy olyan komplex megközelítését tették lehetővé, melyre önmagában egyik tudomány sem lett volna képes.

Ennek a könyvnek s általában mindenfajta orvosetikai stúdiumnak a célja a következőkben fogalmazható meg[5]:

a) Az, hogy megkönnyítse a mindennapi orvosi gyakorlat során felvetődő etikai problémák felismerését, mintegy „rányissa" a szemünket az etikai dilemmák észrevételére. Ez azért nagyon fontos, mert a medicinában hagyományosan megvan a tendencia arra, hogy „szakmai" kérdéseknek tartsanak s kizárólag az orvosok illetékességi körébe utaljanak olyan problémákat, melyek valójában erkölcsi, etikai

kérdések, s melyek kezelésében az orvosnak nincs több szakértelme, mint bárki másnak. Így a bioetika fontos feladata annak világos kimutatása, hogy a medicinán belül hol húzódnak az orvosi-szakmai s hol az etikai kérdések határai. Ez sokszor nagyon nehéz feladat, mert a medicina szinte elválaszthatatlan a minden részletét átszövő etikai-erkölcsi előfeltevésektől. (Ez talán csak a klinikai évek során lesz világossá a hallgatók számára, amikor kiderül, hogy a mindennapi orvosi gyakorlatban számos olyan probléma van, melynek megoldásához nem elegendő a szűk értelemben vett orvosi-szakmai tudás. Ekkor találkozhat például a hallgató először olyan beteggel, aki ódzkodik attól, hogy ő rajta tanulja meg az injekciózást, vagy olyannal, aki nem egyezik bele egy szükséges kezelésbe. Abban, hogy ilyenkor hogyan kell viselkedni, az orvosi-technikai ismeretek önmagukban nem adnak eligazítást. Az etikai ismeretek szerves részét képezik a medicinának, hiszen az orvoslást csak a benne megjelenő erkölcsi tartalom teszi azzá, ami. Az orvostudomány és az állatorvos-tudomány közötti különbség szakmai-technikai tekintetben minimális, s a kettő közötti eltérést kizárólag az adja, hogy az előbbinek – emberekkel foglalkozván – másfajta etikai elveket kellett elfogadnia.)

b) Olyan filozófiailag megalapozott fogalmi-logikai rendszer kimunkálása, mely segítséget nyújt a felvetődő orvosetikai kérdések elemzésében, s lehetővé teszi e problémák hatékonyabb megoldását.

c) Olyan ismeretek átadása, melyek segítik az orvost abban, hogy a betegek, a kísérleti alanyok és az egészségügyi dolgozók jogait megismerje, védje és tiszteletben tartsa.

d) Végül, de nem utolsósorban az etika szisztematikus tanulmányozása saját végső (vagyis számunkra legfontosabb, legalapvetőbb) értékeink tisztázásában is segít. A morális dilemmákkal való szembesülés, az ezekkel kapcsolatos saját álláspont kialakítása, s ennek érvekkel való megvédése növeli erkölcsi tudatosságunkat, így morális önismeretet is eredményezhet. A bioetika tehát egyfajta erkölcsi „érzékenyítő tréning", s célja az is, hogy elősegítse az így felismert problémák hatékonyabb megoldását. Nem feladata azonban az, hogy minden erkölcsi kérdésre kész választ adjon, s ilyesmi egy pluralista, demokratikus társadalomban nem is lehetséges. Nem feladata az sem, hogy általában erkölcsösebbé tegyen valakit. Bár SZÓKRATÉSZ óta kísért az a tévedés, hogy aki megismerte, hogy mi a jó, az teszi is azt, vagyis erkölcsösebben cselekszik, a valóságban azonban egy ember etikai ismereteinek a szintje és viselkedésének erkölcsössége között nincs ilyen közvetlen kapcsolat. Noha, aki tudja, hogy mi a helyes, az könnyebben viselkedhet erkölcsösen, ha akar, ez az akarat azonban hiányozhat. Ezért a jó ismerete önmagában még nem tesz jobbá. Végső soron egy etikatankönyv elolvasása vagy egy etikatanfolyam elvégzése önmagában éppúgy nem teszi az embert erkölcsösebbé, ahogyan egy esztétikatankönyv elolvasása sem teszi nagy művésszé, egy logikatankönyv áttanulmányozása ritkán teszi logikusabbá a gondolkodását, s egy, az egészséges elme

működését ismertető könyv elolvasása sem gyógyít meg egy neurotikust. (S szerencsére egy pszichiátriai tankönyv elolvasása sem tesz senkit elmebeteggé!) Amiben az etika segíthet, az a tudatosság és az érzékenység fokozása s az erkölcsi problémák megoldásához szükséges fogalmi és módszertani apparátus kifejlesztése. Ebben próbál segítséget nyújtani ez a könyv.

Jegyzetek a bevezetéshez*

[1] *Van DeVeer, D.* Introduction. In: *Van DeVeer, D., Regan, T. (*ed.) (1987): Health Care Ethics. An Introduction. Philadelphia, Temple University Press (p. 3)
[2] Ibid (p. 4)
[3] *Toulmin, S.*: How medicine saved the life of ethics. In: Perspectives in Biology and Medicine, 25, No. 4 (Summer 1982) (pp. 736–750)
[4] *Gillon, R.* (1987): Medical ethics education. Journal of medical ethics, 13, 115–116.
[5] *O'Rourke, K. OP, JCD, STM, deBlois, J. CSJ, RN, (*1991–1992): Basic Concepts of Medical Ethics. Saint Louis University of Medicine (p. 1)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

1. fejezet – Alapfogalmak

Az etika szó a görög ethosz szóból származik, melynek jelentése: szokás, illem, hagyomány. Ma az etikát az erkölccsel foglalkozó tudományként szokták definiálni, s három részét különítik el, a deskriptív, a normatív s a metaetikát.

AZ ETIKA RÉSZEI

1. Deskriptív (leíró) etika. Idetartozik:

a) Az *erkölcsszociológia,* mely leírja egy adott társadalom tényleges erkölcsi állapotát. Azt vizsgálja, hogy az egyes társadalmi rétegek, csoportok milyen elveket, normákat vallanak, s azt is, hogy milyen elvek és normák szerint viselkednek valójában. A kettő között, vagyis a hirdetett és a gyakorolt normák között ugyanis eltérés lehetséges, s ennek léte, illetve nagysága már önmagában is nagyon fontos jellemzője egy társadalom erkölcsi állapotának. Az erkölcsszociológiát tehát a társadalom erkölcsi életének tényei érdeklik, a hirdetett és a gyakorolt erkölcs tényleges leírása.

b) Az *erkölcspszichológia.* Talcott Parsons[1] megfogalmazása szerint „Az újszülöttek világra jövetele rendszeresen ismétlődő barbár inváziót", hiszen az újszülöttek még semmiféle erkölccsel sem rendelkeznek, agyuk erkölcsi szempontból „tabula rasa" (tiszta lap). Az erkölcspszichológia azt a folyamatot vizsgálja, melynek során az erkölcs nélküli „barbárokból" a társadalom erkölcsét többé-kevésbé elsajátító felnőttek lesznek. Leírja, hogy az ember az egyedfejlődése során milyen erkölcsi fejlődési stádiumokon megy keresztül, hogyan történik az erkölcsi normák tanulása és interiorizálódása (belsővé válása, amikor az egyes erkölcsi normákat nemcsak ismerjük, hanem a magunkénak is érezzük), melyek az erkölcsi fejlődés és érés szakaszai, milyen feltételek között megy ez optimálisan végbe, mi ennek a pszichológiai mechanizmusa stb.

Mivel az erkölcspszichológia és az erkölcsszociológia ugyanazokat a módszereket használja kutatásai során, mint bármely más empirikus tudomány, ezért a deskriptív etikát az erkölcs vizsgálata tudományos módszerének is nevezik, szembeállítva a szűkebb értelemben vett etikával: az erkölcs filozófiai módszerekkel való tanulmányozásával, mely a normatív etikát és a metaetikát foglalja magában.

2. Normatív etika. Tárgya a normaadás, az etikailag helyes, kívánatos viselkedés szabályainak a megtalálása. Szemben a deskriptív etikával, melynek tárgya a „van", vagyis a társadalomban ténylegesen létező normák és viselkedések, a normatív etika tárgya a „legyen", vagyis az, hogyan kellene az illető társadalomban az embereknek viselkedniük, melyek lennének az erkölcsileg helyes normák. Ezért a normatív etikát *preskriptív (előíró) etikának* is szokták nevezni, hiszen tárgya nem erkölcsi normák leírása, hanem előírása. A normatív etika nem elsősorban a létező erkölcsről beszél, hanem arról, hogy milyen erkölcsnek kellene léteznie. Természetesen a normák sokat elárulnak arról a létező társadalomról is, amelyben kibocsátatnak, hiszen például ha egy társadalom szükségesnek tartja hirdetni mondjuk a „Ne ölj!" elvét, akkor ez azt jelenti, hogy az illető társadalomban előfordul az emberölés. Ami egy társadalom számára nem jelent problémát, arról az erkölcsi kódexeiben nem is szokott beszélni. Például ma Magyarországon nem szokták az erkölcsi szabályok között felsorolni az „Emberhúst ne egyél!" tilalmát, mert az emberevés mint probléma ma nálunk nem létezik, ezt az erkölcsi szintet már régen túlhaladta a társadalom.

3. Metaetika. Ez voltaképpen az etika gnoszeológiája (ismeretelmélete), mely az etika alapjait, előfeltevéseit vizsgálja. Feladatai közé tartozik a legalapvetőbb erkölcsi fogalmak szemantikai, fogalmi analízise (ezért *analitikus etikának* is szokták nevezni), az erkölcsi érvelés logikájának, szabályainak a vizsgálata. A metaetika főbb kérdései a következők: Mi az erkölcs? Mi különbözteti meg az erkölcsi szférát az erkölcsön kívüli jelenségektől? Mit jelent a „jó", „rossz", „helyes", „helytelen" stb. fogalom? Van-e az erkölcsi ítéleteknek igazságértékük, vagyis mondhatom-e például a „Ne ölj!" parancsra, hogy igaz? Az „igaz" és „hamis" jelzők csak állításokra alkalmazhatók, parancsokra, felszólításokra nem. Az erkölcsi szabályok azonban ilyen felszólítások vagy tiltások formájában fogalmazódnak meg. Ha tehát egy előírásra nem mondható az, hogy igaz vagy hamis, akkor mégis, mit jelent az erkölcsi igazság fogalma? Bizonyítható-e egy erkölcsi ítélet igazsága? Vannake az etikában objektív igazságok, vagy minden puszta vélekedés, szubjektív ítélet kérdése? Miért éljünk erkölcsösen, miért tartsuk be az erkölcsi szabályokat, ha az szembeáll egyéni érdekeinkkel? és így tovább. A metaetika az etika viszonylag fiatal ága, mely a normatív etikától véglegesen csak e század közepén különült el. Metaetikai kérdésekkel természetesen a filozófusok már az ókortól kezdve foglalkoztak, csak korábban ezek a kérdések összemosódtak normatív etikai kérdésekkel, ma viszont a metaetikában azoktól elkülönítve, önállóan tárgyalják őket. A metaetika voltaképpen nem is etika, hanem az etikáról való gondolkodás.

A normatív etika részei

Általános és alkalmazott normatív etika. A normatív etika további felosztása is lehetséges aszerint, hogy a problémákat az általánosság milyen szintjén tárgyalja. Ennek alapján általános etikát és alkalmazott etikát különíthetünk el.

Az általános etika a hagyományosabb; olyan normatív etika, mely általános és elvont módon igyekszik válaszolni a „Hogyan kell élnem?" kérdésére. Az alkalmazott etika ezzel szemben egy adott szakma gyakorlása közben felvetődő konkrét erkölcsi kérdésekkel foglalkozik, vagyis az általános etika elveit próbálja alkalmazni konkrét problémákra. Bár egyes gyakorlati kérdések (például az öngyilkosság) etikai vizsgálata elvétve a filozófiában mindig is folyt, külön diszciplínává az alkalmazott etika csak e század hatvanas éveiben vált, s mára számos ágra szakadt. Így ma már beszélünk például környezetvédelmi etikáról, üzleti etikáról, újságíró-etikáról, jogászetikáról stb. A bioetika is az alkalmazott etika egyik ága, mely a modern biológia és orvostudomány által felvetett erkölcsi kérdések szisztematikus filozófiai vizsgálataként határozható meg.

A BIOETIKA

A definiált értelemben vett bioetika és más határtudományok közötti különbség sokszor elmosódó. Szokták a bioetikát régebbi nevén egyszerűen *orvosi etikának* is nevezni. A kettő között leginkább a problémák megközelítési módjában van különbség. Az orvosi etika inkább a tradíciókra, orvosetikai kódexekre stb. támaszkodik, s a hatvanas évekig az orvosi etikának majdnem kizárólag ez a „kódexetikai" megközelítése volt a jellemző. Mivel azonban az ilyen kódexeket legtöbbször orvostársaságok, kamarák, orvosi testületek stb. állítják össze, így ezek gyakran csak az orvosi szakma értékrendjét tükrözik. Ez azonban a hatvanas évektől kezdve két okból tűnt egyre kevésbé elfogadhatónak[2]. Az egyik ok az volt, hogy a modern egészségügyi ellátás egyre inkább csapatmunka lett. Ma már egy korszerű kórházban az orvos mellett pszichológusok, biológusok, mérnökök, gyógytornászok, dietetikusok, nővérek s még egy egész sor más, felsőfokú képzettséggel rendelkező szakember dolgozik, így természetes, hogy e szakmák képviselői is beleszólást óhajtanak az egészségügy etikai normáinak a kialakításába, ami kizárólag orvosi testületek által összeállított etikai kódexekkel nem lehetséges. Ezenfelül ugyancsak a hatvanas évektől kezdve a nyugati polgárjogi, fogyasztói, érdekvédelmi és egyéb mozgalmak elterjedésével egyre nagyobb lett a betegekben az igény, hogy egészségügyi ellátásuk körülményeibe, az azt irányító erkölcsi elvek kialakításába ők maguk is beleszólhassanak. Nem fogadták el többé azt a korábbi gyakorlatot, melyben az orvosi szakma a saját értékrendje szerint biztosította az ellátást,

s egyre erőteljesebb mozgalmak indultak, hogy a beteg kívánságai és elvárásai is kellőképpen érvényesülhessenek a mindennapi betegellátás során. Innen származik az az érdekes fordulat, mely a létező kódexek nyelvében figyelhető meg. Míg a hatvanas évekbeli orvosetikai kódexek általában az orvos kötelességei oldaláról fogalmaztak, addig a hetvenes évektől kezdve a betegek jogai oldaláról kezdték megfogalmazni a legkülönbözőbb deklarációkat. A betegekkel együtt azonban bevonult a nem orvos társadalom is az orvosetikába, magával hozva annak természetes pluralizmusát. Nem volt meg többé a szakmabeliek között könnyebben kialakítható konszenzus, mely bármiféle etikai kódex kialakításának feltétele. Előtérbe kerültek az erkölcsi pluralizmusból fakadó viták, melyekben egyre intenzívebben vettek részt filozófusok, teológusok, jogászok, s megszületett a hagyományos orvosi etikánál a filozófia eszközeit jobban felhasználó bioetika. Ezek azok az okok, amelyek miatt a „kódexetika" a hetvenes évektől kezdve már távolról sem az egyetlen megközelítési formája az orvosetikai problémáknak. A vele rokon bioetika így az orvosetikai problémákat inkább a filozófia eszközeivel közelíti meg, interdiszciplinárisabb jellegű, hiszen sok nem orvos szakember is jelentős szerepet játszott kifejlesztésében.

Más elnevezések is használatosak, melyek az orvosetikai problémák megközelítésének egy-egy fontos szempontját hangsúlyozzák. Szoktak beszélni például klinikai etikáról, egészségügyi etikáról, nővéretikáról stb. E diszciplínák nem állnak szemben egymással, elnevezésük az orvosetikai problémák megközelítésének nem egymást kizáró, hanem inkább egymást kiegészítő szempontjait hangsúlyozza.

AZ ERKÖLCS ÉS A JOG KAPCSOLATA

Az erkölcs és a jog homogén társadalmakban, mint amilyen például az ókori görög polisz is volt, még nem különült el élesen egymástól. Mindkettőt a „nomosz" szóval jelölték. Elkülönült jogra olyan heterogén társadalmakban van szükség, ahol sokféle erkölcs és szokás van, s ahol a jog az a cement, mely a társadalom különböző egységeit összetartja. Ezért alakult ki az elkülönült jog az ókori Rómában, ahol a birodalom sok népet foglalt magában. Egy heterogén társadalomban, ahol sokféle közösség és erkölcs létezik, ahol az emberek morális kérdésekben nem egyformán gondolkodnak, a közösség életének szabályozása csak egységes bürokratikus jogszabályokkal lehetséges[3].

A filozófiában több ezer éve folyik a vita arról a kérdésről, hogy az erkölcs és a jog milyen kapcsolatban áll egymással. Két markáns álláspont különíthető el e kérdésben, a természetjogi felfogás és a jogpozitivista megközelítés.

A természetjogi és a jogpozitivista érvelés. A *természetjogi* érvelés, melynek első csírái már az ókori sztoikusoknál megtalálhatók, majd egyre jobban kidolgozott variánsai jelentek meg ARISZTOTELÉSZNÉL, HUGO GROTIUSNÁL, SAMUEL VON PUFENDORFNÁL és másoknál, elkülöníti az ember alkotta „pozitív jogot" s a „természeti" vagy „isteni" eredetű örök erkölcsi törvényt. Ez utóbbit úgy jellemzik, mint amit nem ember alkotott, azt csak felfedezte. A természeti törvény az az örök erkölcsi törvény, mely minden pozitív jog megítélésének eszköze. Ha a pozitív, ember alkotta jog megfelel ennek az örök erkölcsi törvénynek, akkor elfogadható, ha viszont szemben áll vele, akkor nem kell betartani, mert nem is tekinthető érvényes jognak. A természetjogi felfogás szerint tehát a jog és az erkölcs egybeesik, mert az örök erkölcsi törvényeknek meg nem felelő jog nem is érvényes jog. Így nincs értelme igazságos és igazságtalan törvényekről beszélni, mert az igazságtalan törvény sohasem tekinthető érvényes törvénynek[4].

A *jogpozitivista* érvelés (például JEREMY BENTHAM, JOHN AUSTIN vagy e században HANS KELSEN) ezzel szemben abból indul ki, hogy bár az erkölcs és a jog között lehet átfedés, s hathatnak is egymásra, mégis, közöttük nincs szükségszerű kapcsolat. Így a törvény érvényes és betartandó, akár igazságos, akár igazságtalan. Az igazságtalan törvény is érvényes törvény. A törvény puszta eszköz bizonyos célok elérésére, s vizsgálatakor csak azt kell elemezni, hogy pontosan mit is ír elő a jog, s nem azt, hogy amit előír, az erkölcsös-e. A törvények bírói értelmezésének is igen szűk teret enged a jogpozitivista iskola. A bíró dolga nem az erkölcsi mérlegelés, hanem az, hogy a jogszabályok által előírtakat a lehető legpontosabban alkalmazza az adott tényekre, függetlenül attól, hogy a jogszabályok igazságosak-e vagy sem[5].

Látható tehát, hogy a természetjogi elmélet a jog szűkebb fogalmát használja, mert szerinte csak az erkölcsös jog az érvényes jog, míg a jogpozitivista iskola tágabb értelmezéssel dolgozik, érvényes jognak tekintve az igazságos és az igazságtalan jogszabályokat egyaránt.

Hogyan foglalhatunk állást ebben a vitában? Kétségtelen, hogy egy durva diktatúrában nehéz elfogadni a jogpozitivista érvelést. Nem lehet a múlt századi USA rabszolgaságot szentesítő törvényeit vagy például a náci Németország zsidótörvényeit érvényesnek tartani pusztán azért, mert azok az adott országban érvényesen elfogadott törvények voltak. A jogpozitivista érvelést látszik elutasítani a World Medical Association (Orvosok Világszövetsége) Genfi Deklarációja is, mely arra szólítja fel az orvost, hogy tudását ne használja „az emberiesség törvényeivel szemben, még fenyegetés hatására sem"[6]. A Deklaráció tehát nem elégszik meg pusztán az adott ország törvényei betartásának megkövetelésével, mivel tudja, hogy bizonyos diktatórikus társadalmak jogrendszerei esetleg kötelezővé tehetik az orvos számára erkölcsileg elfogadhatatlan eljárásokban (például kínzásokban) való részvételt is. Ezt a Genfi Deklaráció szerint az orvosnak az emberiesség általános törvényeire való hivatkozással kell elutasítania, tehát egy természetjogi érveléssel.

Egy diktatórikus vagy a diktatúrától éppen megszabadulóban lévő társadalom számára tehát a természetjogi érvelés hasznos és érvényes eszköz lehet az emberellenes jogszabályok érvényességének a tagadására. Érvényes-e azonban a természetjogi érvelés egy pluralista, demokratikus társadalomban, ahol a jogszabályokat demokratikusan választott parlament hozza, s így azok feltehetőleg a többség véleményét fejezik ki? Mondható-e, hogy egy demokráciában, egy jogállamban a törvényeket mindig be kell tartani, s ha valaki erkölcstelennek tart egy törvényt, akkor az egyetlen, amit tehet, hogy kezdeményezi annak megváltoztatását, de amíg a törvény hatályos, addig kötelessége azt betartani? Erre a kérdésre általában igennel lehet válaszolni, vagyis egy demokratikus s alapvetően igazságos társadalomban a törvényeket akkor is be kell tartani, ha erkölcsileg nem értünk egyet velük. Demokráciában a jogszabályok betartása az erkölcsösség minimuma, vagyis az erkölcsös viselkedésnek minimális feltétele a törvényes előírások betartása. Az erkölcs természetesen előírhat jóval szigorúbb normákat is, mint a minimumerkölcsöt jelentő jog, vagyis az erkölcs lehet jóval szigorúbb, mint a jog, de enyhébb nem lehet. Mindez azonban csak egy demokratikus s alapvetően igazságos társadalomra igaz. Diktatórikus vagy a diktatúrából éppen „szabadulóban" lévő társadalmakban a gyakorlat legtöbbször fordított. Ott a jog nem a minimum-, hanem a maximumerkölcs, vagyis az emberek kiskapukat, kibúvókat keresnek, s így próbálják kijátszani az erkölcstelennek érzett jogszabályokat. Ilyen társadalomban a jogszabályok megszegését a közvélemény nem erkölcstelenségnek, hanem ügyességnek tartja, s a jogszabályok kijátszása általánosan elterjedtté válhat. Ezekben a társadalmakban élesen eltér egymástól az írott jog és a tényleges gyakorlat, s így a társadalom igazi működése más, mint amelyet jogrendszeréből kiolvasnánk. Ezért „a jog az erkölcsösség minimuma" kifejezés csak stabil demokráciákra, a régóta fennálló jogállamiság keretei között érvényes.

„A jog az erkölcsösség minimuma" tételből az is következik, hogy a jognak nem lehet feladata az erkölcsileg nemes viselkedés kikényszerítése, a „jó erkölcsök" terjesztése, mert a „jó erkölcsök" – egy pluralista társadalomban – az egyes csoportok számára mást és mást jelentenek. Egy pluralista demokráciában az egyes ember szabadságjogai közé kell tartoznia annak, hogy az erkölcsileg jó, illetve helyes élet általa vallott formáját megvalósíthassa, hogy a saját erkölcsi eszményei szerint élhessen. A jognak tehát nem feladata az erény kikényszerítése, csak egyfajta minimális erkölcsi standard betartatása.

A polgári engedetlenség és a törvény betartásának elutasítása lelkiismereti okból. Az előbbiek szerint tehát egy demokráciában, egy alapvetően igazságos társadalomban általában akkor is be kell tartani a jogszabályokat, ha erkölcsileg nem értünk velük egyet. Ez alól a szabály alól azonban van egy kivétel. Előfordulhat olyan eset, hogy egy többségi elven alapuló demokráciában bizonyos jogsza-

bályok alapvető szabadságjogokat sértenek. Ha ebben az esetben lehetetlen a törvény „szabályos", alkotmányos megváltoztatása, akkor jogosult lehet ellene a polgári engedetlenség valamilyen formája segítségével való tiltakozás[7].

A polgári engedetlenség a hatályos törvény megsértése lelkiismereti okokból, nyilvános, nem erőszakos formában, melynek célja az igazságtalannak tartott törvény megváltoztatása[8]. Polgári engedetlenség esetén a tiltakozó nem feltétlenül azt a törvényt szegi meg, amely ellen tiltakozik; ha például egy túl szigorú hazaárulási törvény ellen protestál, akkor nem kell a polgári engedetlenség keretében hazaárulónak lennie. Akadályozhatja ehelyett tiltakozásképpen például a közlekedést is, ülősztrájkkal, felvonulásokkal stb. A cél a tiltakozás nyilvános kimutatása s a figyelem felhívása[9].

A polgári engedetlenség egy igazságtalan törvény ellen irányul, de a törvények iránti bizalom s az általában vett törvényesség jegyében[10]. Ennek a törvény nyilvános megszegése a bizonyítéka, hiszen ez azt mutatja, hogy az illető hajlandó tette törvényes következményeit vállalni, így a törvény megszegésére nem kényelmi okokból került sor (vagyis nem azért, mert előnyösebb a törvényt megszegni, mint betartani), hanem lelkiismereti okokból. A törvény titokban való megszegése viszont már nem polgári engedetlenség, hisz ilyenkor óhatatlanul felvetődik a gyanú, hogy az kényelmi okokból történt, egyéni előnyök megszerzése érdekében[11]. Látni kell, hogy a polgári engedetlenség csak demokratikus társadalomban lehet célravezető eljárás, ahol a törvények alapvetően igazságosak, s így a közvélemény megfelelő igazságérzettel rendelkezik. Ilyenkor a törvényt nyilvánosan megszegő, aki tettével akarja felhívni a figyelmet az igazságtalan törvény létére, bízhat a többség igazságérzetében[12]. Alapvetően igazságtalan, diktatórikus társadalomban a polgári engedetlenség nem célravezető, hiszen itt nem lehet bízni a hatalmon lévők igazságérzetében, így ilyenkor a törvény elleni nyilvános tiltakozás csak az elnyomás fokozódását válthatja ki. Ezért ilyenkor (de csak ilyenkor!) igazságos és indokolt lehet a rendszer titokban való, erőszakos megdöntésére törekedni[13].

Fontos hangsúlyozni, hogy mivel jogállamban a jog tisztelete alapvető követelmény, ezért a polgári engedetlenség csak kirívóan komoly igazságtalanság esetén indokolt, amikor az igazságtalan törvény törvényes úton való orvoslása többszöri próbálkozás után is lehetetlennek bizonyult, s így a polgári engedetlenség az utolsó lehetőség[14]. Ilyen feltételek mellett a polgári engedetlenség mint a törvény tisztelete nevében egy igazságtalan törvény elleni törvényellenes tett, az alkotmányos rendszer stabilizáló eszköze lehet[15].

A polgári engedetlenségtől el szokták különíteni a törvény betartásának elutasítását lelkiismereti okokból. Szemben a polgári engedetlenséggel, ez mindig közvetlenül annak a jogszabálynak a megszegése, melyet az érintett személy lelkiismereti okból elutasít. Ennek tipikus példája volt, amikor a korai keresztények megtagadták a pogány állami isteneknek való áldozatbemutatást, s ilyen ma a pacifisták

gyakorlata, akik lelkiismereti okokból megtagadják a kötelező katonai szolgálatra való bevonulást[16] . Bár ez is a törvény nyilvános megszegése, a polgári engedetlenséggel szemben a törvényszegő ilyenkor nem apellál a többség igazságérzetére, mert nem hiszi, hogy a többség egyetért vele, s így nem is hiszi, hogy a törvényt meg lehet változtatni[17]. A törvény betartása elutasításának ilyenkor egyedüli indoka az, hogy az illető azt lelkiismeretével összeegyeztethetetlennek érzi.

A polgári engedetlenség, mint tiltakozási eszköz, orvosetikai kérdésekben gyakran felvetődik. Erre hivatkoznak például az USA-ban azok az abortusellenes mozgalmak, melyek az abortusklinikák bejáratát békésen eltorlaszolva akadályozzák annak törvényben biztosított működését. Tettük így törvénytelen, de nyilvánosan vállalt és békés, célja az, hogy felhívja a társadalom figyelmét egy igazságtalanságra: arra, hogy szerintük a jogszabály egy kisebbséggel (a magzatokkal) szemben diszkriminációt alkalmaz, amikor megölésüket megengedi.

A polgári engedetlenséggel, illetve a törvény betartásának lelkiismereti okból való elutasításával szoktak érvelni azok is, akik bizonyos egyedi esetekben megengedhetőnek tartják, hogy egy orvos – súlyosan és csillapíthatatlanul szenvedő betegeknek, saját kérésükre – az öngyilkosságban segítséget nyújtson[18], vagy ilyen esetben aktív eutanáziát végezzen. Mivel mindkettő törvényellenes, ezért ha ezt egy orvos erkölcsi meggyőződésből megteszi – szól az érvelés –, csak nyíltan, polgári engedetlenség vagy a törvény lelkiismereti okokból való elutasítása formájában teheti, vállalva tettének büntetőjogi következményeit. Ez a megoldás azt hangsúlyozza, hogy az öngyilkosságban való segítségnyújtás tilalma, illetve az aktív eutanázia tiltása ésszerű és fenntartandó, még ha lehetnek is egyedi esetek, amikor a törvény megszegése morálisan indokolttá válhat[19].

Összefoglalóan meg lehet állapítani, hogy az erkölcs és a jog két különálló, bár nyilvánvalóan egymást kölcsönösen befolyásoló terület. A kettő közötti fő különbség az, hogy egy országban csak egyetlen jogrendszer van, ugyanakkor több erkölcsi rendszer, továbbá az erkölcsi viselkedés, amennyiben erkölcsi, mindig belső meggyőződésből fakad, az adott erkölcsi szabályokkal való mély, interiorizált azonosulásból, a jogkövető viselkedés során viszont ezt az azonosulást sokszor nem lehet megfigyelni. (Lehetséges például, hogy a jogszabályokat valaki csak a büntetéstől való félelmében tartja be, s nem azért, mert egyetért velük.) A kettő közül az erkölcs az alapvetőbb, egyrészt azért, mert betartatni jogszabályokat csak akkor lehet, ha azok bizonyos mértékű erkölcsi konszenzuson alapulnak, másrészt azért, mert a jogból nem olvasható ki esetleg szükséges megváltoztatásának az iránya. Ilyen módon az erkölcs a jog kritikájaként is funkcionál, s sokszor a fő motivációt jelenti egy adott jogi szabályozás módosítására vagy megváltoztatására. (Mint ahogyan egy adott jogrendszer sokszor csak egy korábbi morális konszenzus jogi kodifikációjának tekinthető, legalábbis demokratikus társadalomban.)

AZ ERKÖLCSI ÉRVELÉS JELLEMZŐI

Tényítélet, értékítélet, fogalom. A filozófiában megkülönböztetnek tényítéleteket és értékítéleteket. Tényítélet például az „Ez az asztal fából van" kijelentés. A tényítéletek igazságának eldöntése tapasztalati, empirikus kérdés. Az értékítéletek többfélék lehetnek. Esztétikai értékítélet például az „Ez az asztal szép" kijelentés. Erkölcsi értékítélet például a „Péter helyesen cselekedett" kijelentés.

A tényítéletekkel szemben az értékítéletek igaz vagy hamis volta soha nem bizonyítható pusztán tényekkel, hiszen igazságuk a tényeken kívül attól is függ, hogy például az előbbi példákban mit értünk a „szép" vagy a „helyes" szó jelentésén, a szépség vagy a helyesség kritériumain. Noha ezt a hibát gyakran elkövetik, az értékítéletek pusztán a tényekre való utalással sohasem bizonyíthatók vagy cáfolhatók! Nézzünk egy példát:

1. állítás: „Egy orvosi beavatkozás előtt a betegek részletes tájékoztatása erkölcsileg helyes eljárás".

2. állítás: „Az 1. állítás nem helytálló, mert a mi kórházunkban általában nem tájékoztatják a betegeket".

Rögtön látható, hogy a 2. állítás helytelen, mert tényekkel akar cáfolni egy értékítéletet, hiszen az 1. állítás értékítélet. Abból, hogy egy adott kórházban nem tájékoztatják a betegeket, nem következik, hogy ez a helyes eljárás, s a betegtájékoztatás helytelen. Az 1. állítás cáfolata csak filozófiai-etikai érvekkel volna lehetséges.

Egy erkölcsi vita során a felek egyet nem értésének három forrása lehet:

a) Tényekben nem értenek egyet.
b) Értékelésekben nem értenek egyet.
c) Fogalmi kérdésekben nem értenek egyet.

Az erkölcsi vita sikere nem kis mértékben függ attól, hogy tisztázni lehet-e, hogy a felsorolt okok közül melyik (vagy melyek) okozzák az egyet nem értést.Nagyon fontos tehát a tény- és értékítéletek elkülönítése, mert bizonyításuk vagy cáfolatuk más-más módon lehetséges. Tényítéletek bizonyítására a tapasztalat, a tényekre való hivatkozás alkalmas. Értékítéletek esetén azonban a tényekre való hivatkozáson túl filozófiai-esztétikai-etikai érvek is szükségesek az értékítélet bizonyításához vagy cáfolatához.

Sok zavart okozhat az empirikus és a fogalmi kérdések összekeverése is, s részben ez az oka annak, hogy sokszor orvosi-szakmai kérdésnek tartanak fogalmi-filozófiai problémákat. Nézzük például azt a gyakran vitatott kérdést, hogy ember-e az emberi embryo? Sokan úgy gondolják, hogy ez biológiai-orvosi szakkérdés. Nézzünk azonban meg alaposabban egy ilyen érvelést[20]!

1. A magzat akkor számít embernek, amikor már agyműködése van.
2. A 9. terhességi héten az embryónak már van agyműködése.
3. Tehát a 9. terhességi héttől kezdve az embryo ember.

Az érvelést ilyen módon felírva rögtön látható, hogy a három állításból csak a 2. ténykérdés. Ezért csak a 2. állítás az, amelyet kizárólag egy embriológus szakember tud eldönteni. Az 1. azonban filozófiai állítás, így cáfolata is csak filozófiai érvekkel lehetséges (például úgy, hogy valaki az ember fogalmát nem az agyműködéssel definiálja, hanem valami mással). Mivel tehát ennek az érvelésnek az igazsága egy filozófiai-fogalmi kérdés eldöntésén is múlik (ti. hogy mit jelent az „ember" fogalma), ezért csak részben orvos-szakmai kérdés, s kizárólag szakmai-embriológiai érvekkel nem dönthető el.

Az etikai viták során előforduló néhány gyakoribb érvelési hiba[21]

1. Bizonyítás a bizonyítandóval (petitio principii). Ezt a hibát leginkább azok követik el, akik annyira meg vannak győződve álláspontjuk helyességéről, hogy érvelésükben észrevétlenül mindig annak igazságából indulnak ki, s így persze nem bizonyítanak semmit, hisz a vitapartner éppen az álláspontjuk igazságát kérdőjelezte meg, így annak bizonyítását várja s nem puszta ismételgetését.

Példa:
A: „Nem értem, miért csapnak akkora hűhót az állatvédők, fontosabb dolgokkal kellene törődniük, mint néhány kísérleti egér, patkány vagy tengerimalac sorsával!" Látható, hogy itt *A* eleve feltételezi, hogy a kísérleti állatokkal való bánásmód nem olyan fontos kérdés, hogy törődni kellene vele. De hiszen éppen ezt kellene bizonyítania, hiszen éppen ez az, amit az állatvédők tagadnak, ezért véleménye puszta megismétlésével, mintha igazsága evidens lenne, semmit sem bizonyít.

Az előbbi hiba egy változata az ún. *önkényes fogalomátértelmezés*. Hasonlít az előzőhöz annyiban, hogy egy tételt dogmatikusan és bizonyítatlanul igaznak fogad el, s a cáfoló példa hallatán nem a tételét veti el, hanem önkényesen újraértelmez egy fogalmat.

Példa:
A: A nagy tudósok mindig magányosak és emberkerülők.
B: Neumann János társaságkedvelő és víg kedélyű ember volt.
A: Akkor Neumann János nem is volt nagy tudós.

Látható, hogy e példában *A,* állításának védelme érdekében önkényesen s megengedhetetlenül átértelmezte a tudós fogalmát, ezentúl csak azokra a tudósokra szűkítve le azt, akik magányosak és emberkerülők. Így nem bizonyította ezt az állítását, hanem ehelyett önkényesen újradefiniálta a tudós fogalmát.

Ugyanennek a hibának egy másik változata a következő típusú érvelés:

Példa: „Minden tapasztalt orvos tudja, hogy a rák diagnózisát nem szabad a beteggel nyíltan közölni". Itt az érvelő a „tapasztalt orvos" fogalmát önkényesen újradefiniálta, csak azt nevezve tapasztalt orvosnak, aki helyteleníti a rák diagnózisának nyílt közlését. Aki ilyenkor mégis a közlés mellett van, arra a vita hevében könnyen rásüthető, hogy nem is tapasztalt orvos.

Példa: „Minden tisztességes ember elutasítja az eutanázia minden formáját". Itt is, aki esetleg elfogad valamilyen eutanáziát, az könnyen tisztességtelenné minősíthető.

Az ilyen érvelések fő hibája tehát, hogy nem érvelések, hanem bizonyítatlan kinyilatkoztatások, melyek már eleve bizonyítottnak, magától értetődőnek tüntetnek fel valamit, amit bizonyítani kellene.

2. Egy vélemény igazságának és keletkezése okának összekeverése. Ez azt a tévhitet jelenti, hogy megcáfoltunk egy álláspontot, ha keletkezésének okát megmagyaráztuk. Ilyenkor valaki úgy akar megcáfolni egy véleményt, hogy rámutat, miért tette a másik azt a véleményt a magáévá.

Példa: „Az abortus erkölcsileg elfogadható, s Éva is csak azért ítéli el, mert vallásos szellemben nevelték". Az az állítás, hogy Évát vallásos szellemben nevelték, természetesen lehet igaz, de ebből még se az nem következik, hogy az abortus elítélése helytelen, se az, hogy helyes. Az abortus helyessége vagy helytelensége független attól a kérdéstől, hogy valakinek az abortusszal kapcsolatos véleménye hogyan jött létre.

Hasonló ehhez az is, ha valakit azzal akarunk megcáfolni, hogy azt mondjuk: csak az irigység, a gyűlölet, a féltékenység stb. beszél belőle. Mindez természetesen lehet igaz, de a véleményének az igazsága független a vélemény keletkezésének az okától. Abból, hogy egy véleményt valakivel például a gyűlölet fogadtatott el, nem következik még, hogy az helytelen. Egyetlen álláspontot sem lehet megcáfolni úgy, hogy rámutatunk keletkezésének az okára.

3. Az ad hominem érvelés. Gyakori jelenség, hogy a vita hevében a vitapartnerek egymást kedvezőtlennek gondolt „címkékkel" látják el, vagyis egymás

személyét minősítik s nem egymás érveit. Azt mondják például egy abortusvitában a választáspárti nézeteket vallóra, hogy feminista, vagy azt mondják a másikra, hogy morálisan éretlen, fantaszta, elefántcsonttoronyban él stb. Rosszabb esetben, a vita eldurvulásakor politikailag vagy morálisan becsmérlő jelzőket is mondhatnak egymásra (például fasiszta, bolsevik stb.). Látni kell, hogy még ha ezek a vádak az adott esetben esetleg igazak lennének is, akkor is csak a másik személyéről mondanak valamit, de nem a másik érveiről. Még fantasztáknak, éretlen személyiségeknek, fasisztáknak, bolsevikoknak stb. is eszébe juthatnak jó érvek, ezért az ad hominem érvelés – túl azon, hogy udvariatlan – egyáltalán nem is érvelés, hiszen semmit nem mond a másik érveiről. Az ilyen érvelés csak arra jó, hogy elszabadítsa az indulatokat, amikor is a felforrósodott légkör lehetetlenné teszi a téma további érdemi (vagyis igazi érvekkel való) megvitatását.

4. A tekintélyérvek. Ma, a tömegkommunikáció korában gyakran kérnek fel erkölcsi kérdések kommentálására „szakértőket", vagyis neves tudósokat, politikusokat, közéleti személyiségeket stb. Azért lett a szakértő szó idézőjelbe téve, mert a szakértők legtöbbször egy adott tudományág szakértői s nem az erkölcséi. Mégis sokan hajlamosak azt gondolni, hogy ezen „szakértők" véleménye erkölcsi kérdésekben is többet nyom a latba, mint másé. Ezt a jelenséget szokták a „szakértelem generalizálódásának" nevezni. Ennek a gyakran megfigyelhető téves feltételezésnek az elkerülése érdekében nem árt szem előtt tartani, hogy a szakértők csak a saját tudományterületükön azok, erkölcsi kérdésekben nem, ezen a területen ők ugyanúgy laikusnak számítanak, s ezért ugyanakkora eséllyel tévednek, mint bárki más. Így nem szakértő például egy szülész, amikor az abortus erkölcsi vonatkozásairól beszél (noha szakértő természetesen az abortus szülészeti vonatkozásait illetően). A szakértelem generalizálódása pedig itt úgy jelentkezik, hogy amikor az abortus szülészeti vonatkozásai tárgyában szakértőként szólal meg, akkor sokszor észrevétlenül áttér a probléma morális vonatkozásaira, s hajlamosak vagyunk ilyenkor elfeledkezni arról, hogy ebben már nem szakértő, ezért ezt már csak mint egy magánember véleményét volna szabad figyelembe venni s nem mint szakértői véleményt. A szakértők nagyon fontos szerepet játszanak abban, hogy egy erkölcsi probléma esetén az adott terület tudomány által feltárt alapvető tényeit ismertessék. Ugyanakkor a probléma erkölcsi részének megoldásában nincs nagyobb szakértelmük, mint bárki másnak. Hadd álljon itt egy idézet WILFRED TROTTERTŐL: „Nem szabad azt gondolnunk, hogy a tudományos módszer alkalmazása egyszersmind megnöveli az emberi értelem erejét. Semmit sem cáfol inkább a tapasztalat, mint azt a vélekedést, hogy a tudomány egy vagy több területén kiemelkedő ember nagyobb valószínűséggel gondolkodik értelmesen hétköznapi dolgokról, mint bárki más" [22].

5. A hamis általánosítás. Ez annak a közhelynek a figyelmen kívül hagyását jelenti, hogy ami egy csoportra igaz, az nem feltétlenül igaz a csoport minden egyes tagjára, illetve, ami a csoport egy tagjára jellemző, az nem feltétlenül jellemző a csoport egészére is. Például a magyar egészségügy nagyon sok oldalról kritizálható, ez azonban nem mondható el az ebben az egészségügyben dolgozó minden egyes orvosról, s fordítva: abból, hogy sok orvos kiváló s példaszerű módon dolgozik, nem következik, hogy a magyar egészségügy működése is kiváló és példaszerű.

6. Az egyik premissza elhagyása az érvelésből. Egy egyszerűbb érvelés 2 premisszából s egy konklúzióból áll.

Példa:

1. Ha egy beteget kellő indok nélkül nem tájékoztatnak állapotáról, ezzel az információhoz való fontos jogát sértik meg.

2. X beteg tájékoztatását indokolatlanul elmulasztották.

3. Tehát *X* betegnek megsértették az információhoz való jogát.

1. és 2. a következtetés két premisszája, a 3. pedig a konklúzió.

Természetesen a mindennapi erkölcsi viták során gyakran előfordul, hogy nem ilyen szabályosan érvelnek, mert például az egyik premisszát – evidensnek érezve – elhagyják, így kimondását felesleges időhúzásnak tartják. Ez azonban sokszor komoly tévedések forrása, hiszen így olyan érveléseket is helyesnek fogadnak el, melyek tarthatatlansága rögtön kiderülne, ha az érvelés minden premisszáját világosan kimondanák. Gyakran lehet hallani például, hogy genetikailag károsodott magzatok abortusa megengedhető, hiszen ilyen szelekciót a természet is végez (a spontán abortusok nagy része az ilyen genetikailag károsodott magzatok kiszelektálódásával magyarázható). Az önmagában némiképp meggyőzőnek tűnő érvelés megalapozatlansága rögtön kiderül azonban, ha szabályosan kimondunk minden, az érvelésben rejtetten szereplő premisszát, például a következő módon:

1. Amit a természet „végez”, ami természetes, az erkölcsileg mindig helyes.
2. Genetikailag károsodott magzatok kiszelektálását spontán abortus formájában gyakran „végzi” a természet.
3. Tehát genetikailag károsodott magzatok kiszelektálása művi abortus formájában erkölcsileg elfogadható.

Az érvelést így szabályosan felírva rögtön látható, hogy az 1. premissza nyilvánvalóan hamis, hiszen számos természetes folyamatot nem tekintünk erkölcsileg helyesnek. Például természetes a fájdalom, mégis igyekszünk csillapítani, termész-

tes lenne a gyengébb újszülöttek elpusztulása, mi mégis igyekszünk megmenteni őket stb.[23]. Fontos észrevenni, hogy az előbbi érvelés konklúziója (a 3. állítás) más premisszákból kiindulva esetleg levezethető. Csak az az érv bizonyult megalapozatlannak, mely a genetikai okokból végzett abortust a természet hasonló „gyakorlatára" való hivatkozással próbálta igazolni.

Ha időtakarékosságból nem is lehet mindig minden érvelést úgy lefolytatni, hogy az abban szereplő összes premisszát világosan kimondjuk, mégis ez a „szabályos" eljárás, s sok tévedéstől kímélhet meg bennünket, ha érveléseinket (s mások érvelését) ily módon is ellenőrizzük.

AZ ERKÖLCSI VITÁKAT KÍSÉRŐ EGYET NEM ÉRTÉS NÉHÁNY OKA

Egy etikai vita során az első lépés a vitatott kérdéssel kapcsolatos tények lehető legpontosabb megismerése. Sok nézeteltérés fő forrása ugyanis az, hogy a vitatkozók nem ugyanazokat a tényeket ismerik, esetleg bizonyos tényekről egyszerűen nincs tudomásuk, illetve bizonyos tényeket rosszul ismernek. Így minden etikai vitának a tények lehető legpontosabb tisztázásával kell kezdődnie. Az etikai viták-nak ez az a szakasza, melyben az egyes szaktudományok képviselői nélkülözhetetlenek, hiszen általában ők ismerik legjobban az adott tárgyra vonatkozó tényeket. Ezt követően fontos bizonyos fogalmak jelentésének a tisztázása, hiszen a vita forrása sokszor az, hogy egy adott fogalmon a vitapartnerek nem ugyanazt értik. Például állíthatja valaki, hogy az eutanázia minden formája elfogadhatatlan, ugyanakkor alaposabban megvizsgálva kiderülhet, hogy az illető ezt csak azért tudja meggyőzően állítani, mert az eutanázia bizonyos – mások által indokolhatónak tekintett – formáit ő egyáltalán nem is tekinti eutanáziának.

Ha a tények rögzítése és a fogalmak jelentésének tisztázása után is marad egyet nem értés, akkor ennek oka már az erkölcsi értékek különbözősége. Előfordulhat, hogy a vita nem oldható meg, mert fő forrása bizonyos végső értékekben való egyet nem értés. Végső erkölcsi értékek azok, melyeket valaki már minden további érvelés nélkül elfogad jónak, melyek az illető számára a legfontosabbak s a legmegkérdőjelezhetetlenebbek. Ezek olyanok, mint egy geometriai rendszer axiómái; az egész erkölcsi rendszer ezekből indul ki s ezek igazságától függ. Vagyis a végső értékekből levezetett értékek igazsága a végső értékek igazságának a függvénye, a végső erkölcsi értékek mint az erkölcsi rendszer axiómái azonban már nem bizonyíthatók[24]. A végső erkölcsi axiómák elfogadásának következményeit azonban tapasztaljuk a gyakorlatban. Az élő erkölcsi rendszer tehát olyan, hogy legalapvetőbb (tovább már nem bizonyítható) erkölcsi értékeinket kitesszük a tapasztalat próbájának, s megvizsgáljuk, hogy elfogadásukból milyen más elvek elfogadása

következik, s hogy ezek a levezetett elvek elfogadhatók-e számunkra. Így vizsgálva kiderülhet, hogy az első pillantásra támadhatatlannak tűnő erkölcsi alapelvek elfogadása elfogadhatatlan következményekhez vezet, melyeket csak a korábban cáfolhatatlannak hitt alapelv módosítása révén tudunk elkerülni. Például az élet minden formája tiszteletének az elve, mely első pillantásra magától értetődőnek látszik, a gyakorlatban megengedhetetlenné tenné azt, hogy egy tüdőgyulladásban megbetegedett embert antibiotikummal gyógyítsunk, hiszen az antibiotikum által elpusztított baktériumok maguk is az élet egy formáját képviselik. Így ha az antibiotikumok adását ilyenkor mégis elfogadhatónak érezzük, akkor módosítanunk kell alapelvünket, s az élet minden formájának feltétel nélküli tiszteletét el kell utasítanunk. Ily módon hasonlóság van a tudomány fejlődése és az etika fejlődése között. A tudomány sem más, mint a tények és a róluk szóló elmélet szakadatlan összevetése, s az elmélet korrigálása a tapasztalatok fényében. Ahol ez nem lehetséges, ott a tudomány holt dogmává merevedik. Hasonlóképpen az etikában is állandóan ki kell tenni erkölcsi elveink következményeit a tapasztalatnak, vagyis szembesülnünk kell erkölcsi elveink következményeivel, s ezek fényében esetleg kiinduló erkölcsi axiómáink is módosításra szorulnak. Ez az élő erkölcsi rendszer jellemzője, s ahol ez nem lehetséges, ott az erkölcs éppúgy halott etiketté merevedik, ahogy a tudományos elméletek is dogmákká fajulhatnak[25].

ABSZOLUTISTA ÉS PLURÁLIS ERKÖLCSI RENDSZEREK

Alapvetően kétféle módon lehet az erkölcsről és az etikáról gondolkodni. Az egyik felfogás szerint, ahogyan a tudományban az igazság mindig egy, vagyis az egymással szemben álló vélemények közül mindig csak az egyiknek van igaza, ugyanez az erkölcsi-etikai kérdésekre is igaz. Ahogyan például a „Hány kromoszómája van egy egészséges embernek?" kérdésre csak egyetlen helyes válasz adható, de végtelenül sok téves válasz, ugyanúgy az erkölcsi kérdésekre adott válaszok közül is csak az egyik lehet helyes, a többi pedig szükségszerűen helytelen. Innen általában már csak egy lépés a következtetés: ha az erkölcsben egyetlen helyes álláspont van, s az az ember által megismerhető, akkor esetleg ennek az abszolút igazságnak a nevében kényszeríteni is lehet másokat ezen igazságok elfogadására s az ezek szerint való életre[26].

A másik felfogás szerint viszont az erkölcsi-etikai igazság természete alapvetően különbözik a tudományos igazságokétól. Erkölcsi vonatkozásban sokszor több, egyaránt elfogadható és védhető álláspont is létezik, s ezek tolerálása egy pluralista társadalom létezésének alapvető feltétele. A mai demokratikus társadalmak gyakorlata alapvetően ezt a második felfogást fogadja el, hiszen e társadalmakra az erkölcsi pluralizmus jellemző. Ez azt jelenti, hogy erkölcsi kérdésekről az emberek

sokféleképpen vélekedhetnek, s az emberek végső erkölcsi értékeiben is elfogadjuk a sokféleséget. Mivel a mai szekularizált társadalmakban az egyes vallások által a konkrét erkölcsi kérdésekre adott válasz csak azok számára meggyőző, akik az adott vallás speciális hittételeit elfogadják, ezért ma egyetlen vallás sem tud mindenki által elfogadható választ adni a bioetikai problémákra. Erre azonban a világi etika sem képes, hiszen a mai pluralista társadalmak ENGELHARDT[27] kifejezésével élve politeisták, ami azt jelenti, hogy egy mai társadalomban az emberek sokféle istent imádnak, vagyis sokféle értéket helyeznek értékhierarchiájuk csúcsára. Van, akinek a siker a legfőbb érték, másoknak a gazdagság, ismét másoknak a hatalom, a tudás, a szépség, az erő stb. A sor a végtelenségig folytatható. A pluralista társadalmak pluralista erkölcse az egyes értékrendek egymás iránti toleranciáját kívánja meg. Ha azonban ez így van, akkor hogyan lehet bioetikai kérdésekben állást foglalni? Hogyan lehet eldönteni, hogy az egyes kérdésekre adott szükségszerűen többféle válasz közül melyik a helyes? Hogyan tud itt segíteni a bioetika vagy bármilyen etika?

A BIOETIKA SZEREPE A PLURÁLIS TÁRSADALOMBAN

Nagyon valószínű, hogy lehetetlen konszenzust elérni az etika bármely ágában[28], s ez nagyon kiábrándító annak, aki a természettudományok sokkal egyértelműbb igazságaihoz szokott hozzá. Amit a bioetika s általában az etika mégis nyújthat, az a következő.

1. Noha nem mindig tud egy erkölcsi dilemma megoldására egyetlen helyes megoldást ajánlani, mert sokszor több különböző alternatíva egyaránt védhető, annyit azonban feltétlenül tenni tud, hogy az esetleg kínálkozó több alternatíva közül néhányat kizár mint erkölcsileg elfogadhatatlant. S ha például hét lehetséges alternatíva közül négyet mint erkölcsileg elfogadhatatlant kizár, a maradék hármat viszont egyaránt elfogadhatónak, védhetőnek ítéli, akkor már ezzel is jelentős segítséget nyújtott az etikai dilemma megoldásában, hiszen a megmaradt három lehetőség közül már mindenki egyéni lelkiismerete szerint szabadon választhat.

2. A másik fontos segítség, amit a bioetika nyújthat, megfelelő procedúrák (eljárási szabályok) kidolgozása. Ez azt jelenti, hogy egy morális dilemma esetén nem azt mondja meg, hogy mi a dilemma jó megoldása, hanem azt, hogy milyen eljárással, procedúrával kell a dilemmát megoldani, hogy az erkölcsileg elfogadható legyen. Ily módon hasonlít a politikához, ahol erkölcsileg sokszor bármilyen döntés elfogadható, melyet megfelelő módszerrel (például a többségi szavazás elvével) hoztak, viszont ha ezt megsértették, akkor a módszer – esetleges kedvező

eredménye ellenére is – morálisan kifogásolható[29]. Mint a későbbiekben látni fogjuk, a mai bioetika nagyon sok orvosetikai kérdésben ilyen procedurális válaszokat ad, hiszen a döntéshez vezető procedúra igazságosságának a kritériumait gyakran sokkal könnyebb megállapítani, mint a procedúra eredményének igazságosságát.

Jegyzetek az első fejezethez*

[1] *Parsons, T. (*1949): The Social System. Glencoe: The Free Press. cit: *Ranschburg J.* (1984): Szeretet, erkölcs, autonómia. Budapest, Gondolat (p. 101)
[2] *Downie, R. S., Calman, K. C.* (1987): Healthy Respect. Ethics in Health Care. London, Boston, Faber and Faber (p. 243–244)
[3] *Engelhardt, T. H. jr.* (1986): The Foundations of Bioethics. Oxford University Press (p. 24)
[4] *Wollheim, R.* (1967): Natural Law. In: *Edwards, P.* (ed.)(1967): The Encyclopedia of Phylosophy. New York, London, Collier Macmillan Publishers.
[5] *Hart, H. L. A.* (1967): Legal Positivism. In: *Edwards, P.* (ed.) (1967) i. m.
[6] *Gillon, R.* (1985): Philosophical Medical Ethics. Chichester, New York, John Wiley and Sons (p. 13)
[7] *Rawls, J.* (1972): A Theory of Justice. Oxford, Clarendon Press (p. 355)
[8] Ibid. (p. 364)
[9] Ibid. (p. 365)
[10] Ibid. (p. 366)
[11] Ibid. (p. 367)
[12] Ibid. (p. 363)
[13] Ibid. (p. 368)
[14] Ibid. (p. 373)
[15] Ibid. (p. 383)
[16] Ibid. (p. 368)
[17] Ibid. (p. 369)
[18] *Wanzer, S. H.* et al: Physician's responsibility towards hopelessly ill patients. N. Engl. J. Med .1989; 320:844–849.
[19] *Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): Principles of Biomedical Ethics. (Third ed.) New York–Oxford, Oxford University Press (p. 146)
[20] *VanDeVeer, D.:* Introduction. In: *VanDeVeer, D., Regan, T.* (1987): Health Care Ethics. An Introduction. Philadelphia, Temple University Press (p. 11)
[21] *Downie, R. S., Calman, K. C.* (1987): i. m. (p. 122–125)
[22] Cit.: *Hayek, F. A.* (1988): The Fatal Conceit: the errors of socialism. Routledge (p. 48)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[23] *Gillon, R.*(1985): i. m. (p. 39)
[24] *Glover, J.* (1988): Causing Death and Saving Lives. Penguin Books (p. 24)
[25] Ibid. (p. 27–28)
[26] *Loewy, E. H.* (1989): Textbook of Medical Ethics. Plenum Publishing Corporation (p. x)
[27] *Tristram Engelhardt, H. Jr.* (1986): i. m. (p. 20)
[28] Ibid. (p. 40)
[29] Ibid. (p. 41)

2. fejezet – Normatív etikai elméletek I.

(Deontológiai és konzekvencionalista etikai rendszerek)

Az alábbiakban megkísérlünk nagyon rövid áttekintést adni a fontosabb etikai elméletekről. Erre azért van szükség, mert a bioetika mint alkalmazott etika erősen támaszkodik az általános etikai elméletekre, s egyes konkrét érvelések sokszor csak akkor érthetők, ha ismerjük azt az általános etikai rendszert, melyre támaszkodnak. Az elméletek ismertetése során azonban – terjedelmi korlátok miatt – az egyes irányzatokat csak olyan részletességig ismertetjük, amennyi a bioetikában használt gyakoribb érvelésmódok megértéséhez szükséges. Így természetesen igazságtalanul járunk el, hiszen például KANT jelentősége a filozófiai gondolkodásban olyan nagy, hogy jóval több teret és sokkal kiterjedtebb tárgyalást érdemelne, mint amire lehetőségünk nyílik. A rövidség kedvéért azonban célszerű csak a bioetikai érvelések megértéséhez legnélkülözhetetlenebb ismereteket összefoglalni.

Az etikai elméletek két fő csoportba oszthatók: a deontológiai és a teleológiai (konzekvencionalista) etikai rendszerekre. Minden etikai elmélet besorolható a két kategória valamelyikébe. A kettő bemutatása külön-külön nagyon nehéz, ezért célszerűbb mindegyik tárgyalásakor állandóan utalni a másikra is, s megmutatni, miben térnek el egymástól, mert eme kontraszt megkönnyíti az egyes elméletek sajátosságainak a megértését. Az alábbiak során először a deontológiai és az utilitarisztikus megközelítés általános jellemzőit tárgyaljuk, majd részletesebben is megvizsgálunk néhány fontosabb etikai elméletet: a természetjogi érvelést, a kanti etikát, a szerződéselméleteket és az erényetikákat. Minden általános normatív etikai elmélet voltaképpen egy-egy válaszkísérlet arra a kérdésre, hogy „Hogyan kell élnem?”, illetve „Mit kell tennem?”. Így az egyes etikai elméletek során igyekszünk röviden összefoglalni, hogyan válaszol az illető elmélet ezekre a kérdésekre.

A DEONTOLÓGIAI ETIKAI RENDSZEREK ÁLTALÁNOS JELLEMZŐI

A deontológia terminus két görög szó (deon – kötelesség és logosz – tudomány) összetételéből származik. Jelentése tehát: a kötelességek tana. Az etika deontológiai elméletei szerint a „Hogyan kell élnem?” kérdésre a válasz a következő: Teljesítsd kötelességeidet, tartsd be a mindenki által ismert erkölcsi szabályokat, még akkor is, ha úgy tűnik, hogy ezek megszegése az adott helyzetben a legtöbb ember számára jobb következményekkel járna, mint a szabályok betartása! Így egy cselekedet erkölcsi helyessége attól függ, hogy az az erkölcsi szabályokat tiszteletben

tartja-e vagy sem. Ha igen, akkor a cselekedet erkölcsileg helyes, ha nem, helytelen, függetlenül a következményektől[1]. Az erkölcsi szabályok azok, melyeket minden kultúra, civilizáltabb társadalom évezredek óta tanít, s melyeket minden gyerek már egészen kicsi kora óta tud. Ezek azok a szabályok, melyeket megfogalmaztak a Tízparancsolatban is, de más vallások és kultúrák kódexeiben ugyanúgy megtalálhatók, s melyeket valamennyien evidensnek érzünk. Ilyenek például: Ne ölj! – Ne lopj! – Ne hazudj! – Ígéreteidet tartsd be! stb. Ezek a szabályok, mint látható, leginkább pontosan megfogalmazott tiltások, s ez nem véletlen. Megfogalmazhatók lennének ugyanis e tiltások parancsként is, például a „Ne hazudj!" elve úgy, hogy „Mindig mondd meg az igazat!", így azonban – a deontológusok szerint – nem ugyanaz lenne a jelentésük. A „Ne hazudj!" szabály ugyanis nem azt jelenti, hogy mindig meg kell mondani az igazat, csak azt, hogy nem szabad direkt módon hazudni. Az igazság elhallgatása azonban a deontológia szerint nem azonos a hazugsággal, és néha megengedhető[2]. Hangsúlyozni kell, hogy a klasszikus deontológiai elméletek szerint ezek a szabályok abszolútak, vagyis soha, semmilyen körülmények között nem elfogadható a megszegésük! Ezt egyébként a szabályok megfogalmazásának kategorikus (feltétlen) jellege is sugallja. Nem azt mondják, hogy „Lehetőleg ne ölj!", hanem azt: „Ne ölj!", nem azt mondják, hogy „Ritkán hazudj!", hanem azt: „Ne hazudj!"[3]. A deontológiai elméletek szerint tehát az e szabályok által tiltott tettek abszolút tiltottak, elkövetésük soha nem megengedett, még akkor sem, ha az erkölcsi szabály megszegése az adott helyzetben jobb következményekkel járna, mint a tilalom tiszteletben tartása. Például ha egy gyilkos keresi a nálam bujkáló barátomat, s meg akarja ölni, kérdésére, hogy hol bujkál az illető, nem hazudhatok, még akkor sem, ha ezzel megmenteném barátom életét, hiszen így megszegném a „Ne hazudj!" szabályt. (Ez volt például KANT véleménye, aki a deontológiai elmélet első következetes kidolgozója.) Így tehát akármekkora jó lenne létrehozható a szabályok egyikének a megszegésével, vagy akármekkora rossz lenne ily módon megakadályozható, a szabályokat még akkor sem szabad megszegni. Az erkölcsi szabályokat tehát mindig be kell tartani, bármi is lesz annak következménye. Ezt fejezi ki a „Fiat justitia, pereat mundus!" (Legyen igazságosság, s vesszen a világ!) ismert mondás is, melynek értelme: bármilyen rossz következményekkel járjon is egy adott helyzetben az erkölcs szabályainak (például itt az igazságosság szabályainak) a betartása akár az egész társadalomra nézve is, a szabályokat akkor is be kell tartani[4]. Egy cselekedet erkölcsi megítélésének döntő szempontja tehát az, hogy megfelelt-e az illető tett az erkölcsi szabályoknak, s nem az, hogy a tett végrehajtásából mennyi haszon vagy kár származott. A deontológiai elméletek szerint tehát e szabályokat nem azért kell betartani, mert betartásuk a közösségnek vagy a társadalomnak általában hasznos, hanem azért, mert betartásuk önmagában is érték. Vannak tehát cselekedetek, melyeket egy erkölcsös embernek soha, semmilyen körülmények között nem szabad végrehajtania. Nagyon nagy erővel fejezi ki a deon-

tológia ezen abszolút tiltásokban gondolkodó jellegét DOSZTOJEVSZKIJ álláspontja: ha az egész világ békéjének, nyugalmának s minden ember végső boldogságának eléréséhez szükséges és elegendő lenne egyetlen kisgyerek megkínzása, ezt a kisgyermeket akkor sem lenne szabad megkínozni! [5]

A deontológiai elméletek elutasítják azt az utilitarista elvet, miszerint minden emberi érdek pártatlan figyelembevétele a legfőbb erkölcsi kötelesség. Ennek elfogadása ugyanis annak elismerését követelné, hogy ha például egy ember megkínzásával meg lehetne száz másikat menteni, akkor az egy megkínzása indokolható. (Ilyen dilemma vetődik fel például a következő esetben: Egy terrorista bombát rejtett el egy repülőgépen. A repülőtéren elfogják, a repülőgép azonban már úton van, s a bomba néhány perc múlva robban. Leszállni már nem lehet, hatástalanítani a bombát a repülőgép személyzete azonban csak akkor tudja, ha megtalálják azt. A terrorista azonban nem hajlandó megmondani, hová rejtette a bombát. Erkölcsileg megengedhető-e ilyenkor az, hogy kínzással igyekezzenek a terroristát szóra bírni, azzal az érveléssel, hogy egy ember megkínzása kisebb rossz, mint száz ember pusztulása, s egy tömegkatasztrófa megakadályozása indokolhatóvá teszi azt, hogy megszegjenek egy fontos erkölcsi szabályt: senkit nem szabad megkínozni!) Ezt az utilitarista véleményt a deontológia nem fogadja el, s általában a később tárgyalandó kettős hatás elvére szokott hivatkozni véleménye alátámasztására[6].

Jelentős különbség van a deontológiai és az utilitarista rendszerek között abban is, hogy mi a helyes tett kritériuma. Az utilitaristák szerint helyes tett az, mely az adott szituációban a legtöbb embernek a legtöbb jót teszi, s minden más alternatíva helytelen. Így az utilitarizmusra az erkölcsileg helyes fogalmának szűkebb értelmezése a jellemző. Több alternatíva közül eszerint mindig csak egyetlen egy lehet helyes (az, amelyik a legtöbb embernek a legtöbb jót teszi), az összes többi alternatíva helytelen. Ezzel szemben a deontológiai elméletekre az erkölcsileg helyes fogalmának tág, plurálisabb értelmezése a jellemző: erkölcsileg helytelen mindaz, ami valamely erkölcsi szabályt sért. Ami nem helytelen erkölcsileg (nem sért szabályt), az helyes, s ha egy helyzetben több ilyen alternatíva is van, akkor mindegyik alternatíva egyaránt elfogadható helyesnek. Egy deontológus számára nem kötelező azt az alternatívát választani, mely a legtöbb embernek a legtöbb jót teszi, számára elég pusztán az, hogy ne vétsen morális szabály ellen, egy utilitarista számára viszont mindig kötelező a lehető legtöbb jót tenni, illetve a lehető legtöbb rosszat megakadályozni, s ha valaki kevesebb jót tesz vagy kevesebb kárt akadályoz meg, mint amennyit az adott szituációban lehetséges lenne, ez az utilitarizmus számára mindig elfogadhatatlan[7]. Ezért tehát egy utilitarista számára bármely erkölcsi dilemmának csak egyetlen helyes megoldása van (az, amelyik az adott szituációban a legtöbb embernek a legtöbb jót teszi), a deontológus számára viszont több, egyformán helyes megoldása is lehet, hiszen minden megoldás egyformán helyes, amelyik nem sért morális szabályt.

A deontológiai tiltások abszolút jellege azonban problémákat rejt magában, hiszen vannak helyzetek, amikor nem lehet úgy cselekedni, hogy valaki egyetlen szabályt se szegjen meg. Így ennek az lenne a furcsa következménye, hogy lehetnének szituációk, amikor lehetetlen lenne helyesen cselekedni. Nézzük a híres utilitarista példát.

Példa: Egy turista egy dél-amerikai városban jár, s meglát 10 indiánt, akiket a katonák falhoz állítottak, s ki akarnak végezni. Az indiánok valószínűleg ártatlanok, a parancsnok célja csak a lakosság megfélemlítése. A parancsnok, látva a turista borzadását, felajánlja neki: ha ő saját kezűleg lelövi az egyik indiánt, a másik kilencet szabadon engedi. A turista körülnéz, s kiolvassa a körülötte lévő tömeg szeméből a kérlelést, hogy fogadja el az ajánlatot. Ha semmilyen más lehetőség nincs az indiánok életének a megmentésére, elfogadhatja-e a turista az ajánlatot vagy sem? [8]

Az ilyen típusú problémák nehéz helyzetbe hozzák a deontológusokat (de természetesen nemcsak őket), hiszen – úgy tűnik – bármit is tesznek, vétenek egy szabály ellen. Ha nem fogadják el a parancsnok ajánlatát, 10 indián halálát okozzák, ha elfogadják, egy indiánt kell megölniük sajátkezűleg. Bármit is tesznek, az utilitarista felfogás szerint vétenek a „Ne ölj!" parancsa ellen, s az adott szituációban – úgy tűnik – lehetetlen helyesen cselekedni. Az ilyen paradoxonok elkerülésére dolgozták ki a kettős hatás elvét, mely az abszolutisztikus deontológiai rendszerek nélkülözhetetlen része.

A kettős hatás elve

Az Aquinói Tamás által már használt s a katolikus teológiában továbbfejlesztett elv arra a kérdésre kíván választ adni, hogy mely esetekben engedhető meg valamely erkölcsi jó elérése érdekében valamilyen (fizikai) rosszat okozni vagy rossz keletkezését eltűrni. Az elv szerint különbséget kell tenni egy tett szándékolt következménye s előre látott, de nem akart, nem kívánt „mellékhatása" között. Ha valaki szándékosan rosszat tesz, az erkölcsileg mindig elfogadhatatlan, viszont ha valaki szándéka szerint olyat tesz, ami önmagában erkölcsileg megengedhető (vagyis nem sért erkölcsi szabályt), de amely tettnek van egy – a cselekvő által előre látott, de nem szándékolt – rossz mellékhatása is, akkor az illető tette morálisan nem kifogásolható. Így egy rosszat közvetlen, direkt módon, szándékosan létrehozni tilos, viszont ugyanazt a rosszat egy szándékos tett nem szándékolt, de előre látott mellékhatásaként létrehozni erkölcsileg elfogadható.

Nézzünk két példát. A katolikus teológia szerint az öngyilkosság morálisan elfogadhatatlan. Öngyilkosság-e azonban, ha egy katona a lövészárokba dobott s még fel nem robbant gránátra veti magát, azzal a szándékkal, hogy így – testével felfog-

va a felrobbanó gránátrepeszeket – megmentse bajtársait? Erre az esetre vonatkozik a kettős hatás elve. Ha a katona azzal a szándékkal vetette volna magát a gránátra, hogy meghaljon, akkor tette öngyilkosságnak számítana, mely a katolikus erkölcstan szerint elfogadhatatlan. A példában szereplő esetben azonban a katona célja nem a saját halála volt, hanem társai megmentése. Természetesen előre látta, hogy ő maga ezáltal meg fog halni, de nem ez volt a szándéka, hanem társai megmentése. Saját halála előre látott, de nem szándékolt mellékhatása volt csupán tettének, így erkölcsileg nemcsak elfogadható, hanem egyenesen hősies tett, nem öngyilkosság, hanem önfeláldozás[9]. Hasonló módon szokták indokolni például egy igazságos háborúban egy város bombázásának a megengedhetőségét is a kettős hatás elve segítségével. Ugyanis, noha a bombázás során ártatlan emberek (például csecsemők) is áldozatul esnek, s ezt előre lehet tudni, nem az ő haláluk a bombázás szándékolt célja, hanem például egy katonai támaszpont megsemmisítése. A csecsemők halála csak előre látott, de nem szándékolt mellékhatása a bombázásnak.

A kettős hatás elvére való hivatkozásnak nagy szerepe van az orvosi etikában. Fogalmazzuk meg ezért formálisan is az elv alkalmazásának kritériumait![10, 11] Eszerint tehát, ha egy tett végrehajtása előtt a cselekvő látja, hogy tettének egy jó és egy rossz következménye egyaránt lesz, akkor a tett végrehajtása a következő feltételek együttes fennállása esetén fogadható el morálisan helyesnek.

1. Maga a tett morálisan jó, vagy legalábbis közömbös.
2. A cselekvő – szándéka szerint – csak a tett jó következményét akarja mevalósítani és nem a rossz következményét, vagyis a rossz következmény nem szándékolt.
3. A tett jó következménye nem a rossz következmény eredményeképpen jön létre, vagyis a rossz következmény nem eszköz a jó következmény eléréséhez, hanem a tett nem szándékolt, de előre látott mellékhatása.
4. A létrehozott jó nagyobb, mint a létrehozott rossz. (Az arányosság elve.)

A kettős hatás elvének képviselői különböző jelentőséget tulajdonítanak az egyes feltételek fontosságának. Vannak, akik például a 4. feltételt tartják a legfontosabbnak, s akkor az utilitarista érveléshez kerülnek közel, mások tradicionálisabban a 2. feltétel fontosságát hangsúlyozzák.

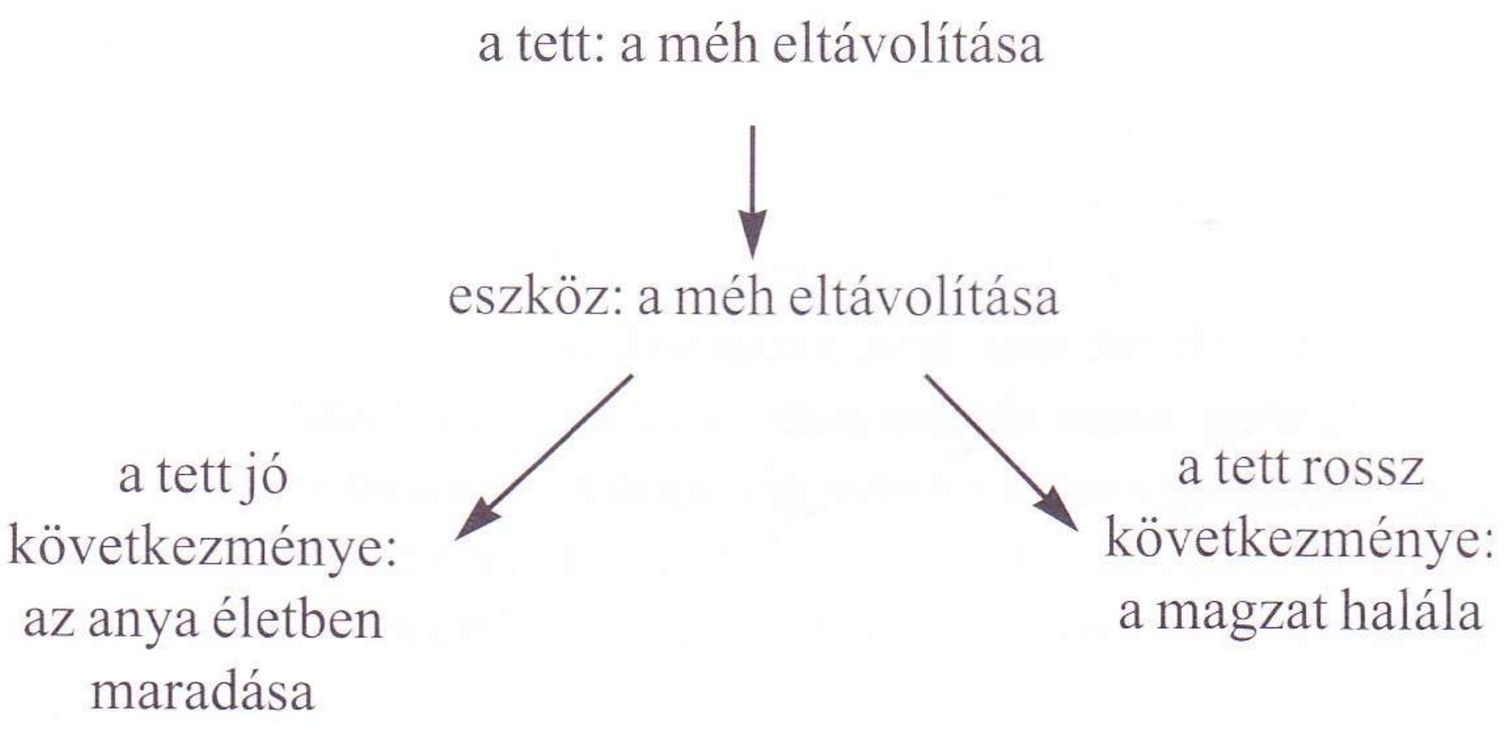
Nézzünk néhány példát, szembeállítva egymással, mi az, amit megenged a kettős hatás elve, s mi az, amit nem[12].

1. példa: méheltávolítás – koponyamegfúrás

Az abortust a katolikus tanítás ellenzi, mert úgy tartja, hogy az egyedi emberi élet a fogamzással kezdődik. Abortusnak számít-e azonban, ha egy terhes asszonynak méhrákja van, melyet csak a terhes méh eltávolításával (s így természetesen a mag-

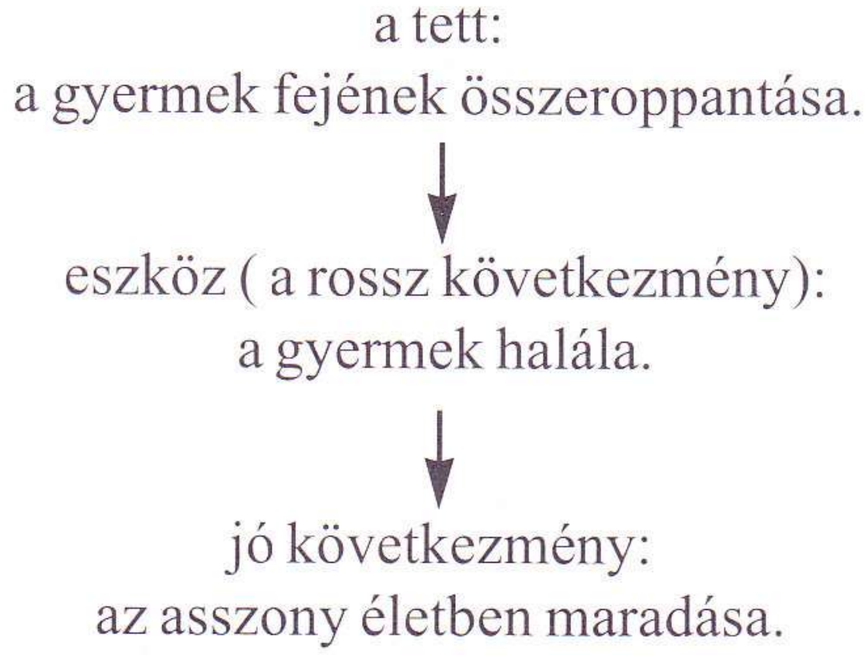
zat megölésével) lehet gyógyítani? Ugyanis, ha egy ilyen műtét abortusnak számítana, akkor nem lenne szabad elvégezni. A kettős hatás elve szerint azonban a műtét elvégezhető, mert szándéka nem a magzat megölése, hanem a terhes nő életének a megmentése. A műtétnek előre látott, de nem szándékolt, nem kívánt mellékhatása csak a magzat pusztulása, az nem eszköz az asszony életének a megmentéséhez. A kettős hatás elvét használva tehát itt nem azt mondják, hogy ebben az esetben az abortus megengedhető, hanem azt, hogy ez az eset nem abortus.

Ha rajzban ábrázoljuk ezt a példát, a következő ábrát kapjuk:



Állítsuk ezzel szembe azt a (ma már szinte sohasem, de a század elején gyakran előfordult) esetet, amikor téraránytalanság miatt megakad a szülés, s a gyermek feje beszorul a szülőcsatornába. Régen ilyenkor a gyermek fejét megfúrták, hogy a koponya összeroppantása révén az újszülött kihúzható s az anya élete megmenthető legyen. Ez a tett azonban már nem esik a kettős hatás érvényessége alá, mert itt a gyerek megölése (a tett rossz következménye) nem a tett mellékhatása, hanem közvetlenül szándékolt eszköz az anya életének a megmentéséhez, amit, mint láttuk, a *3.* pont kizár.

Rajzzal ábrázolva az alábbi ábrát kapjuk:



Ez a tett tehát a kettős hatás elve alapján erkölcsileg megengedhetetlennek minősül, mert a tett rossz következménye (a gyerek halála) eszköz a jó következmény (az anya életének a megmentése) eléréséhez, s nem csupán egy erkölcsileg önmagában elfogadható tett mellékhatása.

2. példa: morfinnal való fájdalomcsillapítás – aktív eutanázia

A katolikus tanítás szerint szándékosan egy ártatlan ember halálát okozni morálisan mindig megengedhetetlen. Ugyanakkor bizonyos esetekben olyan módon cselekedni, mely egy ember előre látott, de nem szándékolt halálát okozza, megengedhető. Például, ha egy súlyosan szenvedő, terminális állapotban lévő beteg arra kéri orvosát, hogy az kegyelemből ölje őt meg (például adjon neki intravénásan halálos injekciót), akkor ezt az orvos nem teheti meg, mert a jó következményt (a beteg szenvedéseinek a megszűnését) az orvos itt csak úgy érhetné el, hogy szándékosan megölné a beteget. Így a beteg halála (rossz következmény) eszköze lenne a jó következmény (a beteg szenvedésmentes állapota) eléréséhez. Így ez a tett nem indokolható a kettős hatás elvével, mert a rossz következmény a jó elérésének eszköze.

Ábrán szemléltetve:

a tiltott tett:
mérget adni a betegnek.

↓

eszköz:
(a rossz következmény):
a beteg halála.

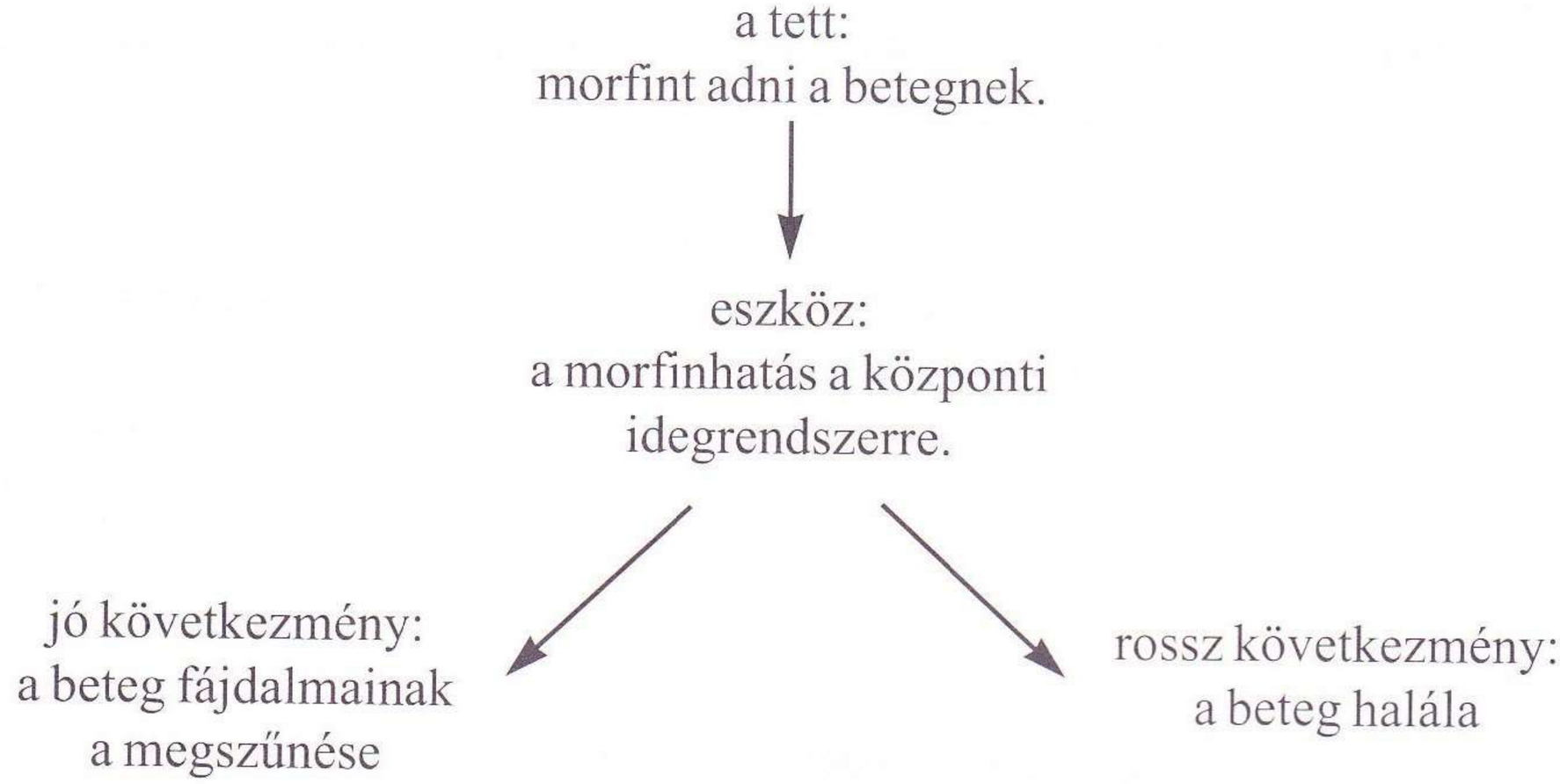
↓

a jó következmény:
a beteg fájdalommentes
állapota

Megengedhető-e ezzel szemben az, hogy a haldokló beteg fájdalmainak a csillapítása céljából az orvos morfint adjon, ha ugyanakkor tudja, hogy annak légzésdeprimáló hatása is van, s ezáltal a beteg halálát valószínűleg sietteti?

A kettős hatás elve alapján ez megengedhető, mert a morfin adásának csak előre látott, de nem kívánt mellékhatása a légzésre és a keringésre gyakorolt kedvezőtlen hatás s emiatt a beteg halála.

Ábrával feltüntetve:



Itt tehát a beteg fájdalmainak a csillapodása nem a beteg halálából ered, hanem a morfin hatásából, melynek csak mellékhatása a beteg halála.

A kettős hatás elvének az értékelése. Bár az elvet széles körben alkalmazzák a katolikus teológiában, mégis sok teológus kritizálja, a világi filozófiában pedig jóval kevésbé népszerű. Tekintsük át a kettős hatás négy feltétele ellen felhozott kritikákat külön-külön[13]. Az *1.* feltétel szerint csak olyan módon cselekedhetünk, hogy tettünk önmagában (vagyis következményeitől eltekintve) ne legyen rossz, vagyis ne sértsen erkölcsi szabályt. Eszerint tehát például soha, semmilyen indokkal nem szabadna hazudni, a hazugság minden körülmények között rossz lenne. Erre azonban a józan ész ellenpéldák sokaságát kínálja. Tegyük fel például, hogy a múlt századi rabszolgatartó Amerikában, ahol a szökött rabszolgát halállal büntették, valaki egy szökött rabszolgát a pincéjében bújtat. Hazudhat-e ilyenkor az illető a rabszolgát keresők azon kérdésére, hogy „Nem látta errefelé a rabszolgát?" Hazudhat-e a szökött zsidókat bújtató ember a szökevényeket kereső Gestapo tisztnek? Ezek a példák azt sugallják, hogy a hazugság abszolút tilalma nem elfogadható, hiszen lehetnek olyan helyzetek, amikor a hazugság indokolhatónak tűnik. A kettős hatás elvének *1.* feltétele azonban kizárja, hogy bármilyen erkölcsi szabály ellen vétsünk, vagyis az erkölcsi szabályokat abszolútnak tekinti, s ez nem látszik elfogadhatónak.

A *2.* feltétel szerint a cselekvő csak tettének jó következményét akarhatja, míg a rosszat csak előre láthatja, de akarnia azt nem szabad. A szándékolt következmény elkülönítése az előre látott, de nem szándékolt következménytől azonban problematikus, mert azt a kérdést veti fel: mit jelent a szándék fogalma? Ha egy tett végrehajtása előtt előre tudom annak kedvezőtlen következményeit, s a tettet mégis

végrehajtom, akkor a nemkívánatos következményeket is akartam (ha nem is volt szándékomban a létrehozásuk), vagy létrejöttüket legalábbis eltűrtem, hiszen ha igazán nem akartam volna, akkor nem hajtottam volna végre a tettet[14]. Vagyis hiába nem tartok kívánatosnak egy következményt, ha tettemmel én hozom létre, s előre tudom, hogy tettemmel létre fog jönni, akkor nehezen mondhatom, hogy létrejötte mégsem volt szándékolt.

Másrészt a konkrét eseteket elemezve a józan ész számára kevés különbséget találunk. Hiszen mind a méhrákos asszony, mind a koponya megfúrását igénylő szülészeti komplikáció esetén ugyanaz volt az orvos szándéka és a tettének következménye. Mindkét esetben az anya életét akarta megmenteni, s mindkét eset eredménye a magzat előre látott halála lett. Egyik esetben sem kívánta öncélúan a magzat halálát, s mindkét esetben tartózkodott volna a magzat életének az elvételétől, ha az anya életét másképp is meg lehetett volna menteni. Vagyis a két orvos szándékában s a két tett eredményében nincs semmi, morálisan lényeges különbség, mégis, a kettős hatás elve alapján az egyik megengedhető, a másik megengedhetetlen.

Hasonlóképpen, az eutanázia példájában is úgy tűnik, nem az az igazi kérdés, amit a kettős hatás elve sugall, hogy a beteg halála szándékolt-e (s ekkor megengedhetetlen), illetve csak előre látott mellékhatás-e (s ekkor elfogadható), hanem az: indokolt-e ilyen vagy olyan módon a beteg halálát elősegíteni vagy sem[15].

A *3.* feltétel szerint a tett jó eredménye nem jöhet létre a rossz eredmény következményeként, vagyis soha nem szabad szándékosan rosszat akarni azzal az indoklással, hogy a cél szentesíti az eszközt. Az orvostudomány azonban itt is ellenpéldák sokaságát kínálja. Egy hererák kezelését például sokszor a here eltávolításával (kasztrációval), majd radioterápiával és kemoterápiával végzik. Vagyis a beteget megcsonkítják, sterillé teszik, olyasmit tesznek vele, ami önmagában kétségtelenül rossz, de mégis elfogadható az így elérhető jó eredmény (a rák szétterjedésének megakadályozása) céljából. Az orvostudományban használatos sokféle csonkító, károsító eljárás jól példázza, hogy egy jó elérése sokszor csak önmagában rossz, de következményeiben jó tettek végrehajtásán keresztül lehetséges.

Utalnunk kell azonban az előbb említett utilitarista példára (meg lehet-e ölni egy embert kilenc másik megmentése érdekében), mert rajta megmutatható a kettős hatás elvének ereje és gyengesége is. Egy utilitarista ugyanis, aki nem hisz bármiféle tiltás abszolút erejében, az említett esetben megzsarolható: ha nem öl meg egy ártatlan embert, akkor a parancsnok kivégeztet tizet. Természetesen a számok növelhetők, követelhető például, hogy valaki öljön meg száz ártatlant, hogy megmentsen vele ezret, vagy egymilliót öljön meg, hogy megmentsen vele tízmilliót stb. Így egy nem abszolutista pozíciót elfoglaló sehol nem tud megállni, hiszen ő mindig csak a kisebbik rosszat választhatja egy nagyobb rossz elkerülése érdekében. Egy deontológus, aki ilyenkor a kettős hatás elvét hívja segítségül, ilyen módon nem zsarolható meg, hiszen mondhatja: ő ártatlant semmilyen körülmények között nem haj-

landó megölni, s ha ennek az lesz a következménye, hogy a parancsnok megöl tizet, akkor ez előre látott, de nem kívánt következménye lesz a deontológus tettének, amiért ő nem felelős. Természetesen ugyanebben rejlik az abszolutista pozíció gyengesége is: ha egy embernek csekély kárt okozva megmenthető lenne száz másik élete, a deontológus elutasíthatja a száz életének a megmentését, mondván: a meg nem mentettek felesleges halála csak előre látott, de nem kívánt következménye annak, hogy ő betart egy erkölcsi szabályt (kis kárt sem okoz senkinek). Ezért ANSCOMBE helyesen jegyzi meg, hogy míg a kettős hatás elvének teljes elutasítása eltorzíthatja a nem katolikus, világi gondolkodást, addig túlzott alkalmazása ugyanúgy eltorzíthatja a katolikus gondolkodást. Ez utóbbi akkor következik be, hogyha nem veszik figyelembe egy tett negatív mellékhatásait, bármilyen bizonyos és előre látható is az, csupán azért, mert az csak mellékhatás[16].

Összefoglalásul azt mondhatjuk, hogy a kettős hatás elve elfogadható része az, hogy a mellékhatások általában sokkal bizonytalanabbak (hiszen a cselekvő nem akarja őket), mint a tett akart, szándékolt hatásai. Ezért egy tett eszközeinek és céljának rossz voltát sokkal kevésbé szabad eltűrni (mert ennek bekövetkezése biztosabb), mint mellékhatásainak rossz voltát (melyeknek bekövetkezése sokkal bizonytalanabb). Ez főleg akkor igaz, ha a mellékhatások más személyek döntéseitől is függnek (mint példánkban, ahol az indián megölésének visszautasítása után a parancsnok döntésétől függ, hogy megöli-e a tíz indiánt vagy sem)[17]. Ezért azt mondhatjuk, hogy minél biztosabb, előre láthatóbb a mellékhatás, annál kevésbé használható a kettős hatás elve, hiszen egy biztosan bekövetkező mellékhatást a cselekvőnek döntésében feltétlenül figyelembe kell vennie, és éppen akkora súllyal, mint a főhatást. (Éppen ezért szoktak újabban egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítani a kettős hatás elve *4.* feltételének, mely a hatás és a mellékhatás jó, illetve rossz volta közötti arányt hangsúlyozza. A probléma ezzel az, hogy így a kettős hatás elve elveszíti eredeti funkcióját, s voltaképpen egyszerű utilitarista elvvé válik.)

Éppen a mindennapi orvosi gyakorlat adja a legjobb példát arra, hogy a hatást és a mellékhatást az orvosnak egyaránt figyelembe kell vennie, s döntése során egyforma súllyal kell szerepeltetnie.

A mai morálteológiában újabban nagy hangsúlyt kapott a kettős hatás elve alkalmazásának az eredeti tomista megfogalmazásban már szereplő feltétele: a jó és a rossz hatás szétválaszthatatlansága. Eszerint a kettős hatás elvét csak legvégső esetben szabad alkalmazni, akkor, ha a rossz mellékhatás mellett a nagyobb jó elkerülhetetlenül bekövetkezik, s a jó létrehozásával az (arányosan kisebb) rosszat semmilyen módon nem lehet elkerülni[17b].

A kettős hatás elvére azonban csak akkor van szükség, ha valaki az erkölcsi szabályok abszolút voltában hisz. Azok az etikai rendszerek ezért, melyek nem az erkölcsi szabályok abszolút voltából indulnak ki, nem alkalmazzák a kettős hatás elvét.

A deontológiai etikai elméletekkel szemben megfogalmazott kritikák

A deontológiai elméletek abszolutizmusával szemben felhozott kritikákat a kettős hatás elve kapcsán már megemlítettük. További probléma azonban, hogy a deontológiai elméletek nem tudják megmagyarázni, hogy miért éppen azokat az erkölcsi szabályokat fogadják el, melyeket elfogadnak, s miért tartják ezeket minden körülmények között betartandóknak. Egy utilitarista azért fogad el szabályokat, mert azok általános (de nem abszolút!) betartása hasznos. A deontológiai elméletek szerint viszont nem azért kell betartani a szabályokat, mert azok betartása a közösség számára hasznos, hanem önmagukért, azért mert a szabályok betartása önérték. Nem világos azonban, hogy ez mit jelent. Hiszen ha egy szabály megszegése nem azért rossz, mert annak rossz következményei vannak, akkor miért ? A deontológusokat azzal szokták vádolni, hogy a szabályokat amolyan modern bálványoknak tekintik, a szabályok betűjét akarják minden körülmények között betartani s nem azok szellemét[18]. Hiszen mivel magyarázható az a deontológiai tétel, hogy hazudni tilos, de az igazság részleges vagy teljes elhallgatása nem az? Hiszen mindkettő motivációja és következménye adott esetben ugyanaz. Az élet iránti tisztelet deontológiai elvéből miért nem következik, hogy ha egyetlen ember károsításával meg lehetne menteni öt másiknak az életét, akkor ezt megtenni kötelesség? Miért hagyhatunk öt embert meghalni csak azért, hogy a hatodikat ne károsítsuk? Miért nem szabad megölni egy ártatlan embert, ha ezzel száz ártatlan életét lehetne megmenteni?[19]

Természetesen a deontológusok nagy része is elismeri, hogy lehetnek rendkívüli helyzetek (például háború), amikor megengedhető, hogy például egyetlen ártatlan feláldozásával megmentsünk egy egész hadsereget. De ha rendkívüli helyzetekben figyelembe vehetjük a szabályok betartásának a következményeit, s eltérhetünk a szabályoktól, ha azok betartása nagyon rossz következményekkel járna, akkor miért nem tehetjük ezt meg nem rendkívüli helyzetekben? Ezen ellenérvek miatt sokan tarthatatlannak tekintik s ezért elvetik a deontológiai elméletek olyan formáit, melyek az erkölcsi szabályokat sohasem megszeghető, abszolút szabályként fogják fel[20]. Azok a deontológiai elméletek, melyek szerint az erkölcsi szabályok nem abszolútak, nem is igazi deontológiai elméletek, s ezért ezeket kvázi-*deontológiai elméleteknek* nevezik. Ezek közül legnagyobb hatású W. D. Ross elmélete lett.

Ross kvázi-deontológiai elmélete

Mint láttuk, minden deontológiai elmélet alapvető problémája az, hogy az erkölcsi szabályokat abszolútnak tekinti, s így soha, semmilyen körülmények között

nem engedi meg megszegésüket. A hétköznapi életben azonban általában nem így gondolkodunk. Úgy gondoljuk, lehetnek olyan helyzetek, amikor bizonyos erkölcsi szabályok megszegése indokolt, vagyis az erkölcsi szabályokat nem tartjuk abszolútnak. Egy jó erkölcsi elméletnek vissza kell tükröznie gondolkodásunk eme sajátosságát, meg kell tudnia magyarázni, miért vélekedünk így. Ezt a munkát végezte el e század harmincas éveiben W. D. Ross oxfordi filozófus[21], aki megpróbálta a deontológiai elméletekből következő s sokszor elfogadhatatlan abszolutizmust „gyengíteni", ezért nevezhetjük rendszerét csak kvázi-deontológiai elméletnek.

Prima facie és aktuális kötelességek. Ross a kötelességek két fajtáját különíti el: a prima facie (első látásra elfogadható) és az aktuális kötelességeket.

Szerinte a morális szabályok csak prima facie kötelességeket fejeznek ki, melyek még nem azonosak egy adott szituációban fennálló aktuális (tényleges) kötelességeinkkel.

A legalapvetőbb prima facie kötelességeink Ross szerint a következők[22,23]: A „Ne árts!" kötelessége; a jótékonyság („Tégy másoknak jót!") kötelessége; az igazságosság (a boldogság érdem szerinti „szétosztására" való törekvés) kötelessége; az „Ígéreteidet tartsd be!" kötelessége; a jóvátétel (a másoknak általunk okozott kárért való kárpótlás) kötelessége; a hála (mások szolgálatait, szívességét viszonozni kell) kötelessége; és az öntökéletesítés (tegyük jobbá önmagunkat) kötelessége. A lista azonban nem teljes, Ross szerint is bővíthető.

Minden egyes itt felsorolt kötelesség prima facie kötelesség, vagyis olyan, melyet mindig kötelező betartani, hacsak más prima facie kötelességgel nem ütközik. Az aktuális kötelesség pedig az, amit egy adott helyzetben ténylegesen tenni kell. Ezt úgy állapítjuk meg, hogy figyelembe vesszük az adott helyzetre vonatkozó összes prima facie kötelességeket. A prima facie kötelesség tehát azt jelenti, hogy noha nem mindig kell betartani, viszont döntéseinknél mindig figyelembe, számításba kell venni létezésüket. Egy prima facie szabály megszegése tehát nem feltétlenül rossz (hiszen sokszor csak ily módon lehet más prima facie szabályt betartani), de azért megszegésük a rossznak egy eleme. Lehet például egy szituációban egy ember megölése aktuális kötelesség, noha ez természetesen prima facie helytelen. Mivel azonban, még ha indokolt emberölésről is volt szó (például önvédelem), még ha az adott helyzetben ez aktuális kötelesség is volt, a prima facie kötelesség megszegésének (itt az emberölésnek) a cselekedetben megmarad a „morális nyoma". Ezért, noha a cselekvő helyesen cselekedett, mégis lelkiismeretfurdalást érezhet[24].

A kötelesség prima facieként való felfogása tehát a kötelességeket nem áthághatatlan szabályoknak tekinti, hanem inkább olyan szempontok listájának, melyeket döntéseinkben számításba kell vennünk, melyek morálisan lényegesek, melyeket, mint fontos szempontokat, minden egyes morális döntésünkben szerepeltetnünk kell[25]. Előfordulhat azonban, mint láttuk, hogy egy adott helyzetben két prima facie

kötelesség konfliktusba kerül egymással. Például megígértem valakinek egy találkozót délután 5 órára, de az odafelé vezető úton egy autóbalesetet látok, s sérültjeinek segítenem kellene. Ha azonban segítek, elkésem a találkozóról. Itt két prima facie kötelesség ütközik egymással: *1.* Tégy másoknak jót! (vagyis segíts azokon, akik bajba jutottak.) *2.* Ígéreteidet tartsd be! (vagyis ha délután 5 órára ígértem magam a találkozóra, akkor 5 órára kell ott lennem és nem később.) Ebben a helyzetben tehát két prima facie kötelesség ütközik egymással, s hogy melyik lesz az aktuális, az adott szituációban a tényleges kötelesség, azt az dönti el, hogy az adott helyzetben az egymással konfliktusban lévő prima facie kötelességek közül melyik az erősebb. Az ebben a példában említett szituációban például nyilván a „Tégy másoknak jót!" kötelessége erősebb. Más szituációkra azonban ez nem feltétlenül igaz, vagyis Ross szerint nem állapítható meg előre a fontossági sorrend, a rangsor a prima facie kötelességek között. Azt, hogy az egyes prima facie kötelességek mennyit nyomnak a latban, mindig a szituáció dönti el, itt nem állíthatók fel szabályok, ez megítélés és egyéni mérlegelés kérdése. Vagyis egy prima facie kötelesség csak akkor válik aktuális kötelességgé, ha egyéb prima facie kötelességgel az adott szituációban nem áll konfliktusban. Ha azonban az adott helyzetre egyszerre több prima facie kötelesség vonatkozik, melyek konfliktusban állnak egymással, akkor a cselekvőnek kell eldöntenie, melyik prima facie kötelesség az erősebb, vagyis mi lesz az adott helyzetben az aktuális (tényleges) kötelesség. A prima facie kötelességek tehát olyanok, mint a fizikában az erők. Különböző erők hatnak egy testre, s hogy a test ténylegesen milyen irányba fog elmozdulni, az az „eredőerő" nagyságától és irányától függ, amit a testre ható összes erő eredőjének a megállapításával lehet meghatározni. Hasonlóképpen, egy adott helyzetben a tényleges kötelességet a helyzetre érvényes prima facie kötelességek „eredőjének" a kiszámítása fogja meghatározni, ez azonban egyéni mérlegelés kérdése. Ross rendszerében tehát egyetlen prima facie kötelesség sem abszolút, noha mindegyik szabály kötelező erejű. A prima facie kötelességek csak annyiban abszolútak, hogy mindig, minden helyzetben figyelembe kell őket venni, viszont nem abszolútak annyiban, hogy nem mindig kell csak az egyik prima facie kötelesség által meghatározott módon cselekedni. Ugyanakkor, mint láttuk, ha egy adott helyzetben megszegünk egy prima facie kötelességet egy másik betartásának kedvéért, akkor a tettben megmaradnak a megszegett prima facie kötelesség „morális nyomai": bár nem tehettünk mást, mint amit tettünk, a prima facie szabály megszegése miatt mégis lelkiismeretfurdalásunk lehet.

Ross elméletének nagy érdeme abban van, hogy meg tudja magyarázni, hogyan lehetséges az, hogy egy morális szabály érvényes, s ugyanakkor nem abszolút, vagyis hogyan lehetséges az, hogy egy morális szabály kötelező erejű, s egy adott helyzetben mégis meg lehet szegni[26]. Ez a morális szabályok sokkal „életszagúbb" leírása, mint a kivételeket és szabályszegést nem elfogadó deontológia, mert sok-

kal közelebb áll ahhoz, ahogyan az erkölcsről a mindennapi életben valójában gondolkodunk. Ezért sok modern deontológiai elmélet a kötelességeket, morális szabályokat és a jogokat is mint prima facie előírásokat fogja fel, s nem abszolútként. A mai bioetika sok teoretikusa is a deontológiai szabályok Ross-féle prima facie felfogását fogadja el.

KONZEKVENCIONALISTA (TELEOLÓGIAI) ETIKAI ELMÉLETEK

A címben említett elnevezések a konzekvencia (következmény), illetve a telosz (cél) szavakból származnak. Magyarul a következményetika elnevezés is használatos. Az ebbe a csoportba tartozó etikai rendszerek közös jellemzője, hogy egy tett erkölcsi értékét a tett következményeként létrejött nem erkölcsi jó (például boldogság, tudás stb.) mennyiségén mérik le[27]. Eszerint mindig az a helyes viselkedés, mely maximalizálja az adott helyzetben a jó:rossz arányt, vagyis aminek a legjobbak a következményei. Egy konzekvencionalista elmélet két részből áll: *1.* Egy értékelméletből, mely azt mondja meg, mi a jó és mi a rossz. *2.* A helyes cselekvést leíró elméletből, mely azt mondja meg, hogyan kell a cselekvőnek az értékelméletben megállapított értékhez viszonyulnia. Ebben a tekintetben éles különbség mutatkozik a deontológiai és a konzekvencionalista elméletek között. A deontológiai elméletek az értékelméletben meghatározott érték tiszteletét írják elő, azt, hogy soha nem szabad úgy cselekedni, mely által az illető értéket (vagyis az erkölcsi szabályt) egy adott tettben megsértik. Ezzel szemben a konzekvencionalista elméletek nem elégszenek meg azzal, hogy az adott értéket nem szabad megsérteni, hanem azt is megkövetelik, hogy az illető értéket lehetőség szerint elterjesszük a világban, vagyis minél többet hozzunk belőle létre.[28] Így a konzekvencionalista elméletek szerint a helyes cselekvés mindig az, mely maximalizálja az értékelméletben meghatározott értéket (a jót), illetve minimalizálja a rosszat. Egy konzekvencionalista rendszerben a cselekvő kötelessége mindig a jó:rossz arány maximalizálása. Ezzel szemben egy deontológiai elmélet először azt állapítja meg, mi a helyes viselkedés (s ez általában az előre adott szabályoknak megfelelő viselkedés), majd azt a tettet tekinti jónak, mely helyes. A konzekvencionalista rendszerekben tehát a jó fogalmából vezetik le a helyes fogalmát, míg a deontológiai rendszerekben a helyes fogalmából a jó fogalmát[29]. Például sok konzekvencionalista rendszerben a jót az élvezettel azonosítják. Ezt elfogadva egy konzekvencionalista azt mondaná, hogy helyes az a tett, mely a legtöbb embernek a legtöbb élvezetet okozza, egy deontológus ugyanakkor azt mondaná, hogy a viszony éppenséggel fordított: az erényes ember számára a helyes viselkedés, vagyis az erkölcsi szabályok betartása okozza a legtöbb élvezetet, vagyis számára a helyes viselkedés a jó.

A konzekvencionalista elméletek különbözhetnek egymástól a következőkben:

1. Mit tekintenek jónak s mit rossznak. (Értékelmélet.) Itt több változat különíthető el. Az egyik szerint a legfőbb jó a gyönyör, a legfőbb rossz pedig a fájdalom (hedonizmus), mások a legfőbb jónak a boldogságot, legfőbb rossznak pedig a szenvedést tartják (eudaimonizmus), de sok egyéb változat is van.

2. Kiknek a számára kell a jó:rossz arányt maximalizálni?[30] Akik azt mondják, hogy mindig a cselekvő egyén számára, azok az etikai egoisták, akik pedig azt, hogy az összes ember (illetve az univerzumban található összes érző lény) számára, azok az utilitaristák. Ez utóbbi a legelterjedtebb konzekvencionalista elmélet, ezért ezt fogjuk a legrészletesebben tárgyalni.

A konzekvencionalista értékelmélet

Egy konzekvencionalista rendszer alapkérdése tehát az, mi tekinthető – nem erkölcsi értelemben – jónak, illetve rossznak. Itt – a pontos fogalmazás érdekében – néhány elkülönítés szükséges.

Instrumentális érték az, ami nem önmagában jó, hanem valamilyen más érték elérésének eszközeként. Ilyen például a pénz, amely önmagában csak papírdarab, s értékét az adja, hogy általa élvezetet okozó tárgyakhoz, élményekhez stb. lehet jutni. Instrumentális érték például egy védőoltás, mely önmagában kellemetlen élmény, de eszköz arra, hogy megmeneküljünk szenvedést okozó betegségektől stb.

Önérték az, ami önmagában és önmagáért jó. A konzekvencionalista értékelméletek mindig azt vizsgálják, hogy mi tekinthető önmagáért jónak, s mindig az önmagáért jó maximalizálását tűzik ki célnak. Az utilitarizmus egyik első megfogalmazója, JEREMY BENTHAM (1748–1832) szerint például csak egyetlen élmény van, mely önmagáért jó, s ez a gyönyör (öröm), s egyetlen, ami önmagáért rossz, s ez a fájdalom. (Etikai hedonizmus.) Az etikai hedonizmus pontos megfogalmazása tehát így hangzik: Egy dolog önmagában akkor és csak akkor és csak addig a mértékig kívánatos, amikor és ameddig örömet okoz[31]. Így BENTHAM szerint a legfőbb erkölcsi parancs: Mindig úgy kell cselekedni, hogy minden helyzetben a lehető legtöbb érző lény számára (rendszerében az állatokat is bele kell számítanunk erkölcsi kalkulációnkba!) a legtöbb örömet s a lehető legkevesebb fájdalmat okozzuk, vagyis minden helyzetben minden érző lény számára maximalizáljuk az öröm: fájdalom arányt. BENTHAM ún. kvantitatív hedonista, mert szerinte nincsenek alacsonyabb és magasabb rendű örömök, csak különböző intenzitásúak. Így tehát az örömök között csak mennyiségi különbségek lehetnek, de nincsenek közöttük minőségi különbségek. Ha például a költészet egy embernek ugyanannyi örömet szerez, mint egy másiknak egy ízletes ebéd, akkor BENTHAM szerint nem mondhatjuk, hogy az előbbi jobb, mert magasabb rendű.

JOHN STUART MILL (1806–1873), az utilitarizmus másik klasszikusa szerint a legfőbb jó (mely önmagáért jó) a boldogság. Ő, ellentétben BENTHAMMAL, kvalitatív hedonista, mert szerinte vannak magasabb és alacsonyabb rendű örömök, s kevés magasabb rendű örömmel rendelkezni kívánatosabb, mint sok alacsonyabb rendűvel. Szállóigévé vált megfogalmazása szerint „Jobb elégedetlen embernek lenni, mint elégedett disznónak; jobb elégedetlen SZÓKRATÉSZNEK lenni, mint elégedett ostobának”[32]. MILL szerint minél okosabb és műveltebb valaki, annál több dologban lelheti örömét, s ugyanakkor annál több dolog okozhat szenvedést a számára. Így az ember jóval boldogabb lehet – intelligenciája révén – mint egy állat, s jobban is tud szenvedni annál. Így MILL utilitarista elve úgy hangzik, hogy mindig úgy kell cselekedni, hogy a legtöbb ember számára a legtöbb boldogságot okozzuk.

BENTHAM és MILL rendszere egyaránt monista, mert mindketten egyetlen önmagában jó élményt ismernek csak el (az örömöt, illetve a boldogságot.) A modern utilitarista rendszerek ezzel szemben általában pluralisták. Egyik formájuk az ún. *preferencia-utilitarizmus,* mely szerint jó mindaz, amit egy ember magának kíván, amire vágyik, míg rossz az, amit valaki nem kíván. Így az utilitarista szabály a preferencia-utilitarizmus talaján így hangzik: Cselekedj úgy, hogy minden döntésednél a lehető legtöbb ember legtöbb kívánságát elégítsd ki! Ez azonban azért problematikus, mert amire valaki vágyik, az nem feltétlenül szolgálja hosszú távú érdekeit. Egy kábítószeres például vágyhat a kábítószerre, mely hosszú távon megöli, egy gyerek a csokira, mely tönkreteheti a fogait stb. Az emberek sokszor nem eléggé informáltak arról, mi lenne az érdekük, vagy nincs elég akaraterejük, hogy azt kívánják, ami érdekükben áll. Ennek kiküszöbölésére született az ún. jóléti vagy *érdek-(welfare) utilitarizmus.* Eszerint az egyes emberek érdekeinek a kielégítését kell maximalizálni. Érdek az, amit valaki – választása összes következményéről teljesen informáltan és erős akarattal – magának kívánna. Eszerint tehát az utilitarista szabály így hangzana: Cselekedj mindig úgy, hogy a lehető legtöbb ember legtöbb érdekét elégítsd ki![33]

Az utilitarizmus

Miután meghatározta, hogy mi a jó, a konzekvencionalista etika második feladata eme jó maximalizálása, vagyis a lehető legszélesebb körű elterjesztése. Az utilitarizmus – a konzekvencionalizmus talán ma legelterjedtebb irányzata – szerint mindig úgy kell cselekedni, hogy a legtöbb embernek a legtöbb jót tegyük. Természetesen, mint az előbb láttuk, eltérések lehetnek abban, hogy egy utilitarista rendszer mit tekint jónak, ezért az utilitarizmus többféle változta képzelhető el. (Hedonista, eudaimonista, preferencia-, érdek- stb. utilitarizmus.) A lényeg az, hogy bármit is tekint értéknek, az utilitarista gondolkodás ennek maximalizálását, illetve az

antiérték minimalizálását tekinti a legfőbb erkölcsi parancsnak. Például ha a boldogságot tekintjük a legfőbb jónak s a szenvedést a legfőbb rossznak, akkor a szabály így hangzik: Cselekedj mindig úgy, hogy a legtöbb embernek a legtöbb boldogságot, illetve a lehető legkevesebb embernek a legkevesebb szenvedést okozd, vagyis maximalizáld a boldogság:szenvedés arányt! Az utilitarizmus szerint minden ember érdekeinek egyenlő és pártatlan figyelembevétele az etika legfontosabb alapelve kell legyen. Sok mai utilitarista rendszer nemcsak az emberek, hanem minden érző lény érdekeinek egyenlő és pártatlan figyelembevételét írja elő. Eszerint tehát az érzőképes állatok érdekeit is figyelembe kell vennünk morális kalkulációink során.

Tett- és szabály-utilitarizmus

Egy másik, az előbbiektől független felosztás is létezik. Megkülönböztetnek tett- és szabály-utilitarizmust. A megkülönböztetés alapja az, hogy mekkora szerepet tulajdonít egy utilitarista rendszer az erkölcsi szabályok betartásának.

Tett-utilitarizmus. Eszerint az erkölcsi szabályok betartásának csak csekély jelentősége van abban, hogy egy tett erkölcsös-e vagy sem. Egy tett szerintük nem akkor erkölcsös, ha megfelelt egy erkölcsi szabálynak, hanem akkor, ha az adott helyzetben a cselekvő azt az alternatívát választotta, mely az összes érintett ember számára maximalizálta a jó:rossz arányt, vagyis amely a legtöbb embernek a legtöbb jót okozta. Ha ez egyben egy olyan cselekedet volt, mely megfelelt egy erkölcsi szabálynak, az szerencse. De ha egy helyzetben csak úgy tudjuk maximalizálni a haszon: kár arányt, hogy eltérünk egy erkölcsi szabálytól, akkor a tett-utilitarizmus szerint ez nemcsak megengedett, hanem kötelező is, mert ha nem ezt tennénk, akkor az erkölcsi szabályok bálványozásának a hibájába esnénk. Miért tartanánk be egy olyan erkölcsi szabályt – kérdezik a tett-utilitaristák –, mely az adott helyzetben nem eredményezi a legtöbb embernek a legtöbb jót? Miért áldozzuk fel sok ember megvalósítható hasznát egy erkölcsi szabály betartása kedvéért akkor, ha az a legtöbb ember számára nem a leghasznosabb?

Nézzünk egy példát![34]

Egy ember (*A*) haldoklik. Nincs már ideje szabályos végrendeletet készíteni, ezért magához hívja barátját (*B*-t), akiben feltétel nélkül megbízik. Átadja neki bemutatóra szóló, komoly összeget tartalmazó betétkönyvét, s arra kéri őt, hogy a pénz nagy részét dúsgazdag ismerősének adja. A beszélgetés négyszemközt zajlik, *A*-nak nincsenek rokonai, a takarékbetétkönyv létezéséről senki más nem tud.

B megígéri barátjának, hogy minden úgy lesz, ahogy ő akarja. *A* megnyugodva barátja ígéretében perceken belül meghal. *B*, tudva, hogy *A*-nak tett ígéretéről s a takarékbetétkönyv létezéséről senki nem tud, elhatározza, hogy a pénzt erkölcsösebben használja fel, mint ahogyan azt barátja akarta. A teljes összeget (mely igen tetemes) fel fogja ajánlani a helybeli kórház művesealapja számára. Mivel tudja, hogy művese hiányában minden évben százak halnak meg, akiknek az élete ezentúl megmenthető lesz, úgy gondolja, hogy tette erkölcsileg indokolt. A következőképpen gondolkodik: „Igaz, hogy barátomnak megígértem, hogy a pénzt a dúsgazdag ismerősének juttatom. Úgy látom azonban, hogy sokkal hasznosabb a pénzt a művesealap javára felajánlani, hiszen ezzel életek százait mentem meg minden évben. Kit károsítok azzal, ha megszegem az ígéretemet? A barátomat nem, hiszen szegény már meghalt. A dúsgazdag ismerőst se nagyon, hiszen bőven elég pénze van, nem szenved semmiben sem hiányt. Valamennyire persze károsodik, de az a kár, mely így őt éri, sokkal kisebb, mint az a haszon, amit a pénz művesealapra való felajánlásával tudok az emberek számára elérni. Ha azonban a barátomnak tett ígéretemet betartanám, sok embert károsítanék, hiszen évente ezentúl is meghalna az a többszáz ember, akinek az életét a művesével biztosan meg lehetne menteni. Az ígéreteket persze általában be kell tartani, ebben az esetben azonban nem, mert csak úgy tudok a legtöbb embernek a legtöbb jót tenni, ha most az ígéretemet megszegem."

E szituációban tehát az ígéret megszegése tett-utilitarista alapon nemcsak megengedhető, hanem egyenesen kötelező, hiszen a maximálisan megvalósítható jónál kevesebb jót létrehozni a tett-utilitarista logika szerint erkölcsileg mindig helytelen. Ez a példa jól mutatja egy tett-utilitarista rendszer előnyeit és hátrányait. Előnye, hogy mindig azt teszi, ami az adott szituációban a legtöbb embernek a legtöbb jót okozza. Ebben nagyon rugalmas, mert ha az említett példában valaki bebizonyítaná neki, hogy nem azzal okozza a legtöbb embernek a legtöbb jót, ha a pénzt a művesealapra ajánlja fel, hanem valami mással, akkor ezt a tett-utilitarista elfogadná, s azt tenné, amiről bebizonyították neki, hogy a leghasznosabb. Egy tett-utilitarista számára csak az elv a fontos: mindig azt kell tenni, ami a legtöbb embernek a legtöbb jót biztosítja. Ebből az elvéből nem enged. Azonban arról, hogy egy szituációban pontosan melyik alternatíva jelenti a legtöbb embernek a legtöbb jót, egy utilitarista meggyőzhető, s mindig azt az alternatívát választja, mely a legtöbb jót látszik biztosítani. Ez az utilitarista elmélet nagy erénye, mert meg tudja magyarázni, hogy a tudomány fejlődésével, az ismeretek változásával vagy a cselekvési helyzetek különbözősége miatt miért mindig más és más tett a jó. Az utilitarista semmiféle örök és változatlan erkölcsi szabályban nem hisz, csak abban az elvben, hogy „A legtöbb embernek a legtöbb jót!", s ez nyilván minden helyzetben más és más viselkedést ír elő.

A tett-utilitarizmus hátránya azonban, hogy a jó maximalizálása érdekében bármiféle erkölcsi szabályt megszeghetőnek tekint (sőt ezek megszegését némely esetben egyenesen kötelezőnek tartja!), s így sokszor olyan tettet talál a legerkölcsösebbnek, mely mindennapi erkölcsi felfogásunkkal szemben áll. Hiszen úgy gondoljuk, hogy ha valaki valamit haldokló barátjának megígért, akkor kötelessége azt betartani, s az ígéretétől semmiféle indoklással nem térhet el. De miért nem, kérdezné egy tett-utilitarista, ha ez az, ami a legtöbb embernek a leghasznosabb? Az hogy a tett-utilitarizmus radikálisan más következtetésekhez vezet, mint amit mindennapi erkölcsi gondolkodásunk diktál, s így következtetései sokszor elfogadhatatlannak tűnnek, a tett-utilitarizmus szerint inkább arra mutat, hogy helytelenül, a tradíciók által túlságosan is gúzsbakötötten gondolkodunk erkölcsi kérdésekről, s nem arra, hogy a tett-utilitarizmus helytelen lenne. Ha tehát az erkölcsöt nem homályos érzelmekre, hanem a racionalitás és az emberek iránti pártatlan és általános jóakarat elvére építjük, akkor ez erkölcsi előítéleteink feláldozását s újfajta erkölcs kialakítását követeli meg, melynek egyetlen elve: Minden helyzetben úgy cselekedjünk, hogy a lehető legtöbb embernek a legtöbb jót tegyük.

Érvek a tett-utilitarizmus ellen. A tett-utilitarizmussal szembeni leggyakoribb érv olyan példák konstruálása, melyben az logikus, de mindennapi erkölcsi érzékünk által elfogadhatatlannak ítélt cselekvést követel.

NAGEL példája[35]

Egy téli éjszaka autóbalesetet szenvedsz egy kihalt országúton. Utasaid súlyosan megsérültek, a kocsi üzemképtelen, segítség nem remélhető. Te magad nem sérültél meg súlyosan, ezért elkezdesz futni segítségért a messze látszó magányos ház felé. Mint kiderül, a házban egy idős asszony lakik kis unokájával. Telefonjuk nincs, de a kocsijuk ott áll a garázsban, s te kétségbeesetten kéred, adja oda neked a kocsi kulcsát, hogy segítséget hozhass. Az idős asszony nem hisz neked, sőt, felindulásod láttán megijed, s bezárkózik a fürdőszobába, egyedül hagyva téged a kisgyerekkel. Hiába keresed a kocsi kulcsait, nem találod. Ekkor kétségbeesett ötleted támad: talán megmondaná az asszony, hol vannak a kocsi kulcsai, ha a fürdőszobaajtó előtt megcsavarnád a kisgyerek karját. Megteheted-e ezt?

Ebben a helyzetben egy tett-utilitarista érvelése valószínűleg így hangzana. „Ha nem tudok időben segítséget szerezni, a kocsiban eszméletlenül fekvő utasaim meghalnak vagy megfagynak. Ha megcsavarom a gyerek kezét, amit irtózok megtenni, mert aljas dolog kisgyerekeket kínozni, akkor az asszony talán átadja a kulcsot, így segítséget hozhatok a közeli városból, s ezzel megmentem négy utasom életét. Így bármennyire is irtózom tőle, ezt meg kell tennem, mert négy ember halála rosszabb, mint az egy kisgyerek kezének megcsavarásával előidézett szenvedés."

Sokan azonban már ennél a pontnál felháborodást éreznek, mert nem tudják elfogadni, hogy a cél szentesíti az eszközt, a négy sérült életének a megmentése indokolja a gyerek kínzását. De miért nem? – kérdezné egy tett-utilitarista. Hiszen szerinte, ha valaki ebben a helyzetben nem csavarja meg a kisgyerek karját, s így nem kapja meg a kocsikulcsot, akkor ezzel nem ment meg négy embert, akiket megmenthetne. Valóban szörnyű dolog egy ártatlan kisgyerek kezét megcsavarni, de még szörnyűbb négy embert meghalni hagyni, mikor meg lehetne őket egy kézcsavarás segítségével menteni. Mi van azonban akkor, ha a kéz megcsavarása nem elég, és súlyosabb kínzásra van szükség? Esetleg a gyerek megölésével való fenyegetőzésre stb.? Tett-utilitarista logikával mindez igazolható lenne, hiszen ilyen tettek elkövetése négy élet megmentéséért cserébe még mindig a legjobb alternatívának tűnik. Ugyanakkor természetesen ez élesen szembeáll mindenfajta erkölcsi tradícióval. Világosan látni kell, hogy a leírt példában nem lehet úgy érvelni, hogy talán minderre nincs is szükség, talán magától is érkezik segítség, talán az asszony mégis odaadja a kocsikulcsot stb. Hiszen ha ez a helyzet, a tett-utilitarista is a konvencionális megoldást részesítené előnyben. A tett-utilitarista csak akkor tudja a kisgyerek kínzását indokolni, ha semmilyen más lehetőség nincs a kocsi kulcsainak a megszerzésére, s így a sérültek életének a megmentésére.

A tett-utilitarizmussal természetesen élesen szembenáll a deontológiai vélemény, mely szerint vannak tettek, amelyek mindig és mindenkor, a körülményektől függetlenül helytelenek, s ezért erkölcsös embernek soha nem szabad ezeket elkövetnie semmiféle cél elérésének érdekében. Egy ártatlan kisgyerek megkínzásának tilalma kétségtelenül idetartozik.

Standard példa az is, hogy joga van-e egy seriffnek egy gyilkossággal ártatlanul vádolt embert kiszolgáltatni a lincselő tömegnek azért, hogy így megakadályozza a kérés megtagadását valószínűleg követő helyi zavargásokat, melynek egynél nyilván több ártatlan áldozata is lenne[36]. Hasonlóan gyakran szereplő kérdés, hogy ha egy katonai puccsban 10 ártatlan embert ki akarnak végezni, s felajánlják valakinek, hogy ha sajátkezűleg kivégez a tízből egyet, a másik kilencnek megkegyelmeznek, akkor az illető ezt megteheti-e[37]? Nyilvánvaló, hogy ezekben az esetekben a tett-utilitarista élesen szembekerül alapvető erkölcsi elvekkel. A lincselő tömeg példájában azzal, hogy ártatlan embert meg kell védeni egy lincselő tömegtől, s nem kiszolgáltatni neki, a katonai puccs példájában pedig a „Ne ölj!” elvvel. A tett-utilitarista válasz erre az lenne, hogy éppen eme szabályok betűjének megszegésével valósítanánk meg ilyen szituációkban eme szabályok szellemét[38]. Hiszen az „Ártatlan ne bűnhődjék!” elv megsértése nemcsak az, hogy egy ártatlant kiszolgáltatnak – a kedélyek lecsillapítása céljából – a lincselő tömegnek, de az is, ha a feldühödött tömeg szintén ártatlanokat (s nem egyet) megöl. Egy tett-utilitarista számára a kérdés tehát úgy vetődik fel: „Jogom van-e egy ártatlant feláldozni, hogy ezzel több ártatlan életet megmentsek?” S válasza ebben a helyzetben igenlő lenne.

E logikának megfelelően a tett-utilitarista szerint a „Ne ölj!" elv megsértése az is, ha valaki nem ment meg kilenc ártatlan életet csak azért, hogy egy tizediket ne kelljen saját kezűleg megölnie. A tett-utilitarista logika itt is az, hogy a „Ne ölj!" elv szellemét és nem a betűjét kell betartani, vagyis ha a legtöbb életet egy konkrét ember megölésével lehet csak megmenteni (mint az említett szituációban), akkor ez a tett indokolt, sőt kötelező, mert ellenkező esetben felelősek lennénk a másik kilenc ember haláláért, akiket megmenthettünk volna.

A tradicionális, deontológiai etika szerint, ha a seriff nem szolgáltatja ki az ártatlant a lincselő tömegnek, az ezt követő zavargások áldoztainak haláláért ő már nem felelős. Hasonlóképpen, ha valaki nem lövi le az egy ártatlant, hogy megmentse a másik kilencet, akkor ennek a kivégzett kilencnek a haláláért ő nem lesz felelős. A tett-utilitarizmus azonban ismeri a negatív felelősség fogalmát is. Eszerint, ha valamit valaki hagy végbemenni, vagy elmulaszt megakadályozni, holott megakadályozhatná, akkor éppúgy felelős az így létrejött eredményért, mintha a tettet ő maga vitte volna végbe[39]. Ezért az előbbi példákban egy tett-utilitarista felelősnek tekintené az ártatlant ki nem szolgáltató seriffet a zavargások miatt meghalt emberek haláláért, illetve az egy ember saját kezű agyonlövését nem vállaló embert a másik kilenc haláláért.

A tett-utilitarizmus ellentétessége az erkölcsről való közgondolkodással egyéb esetekben is fennáll. Vegyünk például két esetet:

1. Valaki egy terminális állapotban lévő beteget annak kérésére titokban megöl úgy, hogy nem fedezik fel, hogy a beteg nem természetes halállal halt meg.

2. Ugyanaz az eset, mint az *1.*, azzal a különbséggel, hogy az illető tettét felfedezik, nyomozás indul, s mivel amit tett, jogellenes, ezért elítélik.

Egy tett-utilitarista szerint a *2.* tett rossz, viszont az *1.* nem feltétlenül az. A *2.* tett azért rossz, mert a beteg ugyan megszabadult a szenvedéseitől, viszont aki megölte őt, az börtönbe került, s így emiatt sokat szenvedett. Tehát pusztán azért rosszabb a *2.* tett, mint az *1.* a tett-utilitarista szerint, mert felfedezték, s ennek következtében több szenvedés jött létre az érintettek számára, mint az *1.*-ben. Ezzel szemben azonban úgy érezzük, hogy a fenti tettek erkölcsi megítélése nem függhet attól, hogy felfedezték-e azokat vagy sem. A két tett – úgy érezzük – erkölcsileg azonos megítélést érdemel, függetlenül attól, hogy felfedezik-e vagy sem[40].

A tett-utilitarizmus alapvető fogyatékossága tehát az, hogy bár elméletileg konzisztens, a gyakorlatban alkalmazhatatlan. A szabályok vezérelte viselkedés nagy előnye ugyanis, hogy kiszámíthatóvá teszi viselkedésünket, s ez az oka, hogy a szabályok általános betartása mindenkinek hasznos. Gondoljuk csak el, vajon tudnánk-e úgy közlekedni, hogy nem a közismert közlekedési szabályokat használnánk, hanem azt a tett-utilitarista elvet, hogy például „Minden helyzetben vezess úgy, hogy a legtöbb autós leggyorsabb és legbiztonságosabb haladását segítsd elő!" A gyakorlatban – általánosan elismert és betartott közlekedési szabályok nélkül –

ez káoszhoz vezetne, s így lehetetlen lenne közlekedni. Ahhoz, hogy egy helyzetben tudjam, hogyan kell viselkednem mint autóvezetőnek, tudnom kell, hogyan fognak viselkedni a többiek, ez azonban csak akkor lehetséges, ha a többiek szabálykövetők. Ezért a tett-utilitarizmus elméletileg is tarthatatlan, s éppen az elméletet ért e kritikák hatására jött létre e században a szabály-utilitarizmus.

Szabály-utilitarizmus. A szabály-utilitarizmus szerint tetteinket a szabályoknak, szabályainkat pedig a hasznosságnak kell irányítania[41]. Olyan szabályokat kell tehát elfogadnunk, amelyek általános betartása a legtöbb embernek a legtöbb hasznot eredményezi. Egyedi tetteinkben azonban szigorúan a szabályok szerint kell eljárnunk s – szemben a tett-utilitarizmussal – egy tettet nem úgy ítélünk meg, hogy megnézzük, az illető tett maximalizálta-e a haszon : kár arányt az összes érintett számára az adott helyzetben, hanem úgy, hogy megfelelt-e egy olyan erkölcsi szabálynak, melynek általános betartása a leghasznosabb, vagyis a legtöbb ember számára a legtöbb jót eredményezi. A szabály utilitarizmus így kivédi a tett-utilitarizmussal szemben felhozható ellenérvek nagy részét.

Érvek és ellenérvek az utilitarizmus mindkét formájával kapcsolatban

Az első ellenérv az, hogy nem is biztos, hogy az utilitarizmus két formája (a tett- és a szabály-utilitarizmus) valóban különbözik egymástól, hiszen, ha egy helyzetben indokolt egy tett-utilitarista számára egy erkölcsi szabály megszegése, akkor ugyanebben a helyzetben indokolt egy szabály-utilitarista számára az illető szabály módosítása (vagyis olyan átfogalmazása, mely a kérdéseshez hasonló helyzetekben megengedi a szabály alóli kivételt)[42].

Ezért a tett-utilitarizmus elleni érvek felhozhatóak lennének a szabály-utilitarizmus ellen is. Így tehát mindkét utilitarizmus ellen elmondható lenne, hogy elfogadása az említettekhez hasonlóan szörnyű tettek elkövetését tenné kötelezővé. Erre az utilitarista válasz az, hogy az ismertetett helyzetekben a körülmények a rettenetesek, s szokatlan körülmények között szokatlan döntéseket kell hozni. Nemcsak az utilitarista döntések rettenetesek azonban, mondaná egy utilitarista, hanem a szokásos deontológiai döntések még inkább azok, hiszen azok még több élet feláldozásával járnak[43]. Az utilitarizmus alapján – per definitionem – mindig azt kell tenni, ami a legtöbb embernek a leghasznosabb, így az általános és pártatlan emberszeretet elvének ez az elmélet felel meg a legjobban. Ha az előbbi példákban valaki kimutatná – mondhatná egy utilitarista –, hogy nem az eredményezi a legtöbb embernek a legtöbb jót, amit az utilitarista javasol, akkor az utilitarista készséggel változtatna álláspontján. Ha például valaki bizonyítaná, hogy a tömegnek az ártatlant kiszolgáltató seriff tette káros, mert később kiderülvén, csökkenti az emberek

bizalmát a rend őreinek a megbízhatóságában, vagy kiderülne, hogy ilyen módon mégsem lehetett ártatlan emberek életét megmenteni, akkor az utilitarista készséggel elállna attól, hogy a seriff szolgáltassa ki az ártatlant a tömegnek. Mindez azonban nem az utilitarizmus alapelvét cáfolná, hanem csak azt, hogy az adott helyzetben ez az alapelv azt a viselkedést diktálja, amit a tett-utilitarista javasolt. Így az alapelv – hogy „mindig a legtöbb embernek a legtöbb jót!" – továbbra is érvényesen védhető lenne.

Másik vád, hogy az utilitarizmus összemossa az erkölcsileg megengedhető tett, az erkölcsileg kötelező tett és a hősies tett fogalmait. Az utilitarizmus szerint ugyanis minden helyzetben csak egyetlen helyes alternatíva van: a legtöbb embernek a legtöbb hasznot okozó alternatíva, s minden más alternatíva helytelen, mert nem maximalizálja a hasznot. Így egy utilitarista számára sokszor a hősies tett a kötelező, így ez az elmélet emberfelettit, lehetetlent kíván. Egy utilitarista például szinte sohasem pihenhetne vagy szórakozhatna, hiszen az ezzel töltött időt hasznosabban is felhasználhatná: például gondozhatná a szegényeket, többletmunkát vállalhatna, s az így befolyt többletpénzt felajánlhatná az éhezőknek. Semmiféle gazdagság, illetve a legcsekélyebb luxus sem lenne megengedhető addig, amíg mások szegényebbek, hiszen ha valaki akarna magának például egy új ruhát venni, az erre szánt pénzt hasznosabban is felhasználhatná: elküldhetné az éhezőknek, s ez biztosan több embernek több hasznot okoz, mintha a pénzt ruhavásárlásra fordította volna. A példák folytathatók. A kötelességeknek sohasem lenne vége. Utilitarista alapon csak annyi pihenés lenne megengedhető, amennyi az illető munkaképességének a helyreállításához szükséges, de semmivel sem több. Ilyen utilitarista „szent" életére csak nagyon kevesen lennének képesek, s ezért – mondják az utilitarizmus kritikusai – az utilitarizmus teljesíthetetlent, emberfelettit kíván.

További vád, hogy az utilitarizmus minden ember érdekének pártatlan figyelembevételét követeli meg, így egy utilitarista nem részesíthetné előnyben gyerekeit, rokonait stb., s ez betarthatatlan.

Nézzünk egy példát:

Egy folyóban gyerekek fuldokolnak. A gyerekek két csoportban helyezkednek el, egymástól 200 méter távolságra. Az egyik csoportban 2 gyerek van, a másikban 7. Egy utilitarista csónakkal indul a mentésükre, s mivel a két csoport egymástól messze van, csak az egyik csoportot tudja megmenteni. Ha bal felé indul a csónakkal, akkor az ott fuldokló két gyereket tudja megmenteni, ha jobb felé indul, akkor az amott fuldokló hetet. Valószínűnek látszik, hogy míg az egyik csoportot megmenti, a másik megfullad. Merre induljon, ha ugyanakkor látja, hogy a balra levő két gyerek közül az egyik a saját gyereke?

Az ilyen típusú példákat régebben döntőnek gondolták az utilitarizmus ellen, hiszen az utilitarista kalkuláció szerint hét több, mint kettő, így a hét gyereket kellene megmenteni, ugyanakkor valószínű, hogy egy utilitarista is azt a két gyereket mentené meg, akik közül az egyik az övé. Úgy tűnik tehát, hogy a pártatlanság lehetetlen, s az utilitarista elv betarthatatlan.

Az utilitarizmus azonban különbséget tesz egy tett helyessége, s az illető tett megdicsérésének a helyessége között[44]. Jelen esetben például utilitarista kalkuláció szerint a két gyerek megmentése a hét helyett helytelen, hiszen az illető így kevesebb gyereket mentett meg, mint amennyit megmenthetett volna. E helytelen tett elítélése azonban az utilitarizmus szerint szintén helytelen lenne, mert az a szülői érzés, ami az illetőt saját gyereke megmentésére ösztönözte, ilyen rendkívüli körülményektől eltekintve általában nagyon hasznos, hiszen a felnevelődő gyerekek így kapják a legtöbb szeretetet és védelmet. Így eme önmagában dicséretes és fenntartandó szülői szeretet mellékhatása volt ez a tett. Ha a szülői érzést fenn akarjuk tartani, mondaná egy utilitarista, akkor az ilyen helytelen tettek megdicsérése helyes, mert a dicséret ilyenkor több hasznot eredményez, mint az elítélés.

Az utilitarizmus értékelése

Az utilitarizmus melletti érv, hogy jóval egyszerűbb, logikusabb, mint az alternatív etikai elméletek. Egy olyan nyelvet és erkölcsi érvelésmódot honosított meg, melynek segítségével lehetséges erkölcsi kérdésekben a racionális vita. A vita elvben mérhető hasznok összemérése alapján dől el, mondják az utilitaristák, s nem bizonytalan érzelmek, érzések vagy valamilyen misztikus intuícióval igaznak érzett erkölcsi elvek alapján[45].

További érv, hogy az utilitarizmus szerint mindennapi, spontán gondolkodásunk is erősen utilitarista jellegű. Hiszen nem erkölcsi természetű döntéseink előtt is úgy szoktunk mérlegelni, hogy megpróbáljuk felbecsülni a döntés várható hasznát és kárát, s azt az alternatívát választjuk, melyről úgy látjuk, hogy a haszon : kár aránya maximális. Az utilitarizmus nem tesz mást – szól az érvelés –, mint ezt a spontán gondolkodási tendenciát következetesen alkalmazza erkölcsi kérdésekre is, s kimutatja, hogy erkölcsi kérdésekben is ez a gondolkodásmód a helyes[46].

ÖSSZEFOGLALÓ MEGJEGYZÉSEK

Mint láttuk, az etikai gondolkodás két nagy irányzata különböztethető meg: a deontológiai és az utilitarista elméletek. Ez a két irányzat nemcsak az etikai elméletben létezik, hanem a mindennapi gondolkodásban is. Az utilitarizmus logikája

közel van a természettudományokban használt logikához: mindkettő azt vizsgálja, hogyan lehet egy célt a lehető leghatékonyabban elérni, a jelenségeket tehát cél/eszköz kategóriákban gondolja el. A közgondolkodás azonban általában közelebb áll a deontológia logikájához: bizonyos erkölcsi szabályokat intuitíve, további érvelés nélkül igaznak tekint[47]. A deontológiai gondolkodás előnye tehát az, hogy közelebb áll az erkölcsről való mindennapi gondolkodásmódunkhoz, így következtetései is a józan ész számára általában elfogadhatóbbak. Hátránya, hogy az érvelésben túl sokszor hagyatkozik nehezen megfogható dolgokra: az intuícióra, arra, hogy bizonyos szabályok evidensek stb.

Az utilitarista gondolkodás előnye, hogy szigorúan racionális, s az utilitarizmus alapelvén kívül minden kritikát elfogad, s képes véleményébe beépíteni. Így nagyon rugalmas, mert azt tartja, hogy egy tett erkölcsösségét vagy erkölcstelenségét kizárólag annak következményei döntik el, ennek megállapítása pedig empirikus kérdés, amit előre, szabályokra való hivatkozással nem lehet eldönteni. Hátránya, hogy következtetései sokszor szembenállnak hagyományainkkal, az erkölcsről való tradicionális gondolkodásunkkal. A modern bioetikában mindkét irányzat igen népszerű. Rendkívül heves elméleti vita folyik a deontológiai és az utilitarisztikus elméletek között, s az utilitarizmuson belül is a tett- és a szabály-utilitarizmus között. A vita a mai napig nem dőlt el. Bár az angolszász szakirodalomban az utilitarizmus elterjedtebbnek tűnik, mégis, igen heves viták kereszttüzében áll. Bár általában a szabály-utilitarizmust szokták elfogadni és ajánlani, mégis, sok mai vezető etikus tett-utilitarista. Sokan azzal magyarázzák az utilitarizmus eme sikerét, hogy nincs hasonló világossággal és meggyőző erővel kidolgozott más etikai elmélet[48]. Sok mai bioetikai vita leírható úgy is, mint az utilitaristák és a deontológusok az erkölcsről való eltérő gondolkodásának a következménye. Természetesen nemcsak az etikusok, de bárki más is ezen a kétféle módon szokott erkölcsi kérdésekről gondolkodni, sőt egy és ugyanazon ember is sokszor alkalmazza keverten a deontológiai és az utilitarisztikus érvelést, illetve problémákról egyszer így, másszor úgy gondolkodik. A megkülönböztetésnek tehát az elméleti tisztaság miatt van jelentősége, a gyakorlatban a két vonulat sokszor keveredik. S bár az utilitarizmus és a deontológia közötti vita kétségtelenül nagy elméleti jelentőségű, ugyanakkor látni kell, hogy a gyakorlatban az ellentétek sokszor nem ennyire élesek, mert mind deontológiai, mind utilitarista talajon sokszor ugyanazokhoz a morális alapelvekhez lehet eljutni[49]. Egy deontológus is el szokta fogadni, hogy a szabályok önértékként való betartásán túl azért a következmények is befolyásolják egy tett erkölcsi megítélését, csak ő a következményeknek nem tulajdonít olyan nagy szerepet, mint annak: a tett a szabályok betartásával ment-e végbe vagy pedig szabályszegéssel.

Ugyanakkor az utilitaristák is elismerik (s különösen a szabály-utilitaristák), hogy az erkölcsi szabályok betartása fontos, mert ez teszi az emberek viselkedését egy társadalomban kiszámíthatóvá. A szabályok mögött továbbá legtöbbször évez-

redes bölcsesség és tapasztalat húzódik meg, így azok betartása általában hasznosabb, mint megszegésük. S legtöbbször a gyakorlatban a deontológiai és az utilitarista etikák ugyanazoknak a szabályoknak az igazolásához jutnak el. Különbség csak abban van, hogy a deontológusok a szabályt azzal igazolják, hogy azokat intuitíve evidensnek érzik, s olyan konkrét esetekben is ragaszkodnak betartásukhoz, amikor kimutatható, hogy az nem a legjobb következményekhez vezet, vagyis akkor is ragaszkodnak az eredeti szabályhoz, ha egy módosított szabály vagy a szabály elvetése összességében több hasznot eredményezne az érintettek számára. Ezzel szemben az utilitaristák csak akkor látnak egy szabályt igazolhatónak, ha széles körű betartása minden lehetséges alternatívával szemben maximalizálja a haszon : kár arányt. Így ők inkább hajlamosak a tradicionális erkölcsi szabályok kritikájára vagy akár elvetésére is bizonyos helyzetekben.

Összegzésül azt mondhatjuk, hogy a modern bioetikában mind az utilitarisztikus, mind a deontológiai gondolkodás nagy szerepet játszik. Az utilitarista érvelési módszer ott bizonyult a leghasznosabbnak s relatíve a legkevésbé vitatottnak, ahol nem annyira egyéneket, mint inkább embercsoportokat érintő etikai-politikai kérdések megoldása szükséges. Az utilitarizmus inkább arra a kérdésre válaszol, hogy „Mit csináljunk mi mint közösség, együttesen?", s nem annyira arra, hogy „Mit csináljak én mint egyén ebben a helyzetben?" Így az utilitarizmus leginkább politikusok, döntéshozók számára használható[50]. Nem véletlen ezért, hogy pl. a ritka orvosi eszközök igazságos elosztása terén a költség–haszon és költség–hatékonyság elemzés utilitarista elve, mint később majd látni fogjuk, igen megtermékenyítőnek bizonyult.

Ugyanakkor az utilitarizmus ott bizonyul a leggyengébbnek s a legellentmondásosabbnak, ahol az emberi jogok, az emberi méltóság, a személyek iránti tisztelet stb. elveinek kitüntetett szerepet kell játszaniuk, mert utilitarista talajon az ilyen elvek sokszor megsérthetőnek tűnnek, illetve tiszteletben tartásuk egyedi esetekben nem mindig igazolható. Így az abortus, az eutanázia, az emberi szövetek, szervek felhasználása stb. kérdéseiben az utilitarista megoldások rendkívül vitatottak, hiszen az utilitarizmus itt emberi életeket s ezek hasznát méri össze, míg a deontológiai logika szerint ezek a problémák ilyen módon nem tárgyalhatók[51]. Mindezeknek a kérdéseknek a részleteivel majd a konkrét etikai problémák (abortus, eutanázia stb.) tárgyalásakor fogunk találkozni.

Jegyzetek a második fejezethez*

[1] *Davis, N. (A.).* (1991): Contemporary deontology. In: *Singer, P.* (ed.) (1991): A Companion to Ethics. (Blackwell Companions to Philosophy.) Basil Blackwell, (p. 205)
[2] Ibid. (p. 208)
[3] *Fried, C.* (1978): Right and Wrong. Cambridge, Mass.: Harvard University Press (p. 7, p. 9) cit: *Davis, N. (A.)* (1991), i. m. (p. 205)
[4] *Olson, R. G.* (1967): Deontological Ethics. In*: Edwards, P.* (ed.) (1967): The Encyclopedia of Philosophy. New York–London. Collier Macmillan Publishers.
[5] *Dosztojevszkij, F.*: A Karamazov testvérek. Budapest, Európa kiadó, 1982. I. 05 (p. 364)
[6] *Davis, N. (A.)* (1991), i. m. (p. 207)
[7] Ibid. (p. 209)
[8] *Williams, B.* (1975): A critique of utilitarianism. In: *Smart, J. J. C., Williams, B.* (1975): Utilitarianism for and against. Cambridge University Press (p. 96)
[9] *Engelhardt, H. T. jr.* (1986): The Foundations of Bioethics. Oxford University Press (p. 221)
[10] Ibid. (p. 222)
[11] *Mangan, J. (*1949): An historical analysis of the principle of double effect. Theological Studies 10, 41–61. Cit: *Marquis, D. B.*: Four Versions of Double Effect. The Journal of Medicine and Philosophy 16:515–544, 1991. (p. 517)
[12] *Marquis, D. B.:* i. m. (p. 518–522)
[13] G*illon, R.* (1985): Philosophical Medical Ethics. Chichester–New York, John Wiley & Sons (pp. 136–138)
[14] *Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (eds.) (1989): Principles of Biomedical Ethics. (third ed.) New York–Oxford, Oxford University Press (p. 131)
[15] Ibid. (p. 132)
[16] *Mackie, J. L.* (1977): Ethics. (Inventing Right and Wrong) Penguin Books. (VI. fejezet, 6. pont)
[17] Ibid.
[17b] Somfai B.: Személyes közlés.
[18] *Davis, N. (A.)* (1991): i. m. (p. 217)
[19] Ibid. (pp. 212–213)
[20] Ibid. (pp. 215–216)
[21] *Ross, W. D.* (1930): The right and the good. Oxford University Press.
[22] *Brandt, R. B.* (1959): Ethical Theory. Prentice-Hall, Inc.
[23] *Gillon, R.* (1985): i. m. (pp. 18–19)
[24] *Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 53)
[25] *Dancy, J.* (1991): An ethic of prima facie duties. In: *Singer, P.* (ed.) (1991): i. m. (p. 224)
[26] Ibid. (p. 222)
[27] *Frankena, W. K.* (1963): Ethics. Prentice-Hall, Inc.
[28] *Pettit, P.* (1991): Consequentialism. In: *Singer, P.* (ed.) (1991): i. m. (pp. 230–231)
[29] *Rawls, J.* (1972): A Theory of Justice. Oxford, Clarendon Press (p. 24, pp. 30–31)
[30] *Taylor, P. W.* (ed.) (1972): Problems of Moral Philosophy. An Introduction to Ethics. (second ed.) Encino, California, and Belmont, California, Dichenson Publishing Company, Inc. (IV. fejezet.)
[31] *Brandt, R. B.* (1959): Ethical Theory. Prentice-Hall, Inc. (12. fejezet)
[32] *Mill, J. S.* (1980): Haszonelvűség. Magyar Helikon (p. 246)
[33] *Goodin, R. E.* (1991): Utility and the Good. In: *Singer, P.* (ed.) i. m. (pp. 243–244)
[34] *Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (eds.) (1989): i. m. (p. 33)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[35] *Nagel, T.* (1986): The View from Nowhere. Oxford University Press (p. 176)
[36] *Olson, R. G.* (1967): Teleological ethics. In: *Edwards, P.* (ed.) (1967): The Encyclopedia of Philosophy. New York–London, Collier Macmillan Publishers.
[37] *Williams, B.* (1975): A Critique of Utilitarianism. In: *Smart, J. J. C., Williams, B.* (1975): i. m. (p. 96)
[38] *Pettit, P.* (1991): i. m. (p. 237)
[39] *Smart, J. J. C., Williams, B.* (1975): i. m. (p. 95)
[40] *Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (eds.) (1989): i. m. (p. 32)
[41] *Mackie, J. L.* (1977): Ethics. (Inventing Right and Wrong.) Penguin Books
[42] *Lyons, D.* (1965): Forms and Limits of Utilitarianism. Oxford, Clarendon Press, cit: *Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (eds.) (1989): i. m. (p. 63)
[43] *Pettit, P.* (1991): i. m. (p. 234)
[44] *Smart, J. J. C.* (1986): Utilitarianism and its Applications. In*: DeMarco, J. P., Fox, R. M.* (1986): New Directions in Ethics. (The Challenge of Applied Ethics.) New York–London, Routledge & Kegan Paul (p. 28)
[45] *Pettit, P. (*1991): i. m. (p. 237)
[46] *Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (eds.) (1989): i. m. (pp. 26–27)
[47] Ibid. (p. 43)
[48] *Rawls, J.* (1972): i. m. (p. 52)
[49] *Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (eds.) (1989) i. m. (pp 46–47)
[50] *Goodin, R. E.* (1991): i. m. (p. 248)
[51] *O'Neill, Onora:* Introducing ethics: some current positions. Bulletin of Medical Ethics. November 1991, Number 73. (pp. 18–19)

3. fejezet – Normatív etikai elméletek II.

(Természetjogi elméletek, a kanti etika, szerződéselméletek, erényetikák, az emberi jogok nyelve)

Ez a fejezet megkísérel nagyon rövid áttekintést adni néhány fontosabb etikai elméletről. Foglalkozni fogunk a természetjogi etikai elméletekkel, a kanti etikával, a szerződéselméletekkel, az erényetikákkal s a jogokra hivatkozó érvelési módokkal.

A TERMÉSZETJOGI, A TERMÉSZETI TÖRVÉNYRE HIVATKOZÓ ETIKAI ELMÉLETEK

Ennek a nagy tradícióval rendelkező etikai iskolának a válasza a „Hogyan kell élnem?" kérdésére: Élj összhangban az emberi természettel, hiszen csak az emberi természet sajátosságait figyelembe vevő élet lehet sikeres és boldog.

A természeti törvényre való hivatkozás első, kiforrott formája az ókori sztoikusoknál található meg, akik szerint az egész világegyetem ésszerű természeti törvények által kormányozott, a helyes életvezetés pedig a kozmoszban levő ésszerűségnek megfelelő élet. Az élettelen tárgyak ezt az ésszerű fizikai törvények szükségszerűsége révén követik, az állatok pedig ösztöneik révén. Egyedül az ember képes esze, akarata segítségével arra, hogy válasszon: a természet törvényei szerint éljen-e vagy sem. Csak akkor jár el azonban ésszerűen, ha a természet törvényei szerint él, mert ha eltér ezektől, akkor a természetben uralkodó ésszerűségtől tér el. A sztoikusok útmutatása tehát: Kövesd a természetet s az abban megmutatkozó ésszerűséget![1]

A természet azonban sokféle. Vannak békés állatok, s vannak harciasak. Vannak monogámiában élő állatok, s vannak poligámok. Vannak szigorúan kasztszerűen szerveződő állati „társadalmak", s vannak az egyenlőségen alapulók. A természetben tehát mindenre találni példát, de akkor melyiket kell követni a „Kövesd a természetet!" parancsot hallván?[2] Ez a probléma a természetjogi koncepció átfogalmazását kívánta meg, melyet Arisztotelész erkölcsi rendszerének felhasználásával Aquinói Tamás (1224–1274) végzett el. Arisztotelész szerint minden dolog rendelkezik a csak rá jellemző lényeggel (esszenciával), s ez egyben létezésének célját is meghatározza. Egy változás természetes, ha az a dolog saját természete által, természetellenes, ha külső erők által meghatározott[3]. Például a mag növénnyé fejlődése természetes, mert ez a mag belső erőinek a következménye, míg a mag széttaposása a mag oldaláról nézve természetellenes, mert ezt a változást külső erő

hozta létre, s ez megakadályozta a mag belső erőinek érvényre jutását. Az ember számára is a természetes élet a saját természetének megfelelő életet jelenti, csak ez az élet teheti az embert boldoggá. Az emberi természet lényege pedig a racionalitás, az ésszerűség. Az arisztotelészi elméletet nyersanyagként felhasználó AQUINÓI TAMÁSNÁL is a természeti törvénynek megfelelő élet az ésszerű élet. Mivel azonban már a sztoikusok tudták, hogy az észt nem megfelelő módon is lehet használni, ezért helyes észről beszéltek (például CICERO)[4]. Így tehát az emberi természet törvénye AQUINÓI TAMÁSNÁL is a helyes ész törvénye, az emberi természetnek megfelelően élni pedig annyi, mint ésszerűen élni. Ezért a sztoikusok „Kövesd a természetet!" elve nála a „Kövesd a saját természetedet!" elvévé alakult át. Vagyis figyelembe kell venni az ember természetes hajlamait, adottságait, az emberi fajra általánosan jellemző tulajdonságokat. A természeti törvényre hivatkozó gondolkodók nem győzik hangsúlyozni, hogy csak az emberi természettel összhangban lévő erkölcsi szabályok lehetnek hasznosak, mert csak ezek betarthatók, követhetők[5]. Azonban az emberi természetet az ésszerűvel azonosító felfogás önmagában még túl absztrakt, hiszen nem mondja meg, hogy pontosan milyen viselkedési szabályok is következnek az emberi természet ésszerű voltából. Hiszen minden viselkedés elfogadható, ami összhangban áll az egészséges emberi értelemmel, a helyes ésszel, de mit diktál ez a helyes ész? GROTIUS (1583–1645) szerint ez két módon állapítható meg. Egyrészt a priori, az emberi természetről való gondolkodással, másrészt a posteriori, vagyis úgy, hogy megvizsgáljuk, mi a közös az egyes népek, a különböző emberi társadalmak szokásaiban, erkölcseiben és jogfelfogásában. Ami mindenütt közös, az feltehetően megfelel a természeti törvénynek, vagyis az emberi természetet figyelembe vevő általános ésszerűségnek[6].

Ezt a módszert használva azonban eljutunk a természeti törvényre hivatkozó érvelések fő problémájához. Azt találjuk ugyanis, hogy a különböző emberi kultúrákban erkölcsi vonatkozásban nincsenek általánosan és mindenütt elfogadott vélemények, ehelyett inkább sokféleséget látunk, azt, hogy az emberek nagyon különbözőképpen gondolkodnak arról, mi a kívánatos, mely célok elérésére kell törekedni stb. Az emberi törekvések és célok sokféleségét, pluralizmusát tapasztaljuk[7]. Ezt látva kétféle válasz adható. A természeti törvényre hivatkozó elméletek az emberi célokban, törekvésekben megmutatkozó különbségeket csak a felületen meglévőnek tartják. Azt állítják, hogy bármilyen különbözőnek is tűnjenek a felszínen az embereket mozgató értékek, ezek a valóságban alapvetően azonosak, s hogy mi az igazi, a ténylegesen jó az ember számára, az az emberi természet sajátosságaiból megállapítható. Ezzel szemben a természeti törvény elmélet nagy modern riválisa, az utilitarizmus azt állítja, hogy az emberi törekvések, értékek alapvetően sokfélék. Nem mondható meg – szemben azzal, amit a természeti törvény képviselői állítanak –, hogy mi az igazi jó, mert a jó mindenkinek más és más, és nemcsak a felszínen, hanem ténylegesen is. Így, hogy kinek mi a jó, azt mindenki csak saját maga

tudja eldönteni, s semmilyen más, végső kritérium nincs. Így a fő vita az, hogy a modern utilitarizmus az emberi értékek terén alapvetően pluralista. Azt állítja, hogy az emberi boldogságnak számtalan formája van, melyeket nagyon különböző életmódokkal egyaránt el lehet érni. A természeti törvényre hivatkozó felfogás viszont ezt tagadja, szerinte az emberi természet meghatározottsága miatt a boldogsághoz vezető utak alapvetően azonosak, s az emberi vágyak csak a felszínen sokfélék[8].

Összefoglalóan a természeti törvényre hivatkozó érvelések fő problémája az, hogy ez az elmélet nagyon absztrakt, s nem mondja meg, hogy konkrétan milyen szabályok következnek az elméletből. Ha elfogadjuk is, hogy az emberi természet lényege az ésszerűség, akkor ebből még nem következnek egyértelmű etikai szabályok. Hiszen milyen viselkedési szabályokat diktál az ésszerűség? Az ésszerűségnek sokféle interpretációja lehetséges, és a természeti törvényre való hivatkozás alapján nem lehet eldönteni, hogy melyiket kell elfogadnunk. Ezért azt mondhatjuk, hogy a természeti törvényre hivatkozó természetjogi érvelés elvont módon igaz, hiszen kétségtelenül az emberi természet sajátosságait figyelembe vevő erkölcsi elvek lehetnek csak hasznosak, mert csak ezek betarthatók. Viszont nagyon kevés konkrét szabály következik ebből az elvből, hiszen az emberi természet és racionalitás sokféle leírása lehetséges.

Befejezésül azonban érdemes szemügyre venni egy olyan érvelési módot, mely a természetjogi felfogás mai képviselői szerint is hibás, ugyanakkor a közgondolkodásban is és az elméleti vitákban is nagyon gyakran alkalmazzák. Eszerint az érvelés szerint bizonyos emberi viselkedési formák azért erkölcstelenek, mert természetellenesek. Ezért lenne erkölcstelen például a homoszexualitás, a maszturbáció vagy a fogamzásgátlás is. Ezek azért természetellenesek, mert természetes biológiai funkciókat akadályoznak, mert szerveket nem arra „használnak", amire azok valók. A fogamzásgátlás például azért rossz, mert a szexuális élet igazi célja az utódnemzés, s nem a gyönyör, a maszturbáció és a homoszexualitás pedig azért, mert szintén megakadályozza az utódnemzést, mely a szexualitás „természetes" célja. Ez az érvelés azonban azért hibás, mert ezzel a logikával ártatlan dolgok is elítélhetők lennének, csak azért, mert természetellenesek. Hiszen eszerint bűn lenne például a zongorázás is, hiszen kezünk biztosan nem erre alakult ki, a szemüvegviselés is, hiszen fülünk és orrnyergünk semmi esetre sem a célból fejlődött ki, hogy a szemüveget tartsa, a csókolódzás is az lenne, hiszen szájunk a beszédre és az evésre való stb. Mondhatná persze valaki, hogy a csókolódzás nem akadályozza meg az evést vagy a beszédet általában, a homoszexualitás vagy a fogamzásgátlás viszont megakadályozza a gyermeknemzést. Ez azonban nem igaz, hiszen csak a kizárólagos homoszexualitás akadályozza a gyermeknemzést, tehát csak az lenne természetellenes, míg ezen érvelés szerint mindenfajta homoszexualitás természetellenes. Hasonlóképpen, a nem állandóan használt fogamzásgátlás sem összeegyeztethetetlen a gyermeknemzéssel stb.[9]. Tágabban tekintve tehát az egész

emberi civilizáció s benne mai életmódunk, viselkedésünk számos eleme természetellenes, s mégsem vetjük el globálisan mint erkölcstelent.

Így bármilyen „természetesnek" is tűnjék a természetes és a természetellenes különbségtételét segítségül hívó érvelés, mégis mint hibást, el kell vetnünk. Ez azonban természetesen nem jelenti a természetjogi érvelés egészének az elvetését, hiszen az ésszerűséget, racionalitást alapelvé tevő arisztoteliánus-tomista hagyomány minden későbbi erkölcsi rendszer alapja is lett annyiban, hogy ezek elfogadták a racionalitásra való hivatkozást mint az etikai szabályok indoklásának fő eszközét[9b].

A KANTI ETIKA

IMMANUEL KANT (1724–1804) munkássága megkerülhetetlen mérföldkő az etika történetében. KANT olyan végső kritériumot keresett, mellyel eldönthető, hogy egy morális szabály érvényes és elfogadható-e vagy sem. „Tesztje" ennek eldöntésére a kategorikus imperatívusz, a feltétlen erkölcsi parancs. KANTNÁL egy imperatívusz (parancs) lehet hipotetikus (feltételes) és kategorikus (feltétlen). A hipotetikus imperatívusz általános megfogalmazása: „Ha X-et akarod, tedd Y-t." Itt tehát Y-t csak feltételesen kell tennem, csak akkor, ha X-et akarom. Így, ha egy parancs azt mondja meg, hogy egy célt milyen eszközzel lehet elérni, akkor hipotetikus imperatívusz formájában fogalmazódik meg. Így hipotetikus imperatívuszként szoktunk megfogalmazni praktikus, gyakorlati tanácsokat, melyeket elfogadhat valaki, ha akar és ha okos, de ez nem kötelező a számára. Ezzel szemben a kategorikus imperatívusz általános megfogalmazása: „Y-t kell tenned!" Itt tehát Y-t nem feltételesen, valamilyen cél elérése kedvéért kell tennem, hanem önmagáért. KANT szerint a legfőbb erkölcsi szabályt önmagáért kell betartanunk, s nem valamilyen más cél elérésének eszközeként, ezért nevezhetjük kategorikus imperatívusznak[10]. Ennek több megfogalmazása van, s különösen kettő gyakorolt nagy hatást a későbbi etikai fejlődésre: az univerzalizáció elve s az ember mint öncél kanti megfogalmazása.

Az univerzalizáció elve

Ez az elv, mely annak eldöntésére szolgál, hogy egy tett erkölcsileg elfogadható-e vagy sem, a kategorikus imperatívusz következő megfogalmazásán alapul: „Cselekedj úgy, mintha cselekedeted maximájának akaratod révén általános természettörvénnyé kellene válnia"[11]. (A maxima a cselekvés szubjektív elve, mely motiválta a cselekvőt, s amely szerint ő látja a cselekedetét és a helyzetét. Ha például valaki kiment egy fuldoklót a vízből, akkor itt a maximája lehet ez: „A bajba jutott

embernek mindig segíteni kell!") KANT szerint egy tett csak akkor fogadható el erkölcsileg, ha univerzalizálható, vagyis ha a mögötte álló elv (maxima) széles körű elterjedése (általános törvénnyé válása) ellentmondás nélkül elgondolható és akarható lenne. Megfogalmazásának megvilágítására tételezzük fel, hogy minden tettünknek hipnotikus hatása lenne másokra: minden cselekedetünk után mindenki az egész világon a mi maximánk alapján kezdene cselekedni (vagyis tettünk maxímája mintegy természeti törvénnyé válna, s mindenkit e maxima szerinti cselekvésre kényszerítene). Ekkor nyilván nagyon óvatosak lennénk, hiszen tettünkkel óriási hatást gyakorolnánk a világra, így minden cselekedetünkkel hatalmas felelősség járna[12]. (Ez a feltételezés nem is nagyon valószínűtlen, hiszen az emberek hajlamosak utánozni egymás viselkedését, így minden cselekedetünk mindig egyfajta modell, precedens, példa mások számára. Ezért egy viselkedési forma általában elterjedésre hajlamos, így morális megítélésében mindig azt kell vizsgálni, mi lesz az illető viselkedés általános elterjedésének hosszú távú következménye.) Az univerzalizáció kanti elve tehát azt mondja ki, hogy tettünk erkölcsileg csak akkor elfogadható, ha maximája általános elterjedése ellentmondás nélkül elgondolható és akarható lenne. Nézzük KANT két példáját.

1. Pénzt akarok kölcsönkérni, de tudom, hogy csak akkor kapom meg, ha megígérem, hogy határidőre visszafizetem. Megígérhetem-e ezt, ha tudom, hogy a pénzt határidőre nem fogom tudni visszafizetni?

Tegyük fel, valaki azt gondolja, hogy ilyenkor a hamis ígéret erkölcsileg elfogadható. Maximája ekkor így szól: „Pénzszűkében hamisan megígérhetem, hogy a kölcsönt visszafizetem".

A kanti univerzalizálhatósági tesztet alkalmazva úgy lehet megállapítani, hogy ez a maxima erkölcsileg elfogadható-e, hogy megnézzük, mi történne, ha általánosan elterjedne, ha ezután minden pénzszűkében lévő ember hamisan ígérhetne? A válasz kézenfekvő. Ha ez történne, senki nem hinne többé semmiféle ígéretnek, sem hamisnak, sem igaznak, így az ígéret mint intézmény lehetetlenné válna. Tehát hamisan ígérni s ugyanakkor azt akarni, hogy az ígéret mint intézmény fennmaradjon (amely csak akkor lehetséges, ha az emberek hisznek az ígéreteknek), önellentmondás. Így ez a maxima nem univerzalizálható, s ezért erkölcsileg nem elfogadható.

2. Mivel nekem jól megy a sorom, s nem szorulok mások segítségére, elfogadhatom-e erkölcsi törvényként azt a maximát, hogy senki ne segítsen a másikon?

Az ellenőrzés eszköze itt is az univerzalizálás: mi lenne, ha ez a maxima általánosan elterjedne, mintegy mindenhol érvényesülő természettörvénnyé válna? KANT válasza itt az, hogy a másoknak való nem-segítés maximájának általános elterjedése ugyan ellentmondás nélkül elgondolható (vagyis logikailag elképzel-

hető egy olyan világ, ahol senki nem segít senkinek), de ilyen világ nem akarható, hiszen mindannyian néha mások segítségére szorulunk, s ezért nem akarhatunk egy olyan világban élni, ahol senki nem segít senkinek[13].

A kanti univerzalizáció elvét fejezi ki, bár kicsit pontatlanul, az a mindennapi erkölcsi érvelésben gyakran használt fordulat, hogy „Mi lenne, ha mindenki így cselekedne?" Akkor szoktak így érvelni, amikor egy tett önmagában nem tűnik károsnak, így erkölcsileg megengedhetőnek látszik, ha azonban elgondoljuk, mi lenne, ha általánosan elterjedne, azonnal kitűnik elfogadhatatlansága. A „Mi lenne, ha mindenki így cselekedne?" érvelés azonban nem pontosan azt fejezi ki, amit KANT, hiszen nála az univerzalizáció nem a cselekvésre, hanem a cselekvés maximájára vonatkozik, vagyis arra az elvre, motivációra, ahogyan a cselekvő látja a tettét, ahogyan ő gondolkodik róla. Ez azért fontos különbség, mert bármely tett általános elterjedése elfogadhatatlan következményekhez vezetne. (Például ha azt akarjuk vizsgálni, erkölcsileg elfogadható-e az, hogy valaki orvos akar lenni, akkor nem az az univerzalizálás, hogy megnézzük, mi lenne, ha mindenki orvos akarna lenni. Ez ugyanis nyilván elfogadhatatlan lenne, hiszen ha mindenki orvos lenne, a többi munkát nem lenne, aki elvégezze. Ezért nem a konkrét tettet, hanem annak maximáját kell univerzalizálni. Így tehát nem azt kell univerzalizálni, hogy orvos akarok lenni, hanem például azt az esetleg mögötte álló maximát, hogy segíteni szeretnék a szenvedőkön. S ez már univerzalizálható, hiszen ennek a motivációnak az általános elterjedése már nem vezetne képtelen következményekhez.)

Felvetődik azonban a kérdés: minden szabály, mely megfelel a kanti univerzalizálhatósági kritériumnak, kötelesség? Nyilvánvalóan nem, hiszen például a „Reggel mindig nyisd ki az ablakot!", vagy „Egy liftbe mindig bal lábbal lépjél be először!" szabály univerzalizálható, mégis, egyik sem erkölcsi kötelesség[14]. Ezért azt mondhatjuk, hogy ami nem univerzalizálható, az biztosan immorális, de ami univerzalizálható, az még nem feltétlenül morális kötelesség. Az univerzalizálhatóság tehát egy maxima morális elfogadhatóságának szükséges, de nem elégséges feltétele. Az univerzalizálhatóság elve olyan rosta, melynek segítségével ki tudjuk szűrni az erkölcsileg nem elfogadható maximákat, de azt még nem tudjuk megmondani, hogy a szűrőn fennmaradt, így univerzalizálható elvek közül melyiket fogadjuk el morális szabályként. A kanti módszer így az erkölcsileg elfogadható maximák keretfeltételeit határozza meg[15], s fő mondanivalója: „Mindig tedd azt, ami szerinted általánosan és általában jó, konkrét céljaidra, vágyaidra való tekintet nélkül, még akkor is, ha ez károdra van, ha nehéz megtenned, ha fájdalmas"[16].

Az univerzalizáció elve kanti megfogalmazásának problémái

Mint láttuk, egy maxima akkor univerzalizálható, ha általános elterjedése ellentmondás nélkül elgondolható s a cselekvő számára elfogadható lenne. KANT szerint, mint láttuk, nem univerzalizálható a „Mindenki törődjön a saját dolgával, s senki ne

segítsen a másiknak!" maxima, mert ennek általános elterjedése nem akarható, hiszen senki nem szeretne egy olyan világban élni, ahol az emberek soha nem segítenek a bajbajutottnak.

Ez a kanti vélemény azonban megkérdőjelezhető. El lehet képzelni ugyanis valakit, aki annyira bízik a saját erejében, hogy számára elfogadható lenne egy olyan világ, ahol senki nem segít senkinek. Így tehát számára a „Mindenki törődjön csak a saját dolgával!" maxima univerzalizálható lenne. Egy másik ellenpélda: egy nemdohányos könnyen el tudna fogadni például egy olyan szabályt, hogy „Minden dohánytermék árusítását azonnal meg kell tiltani!", hiszen ő nem szenvedne egy ilyen szabály általános elterjedése esetén. Az univerzalizációs elv kanti megfogalmazása tehát hiányos, mert az univerzalizáló alany, ha érzéketlen vagy kedvező helyzetben van, bármely immorális szabályt univerzalizálni tud[17]. Ezért a kanti elv apró javításokra szorul, s így módosítva már fontos segítséget tud adni annak eldöntésében, hogy egy szabály morálisan elfogadható-e vagy sem.

Az univerzalizációs elv módosított változata

MACKIE az előbbi hiányosságok kiküszöbölésére az univerzalizálás 3 fázisban való elvégzését javasolja[18].

1. fázis: Ez voltaképpen a kanti módszert jelenti; meg kell vizsgálni, akarható-e a vizsgált maxima általános elterjedése az univerzalizálást végző alany számára.

2. fázis: Itt azt kell vizsgálni, hogy akkor is el tudná-e fogadni az univerzalizálást végző alany a maxima általános elterjedését, ha ő egy másik ember helyzetében lenne (de még a saját értékeivel, személyiségével). Ezzel a második fázissal kiszűrhetők olyan immorális maximák, melyek az első (kanti) fázison még átcsúsznának. Például egy gazdag és egészséges ember mondhatja, hogy számára elfogadható, ha nincs ingyenes orvosi ellátás, s ha valaki beteg lesz, az fizessen a saját ellátásáért, ha tud. Ez a maxima az univerzalizálás első fázisán még átcsúszna, hiszen számára – lévén egészséges és gazdag – egy ilyen elv elterjedése elfogadható lenne. A 2. fázison azonban megbukna, hiszen ha az egészséges gazdag egy szegény szívbeteg helyébe képzeli magát, akkor az ő számára már nem lenne elfogadható a fizetőképességi elv az egészségügyi ellátásban.

3. fázis: Itt az univerzalizálást végző alanynak nemcsak a másik ember helyébe, helyzetébe kell képzelnie magát, hanem figyelembe kell vennie a másik ember ízlését, értékrendjét is, mely jelentősen eltérhet az övétől, s ezután kell megnéznie, hogy ezek figyelembevételével a másik elfogadhatná-e a javasolni kívánt maxima általános elterjedését. Ez a fázis minden ideál, érték egyenlő és pártatlan figyelembevételére szólít fel, még olyan értékekére is, amelyet mi nem osztunk, vagy amelylyel mi nem értünk egyet.

HARE hoz egy képzeletbeli példát, leírva, hogyan vitatkozik egymással egy liberális és egy meggyőződéses fasiszta. A fasiszta eljut az univerzalizáció 2. fázisáig, mert azt mondja: őt és a családját is ki kellene végezni, ha kiderülne róluk, hogy zsidók. A harmadik fázisig azonban nem jut el, vagyis addig, hogy olyan nézőpontot, értékrendet, véleményt stb. is figyelembe vegyen és tiszteljen, amelyet ő nem oszt, jelen esetben azt a véleményt, hogy a zsidók éppen olyan emberek, mint bárki más. A fasiszta elvek így nem jutnának át az univerzalizáció 3. fázisán, mely a mienktől eltérő értékek és szempontok (így a fasiszta számára a nem fasiszta értékek és szempontok) figyelembevételére szólít fel. (Más kérdés természetesen, hogy a fasiszta gyakorlat általában még az univerzalizáció második fázisáig sem jutott el, vagyis addig, hogy megvizsgálja: mennyire lennének a fasiszta eszmék elfogadhatók a fasiszták számára, ha ők azoknak a helyében lennének, akik ellen ez az eszme irányul[19].)

Az univerzalizációs elv sok elemét a közgondolkodás is használja erkölcsi viták-ban. Szoktak például így érvelni: „Képzeld magad az én helyembe!", vagy „Mit szólnál a nácizmushoz, ha te is zsidó lennél?"; stb., mely érvelés a fenti univerzalizáció 2. fázisát hangsúlyozza ki.

Az elmondottak szemléltetésére nézzünk egy példát![20]

Kihalt országúton autózom. Egy lerobbant kocsi mellett haladok el, melynek tulajdonosa segítségért integet. Megálljak-e segíteni vagy nem?

Az univerzalizálás 1. fázisa: Tudom, hogy ilyenkor azt szokták mondani, hogy azért kell megállni, mert én is kerülhetek hasonló helyzetbe, s akkor nekem is jólesne, ha más megállna és segítene. Én azonban erre azt válaszolom: Velem ez soha nem fog megtörténni, mert én elővigyázatos vagyok, és indulás előtt mindig ellenőriztetem az autómat. Ezért el tudok fogadni egy olyan világot, melyben általános szabály lesz, hogy senki nem áll meg azért, hogy egy lerobbant autósnak segítséget nyújtson. Tehát az 1. fázison átmegy az a szabály, hogy „Ne állj meg!"

Az univerzalizálás 2. fázisa: Itt bele kell képzelnem magam a másik helyzetébe (de még a saját értékrendemmel és személyiségemmel). Ha tehát mégis abba a helyzetbe kerülnék, hogy lerobban a kocsim, nem esne-e jól, ha más segítene? Lehetek azonban annyira büszke, hogy úgy érzem: ha mégis bajba kerülnék, senkitől nem kérnék segítséget. Így még mindig el tudok fogadni egy olyan világot, ahol a bajbajutottnak nem segítenek, még akkor sem, ha én vagyok a bajbajutott. Ezért még ezen a fázison is átcsúszik a „Ne állj meg!" szabály.

Az univerzalizálás 3. fázisa: Itt már nem pusztán a másik helyébe kell magam beleképzelnem, hanem a másik értékrendjét, vágyait is figyelembe kell vennem. Vagyis tudnom kell, hogy vannak kevésbé büszke emberek is, mint én, akiknek – velem ellentétben – jólesik, ha bajba kerülve segítenek rajtuk. Én ugyan nem ilyen vagyok, s nem is rokonszenves nekem ez a hozzáállás, de az integető autós valószínűleg ilyen, hiszen segítségért integet. Az ő nézőpontját is figyelembe kell vennem,

így az univerzalizálás 3. fázisán már nem megy át a „Ne állj meg!" szabály, s eljutunk a mindhárom fázist kielégítő „Állj meg és segíts!" szabályhoz.

Egy ilyen univerzalizálási eljárás természetesen egy ideál. Csak a legtökéletesebben morális elv „megy át" mindhárom fázison, a tökéletlenebbek már korábban kihullanak. A gyakorlati életben gyakran előfordul, hogy elveinket nem visszük végig az univerzalizálás mindhárom fázisán, hanem már korábban megállunk, s így egy erkölcsileg nem eléggé védhető elv alapján cselekszünk, s például az említett példában nem állunk meg. Természetesen a hétköznapi életben ritkán használjuk a fenti módszert, hiszen a megszokás és a gyakorlati megfontolások kellőképpen eligazítanak bennünket a cselekvésben. A fenti módszer arra jó, hogy kétséges esetben „tesztelni" tudjuk, elveink kiállják-e a morál legszigorúbb próbáját is, hogy szokatlan esetben, amikor a tradíció keveset segít, az univerzalizálás módszere iránytűként szolgálhasson.

A kanti kategorikus imperatívusz másik megfogalmazása: az ember mint öncél

A kategorikus imperatívusznak ez a leghíresebb és legnagyobb hatású megfogalmazása, mely utolérhetetlen erővel fejezi ki minden egyes ember abszolút értékét és méltóságát. Így szól: Cselekedj úgy, hogy az emberiséget mind saját személyedben, mind mindenki más személyében mindig célnak is, sohasem pusztán eszköznek tekintsd[21].

Ezt az elvet az emberi személy tisztelete elvének is szokták nevezni. Azt fejezi ki, hogy amilyen mértékben célja a viselkedésemnek a másik ember érdeke is, olyan mértékben vagyok vele szemben erkölcsös, s amilyen mértékben nem veszem figyelembe az ő érdekeit, szempontjait, amilyen mértékben csak eszközként használom őt a mások vagy a magam céljainak az elérése érdekében, olyan mértékben vagyok vele szemben erkölcstelen. Kant szerint nemcsak másokkal, hanem magunkkal is bánhatunk eszközként, s ilyenkor saját magunkkal szemben is erkölcstelenek lehetünk, nem tisztelve magunkban az abszolút értékű erkölcsi személyt. (Ezért kötelessége mindenkinek – KANT szerint – például saját képességei kifejlesztése.)

Példaként felhozható a kanti álláspont megvilágítására a halálbüntetés, noha – furcsa módon – KANT a halálbüntetést elfogadta. Szoktak úgy érvelni a halálbüntetés erkölcsi elfogadhatatlansága mellett, hogy a halálbüntetés azért rossz, mert a halálraítélttel kizárólag eszközként bánik, egy más cél elérése érdekében. A halálbüntetés ugyanis a halálraítélt érdekeit, szempontjait egyáltalán nem veszi figyelembe, ez a büntetés semmilyen vonatkozásban nem őérte, az ő megjavításáért van. A halál semmilyen szempontból nem az ő érdeke, hanem kizárólag a többieké, hiszen saját biztonságuk védelme érdekében ítélik a bűnözőt halálra.

Kizárólag eszközként bánik általában egy rabszolgatartó a rabszolgájával is, hiszen a vele való bánásmód során általában semmi nem a rabszolga érdeke, ő puszta eszköz, tárgy, „beszélő szerszám", a rabszolgatartó érdekei kielégítése céljából.

A mindennapi életben természetesen ritka, hogy valakivel minden vonatkozásban csak eszközként vagy csak öncélként bánjanak. A kettő keveredik, s a cselekvő (de nem a tett!) erkölcsi megítélésében az a döntő, hogy mi motiválta a cselekedetét. Például egy sebész operálhat kizárólag a beteg érdekében, a beteg haszna lehet az egyetlen motivációja, s ekkor tisztán öncélként bánik vele, s így tette maximálisan erkölcsös. Ugyanakkor az operációnak – a beteg érdekén túl – lehetnek egyéb motívumai is. Oka lehet például az, hogy a sebész nagyobb rutint szerezzen az illető műtéti technika kivitelezésében. Ebben az esetben a műtétet részben a jövendő betegek érdekében végzi, s velük szemben erkölcsös, viszont az adott beteg ekkor eszköz a többiek gyógyítása érdekében. Így amilyen mértékben a műtét motívuma nem a jelen beteg érdeke, hanem a jövendő betegek érdekében a műtéti technika begyakorlása, olyan mértékben erkölcstelen az illető orvos motivációja az éppen operálandó beteggel szemben, még abban az esetben is, ha a műtét ténylegesen a beteg érdekében áll. Tehát ebben az esetben nem a műtét erkölcstelen, hanem a műtétet végző orvos motivációja az. KANT tehát döntő jelentőséget tulajdonít a cselekvésre késztető motívumoknak. A cselekedettel nemcsak egy kötelességet kell teljesíteni, hanem a kötelességet a kötelesség kedvéért kell teljesíteni. A tett tehát nem kötelességszerűen végrehajtott, hanem kötelességből végrehajtott kell legyen. (Ez egyébként összhangban van az erkölcsről való mindennapi gondolkodásunkkal is. Ha például valaki azért viszi a gyermekét bábszínházba, hogy annak örömet szerezzen, s így tettében a gyerek érdeke volt a döntő motívum, akkor itt a gyereket öncélnak tekintette, így a tette erkölcsös. Ha viszont valaki csak azért vitte a gyereket bábszínházba, mert azt gondolta, hogy ott találkozni tud egy barátjával, s érdekes beszélgetést folyatathat vele, s ha tudta volna, hogy a barátja nem lesz ott, akkor ő sem vitte volna a gyereket bábszínházba, akkor itt a gyerekkel eszközként bánt saját céljai elérése érdekében. Itt a cselekvő motivációja nem erkölcsös, noha maga a tett nem erkölcstelen, hiszen a gyermek feltehetően így is jól fog szórakozni.)

Az öncél–eszköz megkülönböztetésnek nagy szerepe van az orvosi etikában. Ezt hangsúlyozza ki például a Helsinki Deklaráció azon elve is, ami szerint például egy betegen nem lehet azzal az indoklással kísérletezni, hogy az a társadalom, illetve szélesebben az egész emberiség érdeke, s az emberiség érdeke mindig előbbre való az egyes ember érdekénél[22]. Ezt az érvelést utasítja el a Helsinki Deklaráció, s ez szellemében a kanti kategorikus imperatívusznak felel meg: sohasem lehet valakivel puszta eszközként bánni más (esetleg erkölcsileg nemes) célok elérése érdekében.

Az aranyszabály elve és a kanti etika

Az aranyszabály talán legismertebb megfogalmazása az Újszövetségből való: „Amit akartok, hogy veletek tegyenek az emberek, ti is tegyétek velük." (Máté, 7:12)

A köznyelv az aranyszabály negatív és pozitív megfogalmazását egyaránt szokta használni. A mai negatív megfogalmazás: Ne tedd másokkal azt, amit nem kívánsz, hogy veled cselekedjenek!

A mai pozitív megfogalmazás: Csak azt tedd másokkal, amit kívánsz, hogy ők is cselekedjenek teveled!

Az aranyszabály ősi erkölcsi elv, amelyet a legkülönbözőbb korok, népek és vallások egyaránt elfogadtak. Először valószínűleg KONFUCIUS fogalmazta meg, még negatív formában[23].

Azért szükséges röviden a kanti etika ismertetésekor megemlíteni, mert sokan úgy tartják, hogy a kanti kategorikus imperatívusz voltaképpen nem más, mint filozófiailag formalizált megfogalmazása az aranyszabály elvének. Némi különbségtől eltekintve ez valóban igaz, s ezért mindaz a kritika, amely a kategorikus imperatívusz kanti megfogalmazásával szemben elmondható, elmondható az aranyszabállyal szemben is. E kritika lényegét legtömörebben talán G. B. SHAW fejezte ki: Ne tedd másokkal azt, amit kívánsz, hogy mások tegyenek teveled, mert lehet, hogy nekik más az ízlésük!

Ez a kritika frappánsan fejezi ki azt, hogy az embereknek különböző természetük, érdekeik, vágyaik és ízlésük van, így ami jó az egyiknek, lehet, hogy rossz a másiknak. Ezért az aranyszabály következetes alkalmazása azt jelentené, hogy a cselekvő nem azt teszi a másiknak, ami annak jó, hanem azt, ami neki lenne jó, ha más cselekedné azt ővele. Így az aranyszabályt alkalmazó hasonlatos lenne ahhoz a születésnapi ajándékozóhoz, aki azt ajándékozza az ünnepeltnek, amit ő maga szeretett volna kapni saját születésnapjára, s nem azt, amit az ünnepelt szeretne. Az aranyszabályra hivatkozva taníttathatja például zongorázni a zongoratanulást elkeseredetten elutasító, botfülű lányát az az anya, aki szerette volna, ha gyerekkorában őt az ő anyja zongorára taníttatta volna, elfelejtve, hogy a lánya más, mint ő, s nem ugyanaz jó neki, ami neki lett volna jó. Éppen ezen ellenérvek hatására sokan az aranyszabály átfogalmazását javasolják, ilyen formán: „Tedd másokkal azt, amit ők jónak tartanak maguknak!"[24]

Mások azonban amellett érvelnek, hogy az aranyszabály megmenthető, ha nem szűken, hanem tágan interpretáljuk, nevezetesen, ha úgy értelmezzük, hogy nem cselekvések pontos leutánzására szólít fel, hanem általánosabban arra: döntéseinkben vegyük figyelembe mások érdekeit, szempontjait, kívánságait is, melyek jelentősen különbözhetnek a mienktől, s segítsük a másikat abban, hogy saját céljait elérje, vagy legalábbis ne akadályozzuk őt meg ebben. Vagyis az aranyszabály

– elvontabban értelmezve – arra szólít fel, hogy döntéseinkben épp úgy vegyük figyelembe mások érdekeit, ahogyan mi is elvárjuk, hogy mások figyelembe vegyék döntéseikben a mi szempontjainkat, érdekeinket és kívánságainkat[25]. Az aranyszabály ilyen módon való értelmezése már elfogadható, s mint látható, szoros rokonságot mutat az univerzalizáció kanti elvének modern pontosításaival.

Ezekkel a pontosításokkal mind az aranyszabály ősi elve, mind a kanti univerzalizáció formalizáltabb elve az etika legalapvetőbb igazságai közé tartozik.

A TÁRSADALMI SZERZŐDÉS ELMÉLETEI

Az etika történetében a felvilágosodás koráig azok az elméletek domináltak, melyek az erkölcsi szabályok isteni eredetét hangsúlyozták, vagyis az erkölcsöt valamilyen isteni kinyilatkoztatás eredményének tartották. Ez néha helyettesítődött vagy kiegészült a természetjogi érveléssel, mely szerint minden embernek megvan a természet által kijelölt helye és szerepe, s kötelességeit is ez határozza meg. A felvilágosodástól kezdve azonban ezek az elméletek sokak számára nem tűntek többé elfogadhatónak, s ekkor került előtérbe az erkölcs szerződéselméleti felfogása, mely szerint az emberi erkölcs nem más, mint egyfajta explicit vagy implicit társadalmi szerződés, melyet az emberek azért kötnek, mert ez kölcsönösen előnyös a számukra. Mára a szerződéselméletek két fő típusa alakult ki az etikai irodalomban: a HOBBES típusú és a KANT típusú szerződéselméletek[26].

A HOBBES típusú szerződéselméletek

Ezek az elméletek a társadalmi szerződéselmélet egyik első kidolgozója, THOMAS HOBBES (1588–1679) gondolatmenetének módosított és korszerűsített változatai. Abból a hobbesi alaptételből indulnak ki, hogy az erkölcs puszta társadalmi konvenció, emberek közötti megegyezés kérdése, így minden jó, amiben az emberek megegyeztek. Nincs tehát objektív jó és objektív rossz[27]. Az erkölcs olyan emberek közötti megegyezés, mely minden szerződő félnek előnyös, mert érdekkonfliktus esetén olajozottabb, „energiatakarékosabb" megoldást tesz lehetővé, mint a nyers erőszak. Ugyanakkor HOBBES szerint erkölcs (ahogyan általában gondolkodnak róla) csak egyenlő hatalmú (HOBBESNÁL egyenlő fizikai erejű) emberek között lehetséges, hiszen az erkölcsi szabályok, a jogok és a kötelességek alkudozás során alakulnak ki, s a kisebb hatalommal rendelkező rosszabb alkupozícióban van, s így kevesebb jogot tud magának biztosítani. Mivel a valóságos világban az emberek között nagyfokú hatalmi egyenlőtlenség áll fenn, ezért különbség van jogaik és kötelességeik között is. Így a gyengébbeknek kevesebb joguk van s több

kötelességük, hiszen nem tudtak többet kiharcolni maguknak, sőt a leggyengébbeknek esetleg egyáltalán nincsenek is jogaik. (Sok mai érvelés ezzel magyarázza az állatok, magzatok stb. relatíve jogfosztott helyzetét; mivel ők érdekeik képviseletére képtelenek, így nem is részesülnek a jogokból[28].) A hobbesi típusú elméletek szerint tehát az erkölcsi elvek, konvenciók mindig a pillanatnyi erőviszonyok függvényei, s ezek változásával maguk is változnak. Mindenki mindent megtesz, ami hatalmában áll, ami előnyös neki, s ha elég ereje van mint csoportnak, akkor ezt el is tudja fogadtatni erkölcsi szabálynak. Ha egy morális szabályt csoportok betartanak, azt nem a morál iránti tiszteletből teszik, hanem azért, mert még nincs elég erejük hozzá, hogy büntetlenül megszegjék. Így a morális szabályok az erőviszonyok változásával a gyakorlatban mindig „újratárgyalódnak", s mindenki annyi előnyt igyekszik magának biztosítani, amennyit tud. A harc eredménye pedig az erőviszonyoknak jobban megfelelő, új morális szabályok kialakulása lesz[29].

Látható, hogy a HOBBES típusú szerződéselméletek jelentősen (sokan azt mondanák talán, hogy cinikusan) eltérnek az erkölcsről való mindennapi gondolkodásunktól. Hiszen nem gondoljuk, hogy egy viselkedési szabály azáltal lesz erkölcsös, hogy egy csoportnak elég ereje van elfogadásának kikényszerítésére. Nem gondoljuk, hogy a gyengéknek kevesebb joguk van, s azt végképp nem, hogy ha valahol mégis ezt tapasztaljuk, akkor ez a helyes. Mindez persze nem ellenérv a hobbesi elméletek számára, hiszen ők mondhatják, hogy az erkölcsről való mindennapi gondolkodásunk a hibás. Lehet azonban, hogy az ellentmondás nem is akkora, amekkorának első pillanatban látszik, ha abból indulunk ki, hogy a hobbesi elméletek nem az erkölcsöt írják le, hanem a társadalomban ténylegesen megfigyelhető „alkuk" működési mechanizmusát. Így ezek nem is az erkölcs elméletének tekinthetők, hiszen nem a „legyen"-ről szólnak, hanem inkább a „van"-t leíró szociológiai elméleteknek. Nagy hiányosságuk azonban, hogy egyáltalán nem magyarázzák meg, miért gondolkodunk az erkölcsről radikálisan másképpen, mint ahogyan az a HOBBES típusú elméletekből következne. Ezt a hiányosságot pótolják a KANT típusú szerződéselméletek.

A KANT típusú szerződéselméletek

Ezeknek az elméleteknek az a céljuk, hogy a szerződésből levezessék azt az erkölcsöt, mely szerint valójában gondolkodunk. Legnagyobb hatású modern képviselője JOHN RAWLS, akinek igazságosságelmélete megtermékenyítő hatást gyakorolt nemcsak az általános etikai elméletekre, hanem szorosabban véve a bioetikára is.

John Rawls igazságosságelmélete

Az igazságosságelmélet – mondja Rawls – azzal foglalkozik, milyen elvek alapján kell a társadalomban az előnyöket és a hátrányokat elosztani, s milyen módon részesüljenek az emberek a jogokból és a kötelességekből[30]. Az a társadalom igazságos, melynek szabályait, intézményeit, erkölcsi és jogi elveit szabad, a többiekkel egyenlő helyzetben lévő, önérdeküket követő s racionális emberek önként elfogadnák[31]. Az ilyen társadalomban minden egyes ember szükségleteit pártatlanul figyelembe veszik. De hogyan lehetséges a pártatlanság? Hogyan lehet biztosítani, hogy a szerződést kötő emberek saját érdekeik szemüvegén keresztül nézve a világot ne akarjanak előnyöket kicsikarni maguknak a másik rovására? Hogyan biztosítható az alku egyenlősége, amikor az emberek különböző hatalommal rendelkeznek? Ezeknek a problémáknak a megoldására szolgál Rawls szellemes „találmánya", az *alaphelyzet (original position)*. Induljunk ki abból – mondja Rawls –, hogy az emberek összegyűlnek, hogy egy jövendő társadalom elveit, szabályait, berendezkedését meghatározzák. Minden résztvevő racionális, s annyi előnyt szeretne magának biztosítani a jövendő társadalomban, amennyit csak lehetséges. Bármilyen szabályt, erkölcsöt, jogot, társadalmi berendezkedést stb. javasolhat bárki, de a szerződők az alaphelyzetben a *„tudatlanság fátyla"* mögött vannak, vagyis az ő helyüket a majdani társadalomban egy véletlenszerű sorsolás fogja kijelölni. Sőt nemcsak jövendő helyük lesz sorsolással eldöntött, hanem az is, milyen képességekkel, ízléssel stb. fognak rendelkezni a jövendő társadalomban. Így tehát bármilyen társadalmat javasol is valaki, számolnia kell vele, hogy ő – a sorsolás eredményeként – esetleg a társadalom legrosszabb helyzetű tagjai közé fog kerülni. Ezért a racionális önérdek azt diktálja, hogy még a társadalom legrosszabb helyzetű tagjainak is a lehetséges legjobb legyen a helyzete, hiszen lehet, hogy a szerződéskötés után, a sorsolás eredményeként a szerződő éppen a legrosszabb helyzetűek közé kerül[32]. Vagyis az alaphelyzetben a „tudatlanság fátyla" mint eszköz segítségével biztosítható, hogy a szerződők racionális egoizmusa a lehető legnagyobb fokú pártatlansággá, a jövendő társadalom minden tagja iránt tanúsított maximális jóindulattá változzék, hiszen ezzel a módszerrel saját jövendő sorsuk iránt vannak jóindulattal. Az alaphelyzet s a „tudatlanság fátyla" az az archimédeszi pont, melyből a jövendő igazságos társadalom alapelvei, berendezkedése, szabályai pártatlanul s minden érdek egyenlő figyelembevételével megállapíthatók[33].

Milyenek lennének végül is egy ilyen igazságos társadalom alapelvei, melyek lennének azok az elvek, melyeket az alaphelyzetben , a „tudatlanság fátyla" mögött a racionális egoista szerződők elfogadnának? Rawls a következő eredményhez jut[34].

I. elv: Minden embernek a szabadságjogok lehető legkiterjedtebb rendszerével kell rendelkeznie, mely még összeegyeztethető a többiek hasonló mértékű szabadságával.

II. elv: A társadalmi és a gazdasági egyenlőtlenségek (például hatalomban, gazdagságban való egyenlőtlenség) csak a következő esetekben fogadhatók el:

a) Ha ez éppen a legrosszabb helyzetűek számára a legelőnyösebb, vagyis a létrejött egyenlőtlenség viszonyai között a legrosszabb helyzetűek is jobb helyzetben vannak, mint amilyenben az egyenlőség fennállása esetén lennének (ez az ún. differenciaelv).

b) Ha az egyenlőtlenségek olyan hivatalok és pozíciók betöltéséhez kötődnek, melyek mindenki számára azonos eséllyel elérhetők.

Az első prioritási szabály (a szabadság elsőbbségének az elve): Az I. elv – az elvek konfliktusa esetén – előnyben részesítendő a II. elvvel szemben. A szabadság tehát csak a szabadság érdekében korlátozható, de nem korlátozható például a gazdasági felemelkedés érdekében. Itt két eset lehetséges:

a) A szabadságjogok korlátozása csak érvényesítésük érdekében megengedett.

b) A szabadságjogok terén az egyenlőségtől való eltérés csak akkor megengedhető, ha az a kevesebb szabadságjogokkal rendelkezők számára is több szabadságot biztosít, mint amennyi szabadságuk lenne a szabadságjogok egyenlősége esetén.

A második prioritási szabály (az igazságosság elsőbbségének az elve a hatékonysággal és a jóléttel szemben): Minden esélyegyenlőtlenség csak akkor megengedhető, ha növeli a kevesebb eséllyel rendelkezők esélyeit, vagyis ha a kevesebb eséllyel rendelkezők is több eséllyel rendelkeznek, mint amennyivel az esélyek egyenlőbbé tétele esetén rendelkeznének.

E szabályok által vezérelve tehát a szabadságnak, a jövedelemnek, a gazdagságnak, az önbecsülésnek (mindezek elsődleges, mert a legfontosabb és legalapvetőbb társadalmi javak) egyenlően elosztva kell lennie egy igazságos társadalomban, s ettől csak a differenciaelv alapján lehet eltérni, vagyis csak abban az esetben, ha a keletkező egyenlőtlenség mindenkinek előnyös, vagyis az így létrejövő leghátrányosabb helyzetű társadalmi csoportot is előnyösebb helyzetbe juttatja, mint amilyenben az az egyenlőség fennállása esetén lenne.

Az elvek magyarázata és indoklása. RAWLS az általa levezetett két elvet az igazságosság „maximin" elméletének nevezi. A maximin szó a maximum minimorum – a legkisebb maximuma – elvet jelenti[35], melyben a lehetséges alternatívák közül azt az alternatívát (társadalmat) választják, melyben a legrosszabb helyzetű helyzete jobb, mint bármely más alternatíve lehetséges társadalomban[36].

Az I. elv magyarázata: RAWLS rendszerében nem lehet szabadságjogokról lemondani például gazdasági javulás érdekében (ez RAWLS szerint nem is lenne lehetséges, hiszen az előzőleg néhány jogukról lemondók úgysem tudnák gazdasági

érdekeiket később érvényesíteni). Szabadságjogok csak a szabadság kedvéért korlátozhatók. Például a szólásszabadság nem azt jelenti, hogy bárki bármikor bármit mondhat. Egy vitának például vannak szabályai, melyek bizonyos korlátozást jelentenek az abszolút szólásszabadsághoz képest (hozzászólási sorrend, a hozzászólás időtartamának esetleges korlátozása stb.), de e korlátozások célja éppen a tényleges s minél szélesebb körű szólásszabadság biztosítása[37]. A szabadság korlátozásának egyetlen elfogadható indoka tehát csak a szabadság még nagyobb fokú korlátozódásának megakadályozása lehet[38].

A II. elv magyarázata: RAWLS szerint a szerződő felek elsősorban minden ember egyenlő és lehető legnagyobb szabadságára törekednek, majd, ha ez már biztosítva van (de csak ekkor!), az egyenlőségre, s ettől csak akkor térnek el, ha ez mindenki számára a legelőnyösebb[39]. Ily módon tehát az igazságosság az az állapot, ahol a legrosszabb helyzetűek helyzete a lehető legjobb, vagyis amelyben lehetetlen olyan változást előidézni, mellyel a legrosszabb helyzetűek helyzetén még javítani lehetne[40]. Az igazságtalanság pedig olyan egyenlőtlenség, mely nem szolgálja mindenki javát[41].

RAWLS szerint az egyenlőtlenséget nem lehet egy igazságos társadalomban azzal indokolni, hogy azoknak a száma, akik az egyenlőtlenség haszonélvezői, nagyobb, mint azoké, akik az egyenlőtlenség révén hátrányba kerültek, hiszen nála az egyenlőtlenség csak akkor igazságos, ha az mindenki számára előnyös[42]. A rawlsi igazságosság-felfogás alapelve tehát az, hogy az igazságos társadalom a tagjai számára kölcsönösen előnyös kooperáció[43].

Látható, hogy RAWLSNÁL kiemelt figyelmet kapnak a hátrányos helyzetű társadalmi csoportok. Két okból kerülhet valaki hátrányos helyzetbe:

1. A „természet lottója" révén (vagyis valaki a természet vak szeszélye folytán nem elég okos, szép, egészséges stb.).

2. A „társadalom lottója" révén (vagyis valaki nem elég gazdag, művelt stb. családba születik).

RAWLS szerint bármelyik „lottón" is veszített valaki, egyikről sem tehet, mint ahogyan az említett „lottókon" való nyerés sem érdem. Így ha valaki jó képességekkel születik, ez éppúgy egy szerencsés öröklés eredménye, mint ha gazdag családjától nagy vagyont örököl; egyik sem megérdemeltebb, mint a másik, ezért a jó képességek, a nagy intelligencia stb. is csak akkor biztosíthat előnyt annak, aki ezekkel rendelkezik, ha ez a legrosszabb helyzetűeknek a legelőnyösebb. Egy igazságos társadalomnak kárpótlást kell nyújtania a meg nem érdemelt hátrányokért[44], mert az igazságosság elvével a világ dolgainak önkényességét kell kiigazítani[45]. Mindez indokolja, hogy nagyobb összegeket költsünk például a kevésbé okosak taníttatására, mint az okosakéra, hogy a meg nem érdemelt hátrányt így valamennyire ellensúlyozzuk. Itt is érvényes azonban a differenciaelv: ha a tehetséges gyerekekre többet költve lehet a kevésbé tehetségeseken jobban segíteni (azáltal például, hogy

ezzel az oktatási rendszerrel a társadalom hatékonyabb és gazdagabb lesz, s így a kevésbé tehetségesek is jobban élhetnek), akkor ez az igazságos eljárás[46].

A második prioritási szabályban szereplő esélyegyenlőség csak annyit jelent, hogy az azonos motiváltságú és tehetségű emberek részére egyenlő eséllyel kell elérhetőnek lennie minden hivatalnak és társadalmi pozíciónak. Ez azonban nem jelent teljes esélyegyenlőséget, mert a családi helyzet, a nevelés nem egyenlő eséllyel engedi bizonyos képességek kibontakoztatását s bizonyos motivációk létrejöttét[47].

RAWLS saját elméletét a klasszikus „szabadság, egyenlőség, testvériség" követeléseinek a formába öntéseként fogja fel. Az I. elv felel meg a szabadságnak, a II. elv az egyenlőségnek, a differenciaelv pedig a testvériségnek, hiszen azt írja elő: senki ne szerezhessen előnyt a másik kárára[48].

Elmélete igen nagy hatást gyakorolt a bioetika fejlődésére is. Mint majd a későbbiekben látni fogjuk, a ritka orvosi eszközök igazságos elosztása elveinek meghatározásakor gondolatmenete számos ponton nagy segítséget tud nyújtani.

ERÉNYETIKÁK, SZITUÁCIÓS ETIKÁK, AGAPIZMUS

A nagy tradícióval rendelkező s e század nyolcvanas éveiben ismét az érdeklődés homlokterébe kerülő erényetikák szerint mind az utilitarizmus, mind a deontológiai elméletek rossz úton járnak, s fontos szempontokat hagynak figyelmen kívül. Mindkettő arra a kérdésre keres választ: Mit kell tennem? Erre a kérdésre az utilitarizmus válasza az, hogy azt, ami a legtöbb ember számára a legtöbb jót okozza, a deontológusok szerint e kérdésre a helyes válasz: Tedd mindig azt, ami a kötelességed!

Az erényetikák szerint azonban a helyes kérdés nem az, hogy „Mit kell tennem?", hanem az: „Milyen ember legyek?"[49] Az erkölcs célja elsősorban nem bizonyos erkölcsi elvek és szabályok betartatása, hanem az erkölcsileg helyes jellem kifejlesztése. A deontológiai etikák egyik elve például a „Ne ölj!" tilalma. Az erényetika szerint ezzel szemben inkább az olyan jellem kifejlesztése a cél, mely engedelmeskedni tud a „Ne gyűlölj!" parancsának[50], hiszen az ölés gyakran gyűlöletből ered. Az ilyen jellem sokkal hatékonyabban tud engedelmeskedni a „Ne ölj!" parancsának, hiszen a gyűlölet hiánya voltaképpen ez elv belsővé válásának, interiorizálásának tekinthető. Az erényetikák az erényes jellem kifejlesztését tekintik az erkölcs legfőbb céljának, s az erényt arisztoteliánus módon fogják fel. Eszerint az erény az erkölcsileg helyes cselekvésre való hajlandóság, diszpozíció, mely csak gyakorlással fejleszthető ki[51]. Az erényetikák általában ellenségesen állnak szemben azokkal az etikai rendszerekkel, melyek absztrakt igazságossági elvekre, jogokra, szabályokra helyezik a hangsúlyt, mert szerintük az elvont szabályok nem tudnak az egyes helyzetek specifikumaihoz, egyediségéhez, sajátossá-

gaihoz alkalmazkodni. Ezzel szemben az erényes jellemű ember képes arra, hogy minden szituációban megtalálja azt az erkölcsös megoldást, mely egyetlen általános erkölcsi elvből sem lenne levezethető[52]. Egy morális dilemma erkölcsös megoldása tehát az, ahogyan az erényes ember az adott szituációban cselekszik.

Ez utóbbi sajátosság az, amit a szituációs etikák szoktak hangsúlyozni. Szerintük minden helyzet annyira egyedi, hogy általános erkölcsi szabályok nem adnak a cselekvőnek eligazítást arra, hogy hogyan cselekedjen. A helyes cselekvés mindig az adott szituációból következik. A szituációs etika egyik modern képviselője, FLETCHER például azt hangsúlyozta, hogy minden helyzetben úgy kell cselekedni, ahogyan azt a szeretet parancsa diktálja. A szituációs etika eme formáját szokták agapizmusnak nevezni.

Mind az erényetikáknak, mind a szituációs etikáknak, mind az agapizmusnak hasonló problémákkal kell szembenézni. Az erényetikák alapvető problémája a körbeforgás. Szerintük a helyes cselekvés az, ahogyan az erényes ember cselekszik, viszont erényes az az ember, aki általában hajlandóságot mutat a helyes cselekvésre. Így a helyes és az erényes fogalmai egymással lettek definiálva, így voltaképpen mindkettő definíciója hiányzik. Az erényetikák helyes felismerése az, hogy az erkölcsi elvek önmagukban erőtlenek, ha nem áll mögöttük az erényes jellem erkölcsös viselkedésre motiváló ereje. Ugyanakkor az erényetika önmagában nem kielégítő, hiszen nem képes a helyes viselkedés független definícióját megadni. Ezért az erényetikák paternalizmusra csábítanak, arra, hogy az egyszer erényesnek elfogadott ember minden döntését a későbbiek során kritika nélkül helyesnek ismerjük el, hiszen az erényetika talaján nincs más, független kritériumunk egy döntés erkölcsileg helyes voltának a megállapítására[53].

A szituációs etikák problémája is az, hogy általános elvek híján az egyes szituációkban való döntés önkényessé válik. Az agapizmus elve is azért bizonyul elégtelennek, mert a szeretet elve – noha elvontan elfogadható – konkrétan még nem mondja meg, hogy pontosan milyen cselekvést diktál a szeretet az egyes helyzetekben, így nem mond többet, mintha azt mondaná, hogy minden helyzetben jól kell cselekedjünk. Éppen ezért mind az erényetikák, mind a szituációs etikák és az agapizmus csak kiegészítői lehetnek a már említett etikai rendszereknek, de önmagukban nem állják meg a helyüket[54].

JOGOKRA HIVATKOZÓ ÉRVELÉSEK

Az etikai és a politikai vitákban a jogokra való hivatkozás meglehetősen új. Bár a jog fogalmának körülírására már az ókori görög gondolkodásban is találunk példát, explicit megfogalmazására ekkor még nem került sor. Az ógörög vagy a héber nyelvben például nem is létezett a mai „jog” szónak megfelelő kifejezés[55]. Még

a középkori etikai gondolkodást is a kötelesség fogalma uralta. Gyakran hivatkoztak az embernek urával, királyával, istenével szemben fennálló kötelességeire, jogokról azonban még ekkor sem tettek említést[56]. A jogok nyelve a filozófiai és a politikai gondolkodásban csak a XVII. században terjedt el. A XVIII. századi forradalmakat már az ember természetes és elidegeníthetetlen jogaira való hivatkozással vívták meg, illetve ezek deklarálásával fejezték be. A jogokra való hivatkozás a II. világháború utáni emberi jogi mozgalom révén igen elterjedtté vált, számos nemzetközi konvenció és deklaráció fogalmazta újra az egyetemes emberi jogokat. Az egyik első ilyen megfogalmazás az ENSZ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata volt 1948-ban, melyet azután számos egyéb deklaráció követett. Mára az emberi jogokra való hivatkozás általánosan elfogadottá vált az etikai és a politikai vitákban.

A törvényadta jog és a morális jog. Meg kell különböztetni törvényadta jogot és erkölcsi jogot. A törvényadta jog az egyén azon képessége, hogy az állam beleegyezésével és segítségével befolyásolja mások viselkedését[57]. Egy jog akkor tekinthető törvényadta jognak, ha a jogrendszerben explicit módon megfogalmazásra került, s ha érvényes. Vannak azonban morális jogok is. A morális jog tulajdonképpen indokolt igénynek tekinthető. Egy jog lehet egyszerre törvényadta jog és morális jog is (ilyenek például az egyetemes emberi jogok), sőt a demokratikus módon megalkotott jogrendszernek általában éppen az a jellemzője, hogy olyan morális elveket önt jogi formába, melyeket illetően széles körű társadalmi konszenzus van. Ugyanakkor lehet törvényadta jogunk valami, melynek megtétele morálisan mégis helytelen, s fordítva: lehet morálisan elfogadható valami, mely ugyanakkor törvényellenes. Sok országban például törvényadta jog a korai abortusz, egy hithű katolikus számára az e joggal való élés mégis erkölcstelen. A házasságtörés is lehet helytelen morálisan, mégsem törvénytelen. Ugyanakkor például egy pohár sört meginni vezetés előtt Magyarországon törvényellenes, ugyanakkor nem erkölcstelen, hiszen ez az alkoholmennyiség még nem növeli a vezető baleseti kockázatát, s ezért sok országban jogilag is megengedik.

Bár mára a „kötelességek nyelve" helyett inkább a „jogok nyelve" vált elterjedtté, látni kell, hogy a jogok és a kötelességek között logikai korreláció van. Valakinek valamilyen joga mások részéről mindig kötelességeket jelent. Egy jogból tehát logikailag mindig egy másik ember kötelessége következik, s az, hogy ez a kötelesség másokat egy tett megtételére vagy valamilyen tettől való tartózkodásra szólít-e fel, különbözteti meg a negatív jogokat a pozitív jogoktól[58].

A pozitív és a negatív jog. Történelmileg először a negatív jogokat (ún. szabadságjogokat) fogalmazták meg. Ilyenek például a LOCKE által leírt természetadta emberi jogok (az élethez, a szabadsághoz és a magántulajdonhoz való jog.) A negatív jogok azt írják elő, hogy mások bizonyos tettektől tartózkodjanak. Így ez jog a mások beavatkozásától való mentességet s ezért mások részéről azt a kötelességet

jelenti, hogy az adott vonatkozásban ne avatkozzanak bele életünkbe (például életünket, szabadságunkat, magántulajdonunkat ne vegyék el). A liberális tradicíó a negatív jogok fontosságát hangsúlyozza, melyek védenek bennünket a túlságos állami beavatkozástól. A XX. század második felében azonban előtérbe került a pozitív (jóléti) jogok fontosságának a hangsúlyozása. A pozitív jog (például jog az oktatáshoz, az egészségügyi ellátáshoz stb.) mások részéről kötelességet jelent valaminek a megtételére. Például ha elismerjük az egészségügyi ellátáshoz való jogot, akkor ez egyben mások (például a kormány) részéről kötelességet jelent ilyen ellátás valamennyi ember számára való biztosítására. Mivel ez csak kötelező adóztatással lehetséges, amely pedig a magántulajdonhoz való jog korlátozása, továbbá ennek biztosításához állami bürokráciára, így az állami beavatkozás növelésére van szükség, ezért a pozitív jogok elismerése csak a negatív jogok korlátozása révén lehetséges. Ezért ma élénk vita folyik arról, hogy korlátozhatók-e, s ha igen, milyen mértékben a negatív jogok a pozitív jogok biztosítása érdekében. A liberális tradíció fontosabbnak tartja a negatív jogokat, mint a pozitívakat, s mivel az utóbbiak csak az előbbiek rovására érvényesíthetők, ezért sokan vonakodnak a pozitív jogokat jogként elfogadni[59].

Általában nagyon sok zavar támad abból, ha egy jog deklarálásánál nem jelölik meg, hogy pozitív vagy negatív jogra gondolnak. Nézzünk egy példát! Ma általánosan elismert, hogy az utódhoz, az utódnemzéshez, illetve a gyermekszüléshez való jog alapvető emberi jog. Ha azonban ezt a jogot csak mint negatív jogot fogjuk fel, akkor ez pusztán az egyénnek azt a jogát jelenti, hogy szabadon dönthessen afelől, hogy egyáltalán legyen-e gyereke, s ha igen, akkor hány. Ez a jog negatív jogként értelmezve csak annyit jelent, hogy az államnak nem szabad az egyént megakadályozni e joga gyakorlásában, így például nem szabad megtiltania az egyénnek, hogy sok gyereke legyen, ha így akarja, vagy nem szabad megtiltani a fogamzásgátlók használatát, ha az illető nem kíván gyereket. Ha azonban az utódhoz való jogot pozitív jogként fogjuk fel, akkor ez az állam részéről már kötelességet jelentene arra, hogy például a terméketlen párok számára díjmentesen az asszisztált reproduktív technikákhoz való hozzáférést biztosítsa. A reprodukció területén is nagyon élesen megmutatkozik, hogy egy egyén pozitív jogának elismerése mások negatív jogait jelentősen korlátozhatja. Ha például elismerjük a magzat pozitív jogát az egészséges magzati környezethez (mely természetesen az anyaméh), akkor ez az anya részéről kötelességet jelentene arra, hogy tartózkodjék a dohányzástól, szeszes ital fogyasztásától stb. terhessége alatt. Így tehát a magzat pozitív jogainak az elismerése az anya negatív jogainak (szabadságjogainak) a szükségszerű korlátozását jelentené[60].

Egyetemes és speciális jogok. A jogok felosztása azon az alapon is lehetséges, hogy azok hogyan jönnek létre és mennyire egyetemesek. A minden emberre kiter-

jedő, ún. egyetemes emberi jogok pusztán azáltal illetik meg az embereket, hogy embernek születtek. Ezért veleszületett jogokról is szoktak ilyenkor beszélni. Szemben az egyetemes emberi jogokkal, olyan jogok is vannak, melyek egy más ember valamely cselekedetével keletkeznek. Ha például *A* megígér *B*-nek egy találkozót másnap reggel nyolcra, akkor ezzel *B*-nek joga lett arra, hogy *A*-tól megkövetelje, hogy az a megbeszélt időben ott legyen a találkozón. *A*-nak *B* ígérete előtt nem volt ilyen joga, ez a jog *B* ígérete következtében keletkezett. A szerződések nyomán keletkező jogok is ezen a módon jönnek létre[61].

A jogok kapcsán felvetődő leggyakoribb mai viták a következő kérdések körül forognak: Kiknek vagy miknek lehetnek jogai, s mi egy jog alapja, illetve indoklása? Mi lehet egy jog tárgya, vagyis mire terjedhet ki? Elidegeníthetetlenek-e a jogok? Abszolútak-e a jogok?[62]

Kinek lehetnek jogai. Az első kérdés arra vonatkozik, hogy kiknek, illetve miknek és milyen alapon lehetnek jogai. Erre többféle válasz létezik. A legszélesebb értelmezés szerint elvileg minden létezőnek lehetnek jogai, így élettelen dolgoknak is. Ilyen alapon beszélhetnénk például egy folyó jogáról, hogy eredeti medrében folyjék stb. Környezetvédelmi etikák szoktak ehhez az érveléshez folyamodni. Szűkebb értelmezés szerint csak élőlényeknek lehetnek jogaik, melyek, ha nem is mindig érzőképesek, de érdekeket mindig tulajdoníthatunk nekik. Eszerint nem beszélhetnénk kövek vagy folyók jogairól, de beszélhetnénk fák vagy akár az egész ökoszisztéma jogáról. Még szűkebb értelmezés szerint csak érző lényeknek lehetnek jogaik, azoknak, melyek a gyönyör és a fájdalom érzésére képesek. Érzőképes lényeknek így joguk lenne arra, hogy ne okozzanak nekik fájdalmat, illetve szenvedést. Ily módon tehát az állatok tekintélyes részének jogokat lehetne tulajdonítani. Ebből indul ki számos, az „állatok jogait" zászlajára tűző mai mozgalom. Még szűkebb értelmezés szerint csak emberek rendelkezhetnek jogokkal, pusztán azáltal, hogy emberek. Ezt az értelmezést ma legtöbbször el szokták utasítani, s ezt a gondolkodást „szpécieszizmusnak" nevezik (fajelmélet), mert logikája nagyon hasonlít a rasszizmus (fajtaelmélet) logikájához. Mindkettő csak azért tulajdonít egy lénynek jogokat, egy másiknak pedig nem, mert az illető lény egy bizonyos fajba, illetve egy bizonyos fajtába tartozik.

A legszűkebb értelmezés csak személyeknek tulajdonít jogokat, vagyis olyan lényeknek, melyek racionális gondolkodásra, öntudatra képesek, melyeknek időtudatuk van stb. Ez azonban túlságosan szűk definíció, hiszen e szerint már újszülöttek, súlyos értelmi fogyatékosok vagy comás betegek sem rendelkezhetnének jogokkal[63].

Elidegeníthetetlenek-e a jogok. Vita folyik arról is, elidegeníthetetlenek-e a jogok, vagyis átadhatók-e más személynek, illetve lemondhatunk-e érvényesen joga-

inkról? A jogok egy része kétségtelenül elidegeníthetetlen. Ilyen például a szabadsághoz való jog, melyről érvényesen sohasem mondhatunk le teljesen. (Például nem adhatjuk el magunkat rabszolgának.) Arról azonban intenzív vita folyik, hogy lemondhatunk-e például az élethez való jogunkról úgy, hogy például halálos betegség elviselhetetlen szenvedéseit elkerülendő eutanáziát kérünk[64].

Abszolútak-e a jogok. Hasonlóan vitatott az a kérdés is, hogy abszolútak-e a jogok, vagyis igaz-e az, hogy soha, semmilyen körülmények között nem szabad megsérteni őket. Helyesebbnek tűnik azonban a jogokat (mint ahogyan a kötelességeket is, s egyáltalán, bármilyen erkölcsi szabályt) prima facie jogként felfogni. A prima facie jog azt jelenti, hogy minden jog ütközhet más jogokkal konkrét helyzetekben, s ilyen ütközés esetén az erősebb jog érvényesül. Azt, hogy adott esetben két ütköző jog közül melyik az erősebb, nem lehet előre megmondani, vagyis nem lehet (illetve csak igen korlátozottan lehet) a jogok között rangsort felállítani. Az, hogy egy jog csak prima facie jog, s nem abszolút, azt jelenti: mindig, minden körülmények között figyelembe kell venni létezését az erkölcsi döntés során, de nem minden helyzetben érvényesülhet maradéktalanul, mert más, rivális prima facie jogok az adott helyzetben erősebbeknek bizonyulhatnak. Ilyen módon még az élethez, a szabadsághoz való jog sem abszolút, hiszen lehetnek helyzetek, mikor megsértésük elkerülhetetlen[65]. (Például az önvédelemből való elkerülhetetlen ölés megsérti a másik élethez való jogát, de ez a jogsértés ebben a helyzetben indokolható. A karantén megsérti egy embernek a személyes szabadsághoz való jogát, de indokoltan, mások élete, egészsége védelmében.) Az ENSZ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata csak egyetlen emberi jogot ismer el abszolútnak: azt a jogunkat, hogy ne vessenek alá bennünket kínzásnak[66].

E vitát tükrözi az a gyakori értelmezési kérdés is, hogy mit jelent, hogy jogunk van valamihez? Mit jelent például az az állítás, hogy „*A*-nak joga van az élethez”? Itt ugyanis legalább háromféle értelmezés lehetséges[67]:

1. *A*-nak joga van arra, hogy ne öljék meg.
2. *A*-nak joga van arra, hogy ne öljék meg igazságtalanul.
3. *A*-nak joga van arra, hogy biztosítsák számára mindazokat a feltételeket, melyek életének a fenntartásához szükségesek.

Az *1.* értelmezés elfogadása az élethez való jog abszolút voltát jelentené: azt, hogy soha, semmilyen körülmények között sem ölhető meg valaki. (Például még igazságos, védekező háborúban sem, önvédelemből sem, halálbüntetés, eutanázia stb. formájában sem stb.) A *2.* értelmezés áll legközelebb az élethez való jog mindennapi értelmezéséhez: mint láttuk, például az önvédelemből való, vagyis nem

igazságtalan emberölést általában elfogadják. A 3. értelmezés elfogadása roppant terheket róna a társadalomra s minden egyes emberre, hiszen ez azt jelentené, hogy például egy veseátültetésre szorulónak joga lenne vesét kapni, ami mások részéről természetesen kötelességet jelentene veséje adományozására, továbbá mindenkinek mindenfajta orvosi ellátásra korlátlan ideig joga lenne, legyen az bármilyen drága s nehezen elérhető stb.

A „jogok nyelve". A jogokra való hivatkozás főleg a deontológiai etikai rendszerek jellemzője. Bár jogok utilitarista módon is igazolhatók, az utilitarista érvelések szívesebben használják a „jog" helyett az „érdek" és a „szükséglet" fogalmát. A jogokra való hivatkozás ma nagyon elterjedt, s ennek több oka van. Egyrészt a jogokat általában a kiszolgáltatottak, a hátrányosabb helyzetben lévők szempontjából szokták megfogalmazni, s ez összhangban áll igazságérzetünkkel. Másrészt a jogokra való hivatkozás közérthető, s morális vitákban – DWORKIN szavaival élve – hasonló szerepet játszik, mint a kártyajátékban az ütőkártya: az elismert jogok a morális vita „adui", melyek biztosan „ütik" a többi érvet. A jog szó kapcsán felvetődő, a törvénnyel kapcsolatos asszociációk pedig azt is sugallják, mintha a jog olyan indokolt igény lenne, melynek elismerését végső soron erőszakkal is ki lehetne kényszeríttetni. Mindezek miatt a mai bioetikai vitákban nagyon gyakori a jogokra való hivatkozás[68].

A „jogok nyelvének" előnyei közé tartozik, hogy – hasonlóan a kanti kötelességfogalomhoz – azt sugallja: vannak alapvető emberi jogok, melyek korlátozzák azt, mit tehetnek az emberek egymással. Hangsúlyozza az emberi lények méltóságát és sérthetetlenségét. A bioetikában főleg a tájékozott beleegyezés doktrínájának kidolgozásakor bizonyult a jogok nyelvét használó fogalmi apparátus termékenynek. A medicinában a hetvenes évek elején zajlott le ugyanaz a modellváltás, amely a politikai nyelvhasználatban a XVII. században. Miközben ugyanis e században a hatvanas évekig a legtöbb orvosetikai kódex az orvosok kötelességeit fogalmazta meg, addig a hetvenes évektől kezdve került előtérbe – főleg az USA-ban – a betegek jogainak deklarálásából kiinduló megközelítés. Ez a nyelv nagyon hatékonynak bizonyult az orvosi paternalizmus kritikai vizsgálatakor s határainak kijelölésében. A bioetika többi területén is gyakran lehet jogokra hivatkozó érveléssel találkozni, ott azonban ezek az érvek eddig még kevésbé meggyőzőnek és kidolgozatlanabbnak bizonyultak[69].

Jegyzetek a 3. fejezethez*

[1]*Wollheim, R.* (1967): Natural Law. In: *Edwards, P.* (ed.), (1967): The Encyclopedia of Philosophy. New–York–London, Collier Macmillen Publishers (p. 451)
[2]Ibid. (p. 451)
[3]*Buckle, S.* (1991): Natural Law. In: *Singer, P.* (ed.) (1991): A Companion to Ethics. (Blackwell Companions to Philosophy.) Blackwell Reference (p. 163)
[4]Ibid. (p. 164)
[5]Ibid. (p. 170)
[6]*Sidgwick, H.* (1902): Outlines of the History of Ethics. Indianapolis–Cambridge, Hackett Publishing Company (1988), (p. 161)
[7]*Buckle, S.* (1991), i. m. (p. 169)
[8]Ibid. (p. 173)
[9]Ibid. (p. 172)
[9b]*Somfai B.*: Személyes közlés.
[10]*Mackie, J. L.* (1977): Ethics. (Inventing Right and Wrong.) Penguin Books. (I. rész, I. fejezet, 6. pont)
[11]*Kant, I.* (1991): Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. Budapest: Gondolat (p. 53)
[12]*Brandt, R. B.* (1959): Ethical Theory. Prentice Hall Inc. (2. fejezet)
[13]*Kant, I.* (1991), i. m. (pp. 54–55)
[14]*Frankena, W. K.* (1963): Ethics. Prentice-Hall, Inc.
[15]*O'Neill, Onora* (1991): Kantian Ethics. In: *Peter Singer* (ed.) (1991): i. m. (p. 182)
[16]*Heller Ágnes* (1976): Portrévázlatok az etika történetéből. Budapest, Gondolat.
[17]*Brandt, R. B.* (1959), i. m. (2. fejezet)
[18]*Mackie, J. L.* (1977), i. m. (4. fejezet)
[19]Ibid.
[20]Ibid.
[21]*Kant, I.* (1991): i. m. (p. 510)
[22]Helsinki Nyilatkozat (Revideált szöveg, Tokió, 1975. III./4. pont)
[23]*Hansen, C.* (1991): Classical Chinese ethics. In: *Singer, P.* (1981) i. m. (p. 72)
[24]*Engelhardt, H. T. jr.* (1986): The Foundations of Bioethics. Oxford University Press (pp. 85–87)
[25]*Singer, M. G.* (1967): Golden Rule. In: *Edwards, P.* (1967): i. m.
[26]*Kymlicka, W.* (1991): The Social Contract tradition. In: *Singer, P.* (1991): i. m. (p. 188)
[27]Ibid. (p. 189)
[28]Ibid. (p. 189)
[29]Ibid. (p. 191)
[30]*Rawls, J.* (1972): A Theory of Justice. Oxford, Clarendon Press (p. 5)
[31]Ibid. (p. 11)
[32]Ibid. (pp. 128–137)
[33]Ibid. (p. 261)
[34]Ibid. (pp. 302–303)
[35]Ibid. (p. 154)
[36]Ibid. (p. 153)
[37]Ibid. (p. 203)
[38]Ibid. (p. 214)
[39]Ibid. (p. 60)

*Rövidítések: i. m. : idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[40]Ibid. (p. 78)
[41]Ibid. (p. 62)
[42]Ibid. (p. 65)
[43]Ibid. (p. 84)
[44]Ibid. (p. 101)
[45]Ibid. (p. 141)
[46]Ibid. (p. 101)
[47]Ibid. (p. 301)
[48]Ibid. (pp. 105–107)
[49]*Pence, G.* (1991): Virtue Theory. In: *Singer, P.:* i. m. (p. 249)
[50]*Frankena, W. K.* (1963): i. m.
[51]*Loewy, E. H.* (1989): Textbook of Medical Ethics. Plenum Publishing Corporation (p. 21)
[52]*O'Neill, Onora*: Introducing ethics: some current positions. Bulletin of Medical Ethics. Number 73. November 1991 (p. 20)
[53]*Loewy, E. H.* (1989): i. m. (p. 21)
[54]Ibid. (p. 22)
[55]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1983): Principles of Biomedical Ethics. (Sec. ed.) New York–Oxford, Oxford University Press (pp. 49–50)
[56]*Benn, S. I.* (1967): Rights. In: *Edwards, P.* (1967): i. m.
[57]*Holland, T. F.* (1916): Elements of Jurisprudence. 12th ed. London, Oxford University Press. In: *Annas, G. J.* (1989): The Rights of Patients. Carbondale and Edwardsville, Illinois University Press.
[58]*Beauchamp, T. J., Childress, J. F.* (1983): i. m. (p. 51)
[59]Ibid. (p. 53)
[60]*Blank , R. H.* (1988): Rationing Medicine. New York, Columbia University Press (p. 194)
[61]*Gillon, R.* (1985): Philosophical Medical Ethics. Chichester–New York, John Wiley & Sons.
[62]*Almond, Brenda* (1991): Rights. In: *Peter Singer* (ed.) (1991): i. m. (p. 262)
[63]Ibid. (p. 264)
[64]Ibid. (p. 266)
[65]*Brandt, R. B.* (1959): i. m.
[66]*Almond, Brenda* (1991), i. m. (p. 266)
[67]*V anDeVeer, D.* (1987): Introduction. In: *VanDeVeer, D., Regan, T.* (1987): Health Care Ethics. An Introduction. Philadelphia, Temple University Press. (p. 39)
[68]*Almond, Brenda* (1991), i. m. (pp. 262–263)
[69]*O'Neill, Onora* (1991) i. m. (pp. 19–20)

4. fejezet – Az orvosetika alapelvei

A főbb etikai rendszerek áttekintése során láthattuk, hogy számos eltérés volt közöttük kiindulópont, az érvelés módja s az etikai elvek indoklása tekintetében. Ezek a különbségek elméleti szempontból jelentősek, s a mai etikai viták középpontjában állnak. Ugyanakkor látni kell, hogy a különböző etikai rendszerek – bár legtöbbször más és más indoklással, de – végül általában ugyanazokhoz az alapelvekhez jutnak el. Így az egyes etikai elméletek közötti viták mai megoldatlansága – bármilyen zavaró legyen is ez elméleti szempontból – a bioetika mint alkalmazott etika számára nem jelent olyan nagy problémát, hiszen az etikai elméletekből levezetett alapelvek tekintetében meglehetősen nagy a konszenzus. Ezért érdemes röviden összefoglalni azokat az erkölcsi alapelveket, amelyeket a modern medicina erkölcsi problémáinak a megoldása során figyelembe kell vennünk. Sok vita folyt a szakirodalomban ezek hasznosságát illetően, s az angol principle (alapelv) szóból származtatva pejoratívan *principalizmusnak* nevezték[1] azt a megközelítést, amely – amolyan orvosetikai tízparancsolatként – mindig az alapelvekből indul ki, s ezek segítségével próbál választ adni a konkrét bioetikai kérdésekre. Bebizonyosodott azonban, hogy ez a megközelítés, bár természetesen nem mindent megoldó csodaszer az összes etikai probléma megválaszolására, mégis nagyon termékeny. Az orvosetika alapelvei ugyanis sűrítve tartalmazzák mindazokat a szempontokat, amelyeket az erkölcsi dilemmák megoldásakor figyelembe kell venni. Így a fontosabb erkölcsi szempontok rövid listájának tekinthetők, s mint ilyenek, hasznos segédeszközei az etikai vitáknak.

A mai bioetikában négy olyan alapelv van, amelyeket minden erkölcsi dilemma megoldásakor fontos szempontként kell figyelembe venni[2]. Ezek:

- Az autonómia tiszteletének az elve.
- A „Ne árts!" elve.
- A jótékonyság elve.
- Az igazságosság elve.

AZ AUTONÓMIA TISZTELETÉNEK AZ ELVE

Az autonómia a görög autosz (ön-) és nomosz (törvény) szavak összetételéből származik, így jelentése: öntörvényűség, önállóság. A bioetikában a betegek, illetve általában az ember autonómiájáról szoktak beszélni. Autonóm az az ember, aki

fizikai és pszichológiai korlátozottságok nélkül, vagyis külső és belső kényszertől mentesen, szabadon képes mérlegelni cselekvési alternatívák között, s az ily módon választott alternatívának megfelelően képes cselekedni. Az autonómia tiszteletének az elve pedig így fogalmazható meg: Emberek autonóm döntései, illetve tettei nem korlátozhatók, illetve nem akadályozhatók mindaddig, amíg ezek mások autonómiáját nem sértik[3].

Az autonómia, mint láttuk, három elemet tartalmaz:

1. A gondolkodás autonómiáját.
2. Az akarat autonómiáját.
3. A cselekvés autonómiáját.

Mindezek alapján nem autonóm például sokszor az elmebeteg, a kiskorú, az értelmi fogyatékos stb., mert esetükben hiányzik a gondolkodás autonómiája, vagyis nem képesek az autonóm döntéshez szükséges információkat megérteni, illetve azokat mérlegelni. Ez azonban az elmebetegség fajtájától, a kiskorú érettségétől stb. függ, ezért helyesebb autonóm döntésről s nem általában autonóm emberről beszélni, jelezve ezzel: egy általában nem autonóm ember (például kiskorú) egy bizonyos döntése lehet autonóm (mert kellően tájékozott és alaposan mérlegelt döntés volt), ugyanakkor egy általában autonóm ember egy bizonyos döntése lehet nem autonóm (mert a döntésre a tények nem kellő ismeretében került sor, vagy az esetleges izgalom, szorongás akadályozta a tárgyilagos mérlegelést).

Nem autonóm az sem, akiben a gondolkodás autonómiája (vagyis az információk megértésének s a kellő mérlegelésnek a képessége) ugyan megvan, de hiányzik az akarat autonómiája, vagyis az illető nem képes az általa helyesnek felismert alternatívát a cselekvés kivitelezéséhez szükséges mértékben akarni. (Ez tapasztalható például kényszerneurosisos, phobiás betegek stb. döntéseiben, vagy normális esetben akkor, amikor egyszerűen csak gyenge akaraterőről beszélnek.)

Végül hiányzik a cselekvési autonómiája annak, akinek ugyan megvan a gondolkodási és az akarati autonómiája, de nem képes az általa választott alternatívának megfelelően cselekedni, mert például béna, fogoly stb[4].

Autonóm emberek autonómiájának tisztelete egyike a legfontosabb erkölcsi elveknek. Ez azt fejezi ki, hogy egy autonóm embernek joga van arra, hogy saját ügyeiben saját maga döntsön, hogy döntéseiben saját nézetei, értékrendje, életterv ei irányítsák, s ezt másoknak tiszteletben kell tartaniuk. KANT kifejezésével élve az autonóm személy önérték, öncél, s nem szabad puszta eszközként bánni vele.

Aki azonban valamilyen szempontból nem autonóm, annak abból a szempontból nem is lehet megsérteni az autonómiáját. Nem autonómok például az állatok, hiszen nem rendelkeznek a gondolkodás autonómiájához szükséges racionalitással.

Mikor lehet korlátozni egy autonóm ember autonóm döntését? JOHN Stuart MILL híres esszéjében amellett érvelt, hogy autonóm ember autonóm döntése vagy cselekvése csak és kizárólag mások védelme érdekében korlátozható, illetve akadályozható meg. Nem jogosult viszont a beavatkozás pusztán azért, mert mások az illető tervét vagy tettét ostobának, ésszerűtlennek, önveszélyesnek tartják[5].

Az autonómia tiszteletének az elve a bioetika egyik legfontosabb elve. Ennek alapján indokolható, hogy az orvosnak a beteget tájékoztatnia kell az általa tervezett beavatkozások előnyeiről, hátrányairól, veszélyeiről stb., s csak az e tájékoztatás alapján kapott beleegyezés (az ún. tájékozott beleegyezés) adhat felhatalmazást a beavatkozás elvégzésére. Az autonómia tiszteletének az elve alapján utasíthat vissza a beteg – bizonyos feltételek között – orvosi beavatkozást.

Az autonómia elve konkrét helyzetekben azonban szembekerülhet a másik három alapelvvel. A mindennapi orvosi gyakorlatban az a leggyakoribb, hogy a jótékonyság elvével kerül szembe, vagyis az orvosnak azzal a kötelességével, hogy lehetőség szerint segítsen a betegen, tegye azt, ami a beteg orvosi érdeke. Ha a beteg nem egyezik bele abba az orvosi beavatkozásba, amely számára orvosilag a leghasznosabb lenne, akkor a beteg autonómiája tiszteletének az elve – amely e visszautasítás elfogadását követeli meg – szembekerül a jótékonyság elvével, amely a beteg autonómiájának rovására a beteg orvosi érdekét helyezné előtérbe. Ez a konfliktus az orvosi paternalizmus problémakörébe tartozik, s később részletesen tárgyaljuk. Itt annyit érdemes megjegyezni, hogy míg a hippokratészi tradíció ilyenkor általában a beteg orvosi érdekét tekintette erősebb elvnek, s nem helyezett különösebb súlyt a beteg autonómiája tiszteletének az elvére, addig a mai bioetikai irodalom általában az autonómia tisztelete elvét tekinti ilyenkor erősebbnek, s akkor is ennek tiszteletben tartását tanácsolja, ha ez a beteg orvosi érdekeivel ellentétes. Az indoklás alapja ilyenkor az, hogy a beteg érdekének az orvosi érdek csak egy, sokszor nem is a legdöntőbb része, s a beteg tényleges érdeke legtöbbször csak autonómiája tiszteletben tartása révén valósulhat meg. Mindenesetre ez az orvosi etika újfajta paradigmáját jelenti: eltérést a hippokratészi elvtől, amely a beteg orvosi érdekét tekintette elsődlegesnek, a beteg autonómiája tisztelete elvének érdekében. Nem véletlen tehát, hogy sokan az autonómia tiszteletének az elvét a legfontosabb orvosetikai alapelvnek tartják[6].

A „NE ÁRTS" ELVE

Már a hippokratészi eskü felszólítja az orvost, hogy betegének soha ne ártson. A tiltásnak a tradicionális orvosi etikában elterjedt formája („primum non nocere" – elsősorban ne árts!) érdekes módon a hippokratészi esküben nem szerepel[7]. Mégis ez az elv tekinthető a tradicionális orvosi etika legfontosabb elvének, s háttérbe

szorulása a beteg autonómiája tiszteletének az elvével szemben csak e század második felétől figyelhető meg. Mint láttuk, ez egyben az orvos–beteg viszony újfajta modelljét is jelenti, amelyben a beteg autonóm döntésének figyelembevételét is a beteg érdekének tekintik, s így ennek tisztelete válik a legfőbb kötelességgé.

A „Ne árts" elve azonban e szigorú formájában az orvosi gyakorlatban betarthatatlan, s mindig is az volt. Az orvosi beavatkozások ugyanis szinte kivétel nélkül valamilyen károsodás veszélyével is járnak. Farmakológiai közhely, hogy amelyik gyógyszernek nincs káros mellékhatása, annak hatása sincs, s ez valószínűleg igaz a legtöbb orvosi beavatkozásra is. Amire tehát az orvos reálisan törekedhet, az csak az, hogy kevesebbet ártson a betegnek, mint amennyit használ. Az az orvosi eljárás a megfelelő, amelyiknek jóval több a haszna, mint a kára, tehát kedvező haszon : kár aránnyal rendelkezik. Az orvosi kezelés káraként nemcsak a biztosan bekövetkező károsodást, hanem annak veszélyét is figyelembe kell venni. Ha tehát egy mai orvos komolyan venné és szó szerint betartaná a „primum non nocere" elvét, akkor úgyszólván semmiféle orvosi tevékenységet nem végezhetne, hiszen mindegyik valamilyen kárral vagy legalábbis annak valamilyen veszélyével jár. (Egy közönséges penicillininjekció is okozhat például halálos anaphylaxiás shockot, amelynek valószínűsége pontosan megbecsülhető. A műtéti anaesthesia is, sőt még a viszonylag biztonságos védőoltások is az esetek egy kis részében halálos szövődménnyel járnak stb.) Ezért az orvos kötelessége csak annyi lehet, hogy az okozott kár és a haszon ésszerű arányára törekedjék, s hogy mi ez az ésszerű arány, vagyis mekkora rizikót érdemes vállalni mekkora haszonért, azt – az orvos tanácsát és információit meghallgatva – kizárólag a beteg döntheti el, hiszen ő viseli – átháríthatatlanul – eme döntés minden következményét. Az orvos tehát a medicina kiküszöbölhetetlenül bizonytalan s csak valószínűségek előrelátását lehetővé tevő jellegénél fogva sohasem garantálhat eredményt, nem ígérheti meg például, hogy egy műtét biztosan sikeres lesz, s ez nem is várható el tőle. Ami az orvostól elvárható, az csak az, hogy kellő gondossággal járjon el (hogy mit jelent a kellő gondosság, az a szakma fejlődésével változik), s így a lehető legkisebbre csökkentse a különböző beavatkozások szükségszerűen meglévő veszélyeit. Ha az orvos a szakma szabályait kellő gondossággal betartotta, a beavatkozás veszélyeiről a beteget felvilágosította, s a beavatkozásba a beteg tájékozottan beleegyezett, akkor az orvos nem felelős a bizonyos valószínűséggel előre látott veszély bekövetkeztéért. Ő csak akkor felelős, ha a beteget a beavatkozás veszélyeiről előzőleg nem tájékoztatta, s így az nem tudta, hogy voltaképpen mibe is egyezik bele; vagy ha nem kellő gondossággal járt el, s ezzel nem szorította le a lehetséges minimumra az adott beavatkozás veszélyét. Ez a gondatlanság esete, s az így létrejött kárért az orvos erkölcsileg már felelőssé tehető[8].

A jog a szerződéseknek két formáját különíti el:

- Megbízási szerződés. Ilyenkor a megbízott azt vállalja, hogy a szerződésben foglalt kötelezettséget kellő gondossággal látja el.
- Eredményfelelősségi szerződés. Ilyen szerződés megkötésekor a megbízott egy adott eredmény létrehozását is garantálja, s így felelős, ha az ígért eredmény nem realizálódik.

Jogi terminológiával megfogalmazva tehát azt mondhatjuk, hogy – mivel az orvosi gyakorlatban az eredmény ritkán garantálható – az orvosi tényked és általában megbízási szerződésnek tekinthető. Vannak ugyanakkor eredményfelelősségi elemei is. Ezért minél inkább az orvostól függ egy adott eredmény elérése, annál inkább felelős annak létrejöttéért. Az a kérdés azonban, hogy az orvost mennyire terheli eredményfelelősség, az orvosi jogi szakirodalom máig vitatott aktuális kérdése.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy a „Ne árts!" elve ma három fontos elemet tartalmaz:

1. Az orvosnak mindig a beteg javát, jóllétét kell legfontosabbnak tartania.
2. Az orvosnak mindig kellő gondossággal kell eljárnia azért, hogy az orvosi beavatkozásoktól elválaszthatatlan veszélyeket a lehetséges minimumra szorítsa le.
3. A beavatkozás előnyeit és hátrányait egyaránt mérlegelnie kell, s csak kedvező előny: hátrány arányú beavatkozást szabad elvégeznie. Azt, hogy mi számít előnynek, mi hátránynak s mi kedvező előny : hátrány aránynak, kellő felvilágosítás s orvosi tanács után csak a (cselekvőképes) beteg döntheti el. Így károkozásnak számít az is, ha ilyen esetben a beteg önrendelkezési jogát nem tartják tiszteletben, vagyis nem világosítják fel a beavatkozás veszélyeiről, esetleges hátrányairól, formálissá téve így a beleegyezését.

A JÓTÉKONYSÁG ELVE

A jótékonyság elve két részből áll:

1. A pozitív jótékonyság elve. Ennek részei[9]:
   – Előzd meg a rosszat!
   – Szüntesd meg a rosszat!
   – Tegyél jót!
2. A hasznosság elve. Eszerint minden tett következményeit előzőleg meg kell próbálni felbecsülni, s azt az alternatívát kell választani, amelyik a maximális haszon: kár (jó: rossz) arányt eredményezi[10].

Nagyon sok vita folyt az etikai irodalomban arról, vajon a jótékonyság elve kötelesség-e, vagy csak olyan elv, amelynek követése ugyan tiszteletre méltó és ajánlható, de nem erkölcsi kötelesség. Akik a jótékonyság elvét kötelességnek tekintik, azok között is vannak, akik úgy érvelnek, hogy a „Ne árts!" elve szigorúbb és erősebb kötelesség, mint a jótékonyság elve, hiszen még komoly személyes áldozatoktól sem szabad visszariadnunk azért, hogy a „Ne árts!" parancsot betartsuk, ugyanakkor nem kötelességünk nagy áldozatot hozni azért, hogy másoknak jót tegyünk. Például ha valaki nem jó úszó, nem kötelessége életét kockáztatni, hogy kimentse a vízből a véletlenül beleesettet, ugyanakkor mindent meg kell tennie például azért, hogy defektet kapott gépkocsiját úgy kormányozza, hogy ne lökje vele a vízbe a véletlenül a parton álló embert. Vita folyt arról is, hogy ha van jótékonysági kötelesség, akkor ez mekkora, meddig terjed? Az utilitaristáknak van-e igazuk, akik szerint kötelességünk mindig annyi jót tenni, amennyire csak képesek vagyunk, s ha ennél kevesebbet teszünk, erkölcstelenül cselekszünk? Hiszen ez azt jelentené, hogy erkölcsi követelmény lenne az, hogy mindenki minden szituációban morális hős legyen, s aki erre nem képes, az erkölcsileg elítélhető lenne. Ez az utilitarista követelmény éppen ezért túl szigorúnak tűnik. Realisztikusabb azt mondani, hogy valamennyiünknek kötelessége másoknak segíteni, a világban lévő rossz megszüntetésében részt venni mindaddig, amíg ez nem kíván túl nagy személyes áldozatot, amíg nem jelenti életterveink feladását. Kötelesség például a jótékonyság elve alapján segíteni általában a bajbajutottakat, ugyanakkor nem kötelesség minden más tervről, a megszokott életvitelről lemondva Indiába utazni, s ott az éhezőket, nyomorgókat segíteni. Természetesen, ha ezt valaki megteszi, morális hős, de nem követelhető meg senkitől kötelességként ilyen hatalmas áldozat a jótékonyság elve nevében[11]. SINGER még hozzávetőleges becslést is próbál adni a jótékonyság elvárható mértékéről. Szerinte egy fejlett, például nyugat-európai országban erkölcsileg mindenkitől elvárható, hogy jövedelmének nagyjából a 10%-át mások segítésére áldozza (például úgy, hogy jótékonysági gyűjtésekre ad pénzt az éhínség, a szegénység stb. megszüntetésére). Ez egyfajta modern tized lenne, hasonlatos a középkori egyházi tizedhez, amelyet az egyház adó formájában szedett be, s amelyet nagyrészt karitatív feladatok teljesítésére fordított[12]. Az erkölcsileg kötelező segítség mértékének megállapításához jó segítséget ad a bibliai irgalmas szamaritánus története:

„Egy ember Jeruzsálemből Jerikóba ment. Rablók kezébe került. Ezek kifosztották, véresre verték, és félholtan otthagyták. Történetesen egy pap tartott lefelé az úton. Észrevette, de elment mellette. Ugyanígy közeledett egy lévita is. Látta, de továbbment. Végül egy szamáriainak is arra vitt az útja. Amikor meglátta, megesett rajta a szíve. Odament hozzá, olajat és bort öntött a sebeire, és bekötözte, magát az embert pedig felültette teherhordó állatára, elvitte egy fogadóba, és ápolta. Másnap

elővett két dénárt, odaadta a fogadósnak ezzel a kéréssel: Viseld gondját, és ha többet költenél, visszatérve megadom neked." (Lukács 10:30–35)

Amit az irgalmas szamaritánus tett, az ebben a helyzetben az ideális viselkedés: személyes áldozatot, kényelmetlenséget is vállalt, hogy segítsen. Ilyen nemes viselkedés azonban nem követelhető meg mindenkitől, vagyis az nem várható el, hogy mindenki jó szamaritánus legyen. Amit viszont a pap, illetve a lévita tett, az morálisan elfogadhatatlan, hiszen ők egyáltalán nem segítettek. A morálisan mindenkitől elvárható a kettő között helyezkedik el. Ha nem is várható el mindenkitől, hogy jó szamaritánus legyen, az azonban igen, hogy legalább minimálisan tisztességes szamaritánus legyen[13]. Nem várható el tehát, hogy valaki komoly személyes áldozatot hozzon mások megsegítésére, az azonban igen, hogy segítsen, ha ez számára csak nagyon csekély áldozattal jár. Nem várható el például hogy egy rossz úszó életét kockáztatva próbáljon kimenteni egy fuldoklót (bár hős, s tiszteletet érdemel, ha ezt teszi), elvárható azonban tőle, hogy például egy mentőövet dobjon utána, vagy egy parton heverő kötél segítségével próbálja kihúzni, vagy megkíséreljen segítséget szerezni stb. A jótékonyság elve tehát azt követeli meg, hogy mindenki legalább minimálisan tisztességes szamaritánus legyen, az azonban csak morális ideál s ezért nem megkövetelhető, hogy mindenki jó szamaritánus legyen.

Az eddigiekben azt vizsgáltuk, milyen erős a jótékonyság kötelessége idegenekkel szemben. Ugyanakkor látni kell, hogy vannak olyan speciális szerepek, amelyekben a jótékonyság kötelessége a szokásosnál erősebb, mert azt egyfajta implicit vagy explicit szerződés írja elő. Az előbbi példát ismét felhasználva, senkinek sem kötelessége rossz úszó létére életét kockáztatva kimenteni egy fuldoklót a vízből. Ha azonban az illető például úszómester, neki kötelessége komoly személyes rizikót is vállalni, hogy kimentse a fuldoklót annak a strandnak a vízéből, amelynek ő úszómesterként alkalmazásában áll. Ilyen esetben arra sem hivatkozhat, hogy rossz úszó, hiszen úszómesterként morális kötelessége úszni tudását magas szintre fejleszteni és karbantartani.

Hasonló az orvosi szakma jótékonysági kötelessége is. Az orvosi hivatás egyik jellemzője éppen a „Salus aegroti suprema lex esto" (a beteg érdeke legyen a legfőbb törvény) parancsa. Ez azt jelenti, hogy az orvos önként vállalt kötelessége, hogy orvosként sokszor a beteg érdekét a saját érdekei elé helyezze. Ezért az orvosnak speciális jótékonysági kötelessége van a betegeivel s általában a betegekkel szemben, s ez jóval erősebb, mint általában az idegeneknek egymással szembeni kötelezettsége. Az orvos jótékonysági kötelességéből számos erkölcsi parancs következik. Erre vezethető vissza például az orvosnak az a kötelessége, hogy magát folyamatosan továbbképezze, s szakmai tudását folyamatosan magas szinten tartsa, hiszen csak a szakma magas szintű ismeretében lesz képes a betegeket megfelelően gyógyítani[14]. Ebből származik az a kötelessége is, hogy megtudja, mit várnak

tőle betegei, voltaképpen hogyan tehetne jót nekik. Ez nem olyan magától értetődő, mint amilyennek első pillanatban tűnik. Sok orvos túlságosan könnyen feltételezi, hogy ő tudja, mi a jó a betegnek, s ezért nem kell azt a betegétől megkérdeznie. Valójában azonban a betegek értékrendje olyan sokféle, hogy a velük való megfelelő kommunikáció nélkül valószínű, hogy az orvos téved, s nem azt fogja tenni, ami betegének a legjobb. A kezelésnek, gyógyításnak általában sokféle útja van, s nem biztos, hogy a betegnek mindegyik egyformán elfogadható. Hangszalagrák terápiájában választható kezelési alternatíva például a laryngectomia, amelynek 3 éves túlélési esélye 60%, de a beteg hangjának irreverzíbilis elvesztésével jár. Ugyanakkor választható alternatíva a sugárterápia is radikális műtét nélkül, ilyenkor a 3 éves túlélés csak 30–40%, a beteg hangja viszont megmarad. Szigorúan orvosi, túlélési szempontból az első alternatíva tűnik jobbnak, a betegnek azonban egyéb szempontjai is lehetnek, amelyek számára a második alternatívát tehetik vonzóbbá. Azt tehát, hogy egy ilyen szituációban mi a jó a betegnek, legtöbbször – megfelelő tájékoztatás után – csak maga a beteg döntheti el, ezért a beteggel való megfelelő kommunikáció nélkül, a hagyományos, paternalisztikus hozzáállással az orvos nem képes jótékonysági kötelességét teljesíteni. Jót csak az az orvos tud tenni, aki tudja, mi jó a betegnek, ehhez pedig a beteget be kell vonnia a döntésbe[15].

AZ IGAZSÁGOSSÁG ELVE

Az igazságosság elmélete azt vizsgálja, hogyan kell a társadalomban a hátrányokat és az előnyöket megfelelően elosztani. Vizsgálja, hogy kinek mi jár, s azt tartják igazságosnak, ha mindenki azt kapja, ami jár neki. Hogyan lehet azonban eldönteni, hogy kinek mi jár?

Erre a kérdésre kétféle válasz adható: formai és tartalmi válasz. Az igazságosság formai alapelve ARISZTOTELÉSZTŐL származik. Eszerint az igazságosság azt követeli, hogy az egyenlőkkel egyenlően, az egyenlőtlenekkel pedig lényeges egyenlőtlenségeik arányában egyenlőtlenül bánjanak[16]. Ezt nevezik a *formális egyenlőség elvének.* Ez az elv azért csak formális, mert nem mondja meg, melyek azok a tulajdonságok, amelyeknek egyenlőtlensége morálisan olyan lényeges, hogy indokolja az egyenlőtlen bánásmódot. Mivel az emberek mind biológiailag, mind társadalmilag egyenlőtlenek, az igazságosság tartalmi elvének meg kell mutatnia, hogy e sokféle egyenlőtlenség közül melyek azok, amelyek morálisan lényegesek, s ezek milyen mértékig indokolják az egyenlőtlen bánásmódot. A kérdésre adott válasz alapján a következő (egymást sokszor kizáró, illetve egymásnak ellentmondó) tartalmi igazságossági elveket szokták megfogalmazni[17]:

1. Mindenkinek egyenlően.
2. Mindenkinek szükségletei szerint.
3. Mindenkinek szorgalma, egyéni erőfeszítése szerint.
4. Mindenkinek teljesítménye (társadalmi hasznossága) szerint.
5. Mindenkinek érdemei szerint.
6. Mindenkinek a piac törvényei szerint.

Bár a legtöbb igazságosság-elmélet ezen elvek közül egyszerre többet is elfogad, mindegyik más és más kritériumot hangsúlyoz. Az 1. kihangsúlyozása az egalitariánus elméletekre, a 2. túlhangsúlyozása a marxista elméletekre jellemző. A liberális igazságosságelméletek az egyéni szabadság és az állami beavatkozástól való mentesség fontosságát hangsúlyozzák, s ezek alapján legtöbbször a 4., az 5. és a 6. pontból indulnak ki. Említettük már JOHN RAWLS nagy hatású igazságosság-elméletét, aki az igazságosság elveit olyan önérdeküket követő, racionális szerződők által szabadon elfogadott elveknek írja le, ahol a szerződők ezekhez úgy jutnak, hogy a tudatlanság fátyla mögött szerződnek, vagyis egyikük sem tudja, hogy a majdani társadalomban ők milyen helyzetben lesznek, milyen képességekkel rendelkeznek majd. Azok az igazságosság helyes elvei – mondja RAWLS –, amelyeket racionális egoisták a tudatlanság fátyla mögül szerződve szabadon elfogadnának[18].

Az orvosi gyakorlatban az igazságosság elvei főleg a ritka, általánosan nem elérhető orvosi eszközök igazságos elosztási elveinek kidolgozásában játszanak nagy szerepet. Részletesebb tárgyalásukra ezért majd ott kerül sor.

KONFLIKTUSOK ÉS DILEMMÁK AZ ORVOSETIKA ALAPELVEI KÖZÖTT

Az orvosetika négy alapelvét ROSS terminológiája szerint prima facie kötelességnek kell tekintenünk. Ez, mint láttuk, azt jelenti, hogy e kötelességek nem abszolútak abban az értelemben, hogy nem mindig lehet őket betartani, hiszen ha konfliktusba kerülnek egymással, akkor el kell dönteni, hogy az adott helyzetben melyik az erősebb, így melyik lesz az aktuális kötelesség. Egy prima facie kötelesség tehát csak akkor válik aktuális kötelességgé, ha más prima facie kötelességgel az adott szituációban nem kerül konfliktusba. Ha konfliktusba kerül, akkor el kell dönteni, melyik prima facie kötelesség az erősebb, vagyis melyik lesz az adott helyzetben az aktuális kötelesség. A prima facie kötelesség tehát nem azt jelenti, hogy mindig és mindenkor eszerint kell cselekedni, hanem csak azt: létezésüket mindig és mindenkor figyelembe kell venni, s ha egy szituációban meg kell sértenünk egy prima facie kötelességet egy másik prima facie kötelesség tiszteletben tartása érdekében,

akkor ennek megmarad a tettben a morális „nyoma": a tett lehet morálisan helyes, a prima facie kötelesség megsértése miatt ilyenkor mégis erkölcsi konfliktus, dilemma elé kerülünk, esetleg lelkifurdalást érzünk, amint már ezt korábban is megállapítottuk.

Az orvosi etika nem egy mai dilemmája a prima facie kötelességek közötti konfliktusként jellemezhető. Az etikai viták ezekben az esetekben annak tudhatók be, hogy mindenki más és más relatív súlyt tulajdonít az egyes prima facie kötelességeknek. Nézzünk néhány példát!

A tradicionális, paternalisztikus medicina a négy alapelv közül a legfontosabbnak a jótékonyság kötelességét tartja, ezt erősebbnek tekinti a beteg autonómiája tiszteleténél, ezért amikor a beteg mást akar, mint ami orvosilag számára a leghasznosabb lenne, a paternalisztikus tradíció indokoltnak látja a beteg autonómiájának a megsértését, akaratának figyelmen kívül hagyását a jótékonyság elvének betartása érdekében. A mai bioetikai szakirodalom és a hetvenes évektől kezdve egyre több helyen az orvosi gyakorlat is ezzel szemben a beteg autonómiájának tiszteletét tekinti az erősebb elvnek. Nemcsak azt mondja, hogy ez erősebb a jótékonyság elvénél, hanem azt is, hogy az autonómia tisztelete egyben a jótékonyság elvének a megvalósítását is jelenti, hiszen mindenkinek jó, ha autonómiáját tiszteletben tartják. Itt tehát a hangsúly nem azon van, hogy orvosilag mi a legjobb a betegnek (ez orvosi kérdés, ezért ezt csak a szakember tudja megítélni), hanem azon, hogy összességében mi a legjobb a betegnek (ez már nem csak orvosi kérdés, s ezért ennek megválaszolására csak a beteg képes).

Hasonlóan prima facie elvek közötti konfliktus az eutanázia és az öngyilkosság kérdése is. Megválaszolásuk attól függ, melyik elvet tekintjük erősebbnek: a beteg autonómiája tiszteletének az elvét (amelyik a beteg autonóm öngyilkossága, eutanázia iránti kérelme tiszteletben tartását követelné) vagy a jótékonyság elvét, amely ilyenkor a beteg akarata ellenére való megmentését, illetőleg életben tartását kívánná meg. Folytathatnánk a példák felsorolását, hiszen voltaképpen minden orvosetikai dilemma leírható az ismertetett elvek közötti konfliktusként.

Az orvosetikának a négy alapelvből kiinduló megközelítését sokan kritizálták, mondván, hogy nem ad határozott módszert. Az ugyanis, hogy a négy alapelv közül egy adott helyzetben ki melyiket tartja erősebbnek, egyéni döntés kérdése. Ezért az ilyen megközelítés nem oldja meg a vitákat. Ugyanakkor az elv védelmezői joggal mutattak rá, hogy ha megoldási algoritmust az elvek nem is adnak, mégis nagyon jól segítik az etikai dilemmák megoldását, mert az elvek szinte listaszerű felsorolását adják azoknak a szempontoknak, amelyeket megalapozott erkölcsi érvelésnél figyelembe kell venni, illetve a döntésnél fel kell használni. Az elveket mind a deontológiai, mind az utilitarista gondolkodás elismerheti, s általában el is ismeri. A különbség a két megközelítés között abban rejlik, hogy a deontológusok az elvek közötti konfliktusok esetén inkább az intuícióra hivatkoznak, az utilitaristák

viszont úgy döntik el a kérdést: melyik elv előnyben részesítése okozza a legtöbb embernek a legtöbb jót. Az elvek értelmezése, illetve a közöttük lévő konfliktusok megoldásának módjai között tehát jelentős eltérések lehetnek, maguk az elvek azonban hasznos összegezői a figyelembe veendő erkölcsi szempontoknak, így használatuk feltétlenül javasolható.

Jegyzetek a negyedik fejezethez*

[1]*Clouser, K. D., Gert, B.*: A Critique of Principalism. In: The Journal of Medicine and Philosophy. 15:219–236, 1990.
[2]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): Principles of Biomedical Ethics. (third. ed.) New York–Oxford, Oxford University Press.
[3]Ibid. (p. 72)
[4]*Gillon, R.* (1990): Philosophical Medical Ethics. Chichester–New York, John Wiley & Sons (p. 61)
[5]*Mill, J. S.*: A szabadságról. Magyar Helikon (1980) (p. 146–183)
[6]*Faden, Ruth R., Beauchamp, T. L.* (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press (p. 18–19)
[7]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 120)
[8]Ibid. (p. 126–127)
[9]Ibid. (p. 123)
[10]Ibid. (p. 195)
[11]Ibid. (p. 199–200)
[12]*Singer, P.* (1982): Practical Ethics. Cambridge University Press (p. 181)
[13]*Thomson, Judith J.*: A Defense of Abortion. Philosophy and Public Affairs, Vol. 1, No. 1, 1971.
[14]*Gillon, R.* (1990): i. m. (p. 76)
[15]Ibid. (p. 77)
[16]*Arisztotelész:* Nikomakhoszi etika.: Európa könyvkiadó, Budapest (1987) (Ötödik könyv)
[17]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 261)
[18]*Rawls, J.* (1972): A Theory of Justice. Oxford, Clarendon Press (p. 11–12)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

5. fejezet – Az egészség és a betegség fogalma

Betegség-e az öregség? Mivel természetes folyamat, nem szokták annak tekinteni. Betegség-e a presbyopia? Amikor Angliában egy nem egészségügyi vállalkozást megvádoltak azzal, hogy jogosulatlanul orvosi tevékenységet folytat, mivel presbyopoknak szemüveget rendel, azzal védekeztek, hogy tevékenységük nem orvosi, mert a presbyopia természetes folyamat, s mint ilyen, nem betegség[1]. Betegség-e a dohányzás? Sokan annak tartják, akárcsak az alkoholizmust vagy a kábítószer-függőséget. Amikor azonban Angliában néhányan a dohányzásról leszoktató kúra költségeit az állami egészségügyi szolgálattal akarták megfizettetni, azt a választ kapták, hogy a dohányzás nem betegség, hanem csupán rossz szokás, mint amikor például valaki az asztalnál piszkálja az orrát, s ahogy ez utóbbiról való leszoktatás nem egészségügyi feladat, úgyanúgy a dohányzásról való leszoktatás sem az[2] . Betegség-e a homoszexualitás? Az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1952-ben kiadott diagnosztikus kézikönyve (DSM I.) még személyiségzavarként tartja számon, l980-as kiadása (DSM III.) viszont már csak akkor tekinti betegségnek, ha az illetőnek állandó, folyamatos késztetése van szexuális irányultsága megváltoztatására[3, 4]. Betegség-e a terhesség, a dadogás vagy a promiszkuitás? Még számos hasonló kérdést tehetnénk fel, de ennyi is elég a probléma gyakorlati fontosságának és a megoldás elméleti nehézségeinek a megmutatásához. Bár az, hogy mit jelent az egészség, s mit értenek betegségen, a mindennapi életben magától értetődőnek tetszik, e fogalmak elméleti szintű meghatározása nehéz és még ma sem teljesen megoldott feladat.

Két uralkodó irányzat különíthető el a szakirodalomban:

- A naturalista irányzat szerint az, hogy mi betegség és mi számít egészségesnek, empirikus kérdés, s mint ilyen, könnyen eldönthető: szerintük beteg az a szervezet, amelyik rosszul alkalmazkodik környezetéhez, s egészséges az, amelyik jól. Azt, hogy egy szervezet jól alkalmazkodik-e vagy sem, a társadalom felismerheti vagy félreismerheti, de mindez a felismeréstől függetlenül objektív tény[5].
- A normativista irányzat ezzel szemben azt hangsúlyozza, hogy az egészség-betegség fogalom megkülönböztetése emberi találmány, akárcsak a gyom vagy a kártevő állat fogalma. Az ember nélküli természetben nincsenek gyomok, csak az ember hívja gyomnak a haszonnövényeit károsító növényeket. Ehhez hasonlóan vannak bizonyos testi vagy lelki állapotok is, amelyeket az ember rossznak tekint, s ezeket betegségnek nevezi[6]. Ahogyan a NEWTON előtti fizika külön égi

és külön földi mechanika létezését tételezte fel, s csak NEWTON munkássága révén vált általánosan elfogadottá az egyetlen és egységes mechanika léte, a normativista irányzat szerint ugyanúgy nincsen külön pszichológia és pszichopatológia, külön fiziológia és patofiziológia. Szerintük az egészséges és a patológiás folyamatok elkülönítése önkényes, olyan, mintha azt gondolnánk, hogy létezik külön növényfiziológia és külön „gyomfiziológia", vagy azt, hogy a kártevő állatokra más biológiai törvények lennének érvényesek, mint a „hasznos" állatokra. Ez az elkülönítés véleményük szerint az orvostudomány fejletlenségének a jele, s a medicina ma ott tart – mondják –, ahol a fizika tartott NEWTON előtt[7]. Mivel a normativista irányzat szerint az, hogy valami betegség-e vagy sem, nem ténykérdés, hanem a társadalom értékrendszerétől függ, ezért a helyes kérdésfeltevés nem az, hogy egy testi vagy szellemi állapot betegség-e, hanem, hogy egy testi vagy szellemi állapotot betegségnek kellene-e tartani?

NATURALISTA EGÉSZSÉGDEFINÍCIÓK

Az egészség meghatározásának orvosi modellje

A klinikai gyakorlatban az egészséget egyszerűen a betegség hiányaként szokták definiálni, vagyis egészségesnek azt tekintik, akinél semmiféle betegséget nem tudnak kimutatni. Ily módon a gyakorlatban az egészség pusztán reziduális fogalom, a betegséget pedig hibás fiziológiai funkcionálásként határozzák meg. De hogyan lehet megállapítani, hogy milyen egy szervezet normális funkcionálása, s mi a hibás funkció? Az e kérdésre adott válasz alapján az orvosi modell két változata különíthető el. Az egyik az egészségest a statisztikailag leggyakoribbként, a másik fajtipikusként határozza meg.

Az egészségesnek a statisztikailag leggyakoribbként való megközelítése. A medicinában és főleg a klinikai gyakorlatban nagy hagyománya van annak, hogy az egészségest mint normálist, mint átlagost, mint a leggyakrabban előfordulót határozzák meg. Számos mennyiségi jelleg előfordulási gyakorisága az emberi populációban normál eloszlást mutat, vagyis a gyakoriságot ábrázolva harang alakú Gauss-görbét kapunk. Az így kapott görbén az átlagtól való ±2 szórásnyi eltérést tekintik sokan a normalitás alsó, illetve felső határának. A normál eloszlás középső része jelenti az összpopuláció 95%-át, a két vége a 2,5-2,5%-át. Így az átlagérték feletti, illetve alatti 47,5-47,5%-ot, összesen tehát 95%-ot tekinthetünk statisztikailag normálisnak, a szélső 2,5-2,5%-ot, összesen tehát a populáció 5%-át pedig abnormálisnak. Ily módon azonnal két betegségosztály is adódik, az illető mennyiségi paraméter „hypo-," illetve „hyper-" jellegű megváltozása (például hypocho-

lesterinaemia, hypercholesterinaemia stb.) Az emberi testmagasság tekintetében például férfiaknál 145 cm alatt törpenövésről (nanismus), 190 cm felett óriásnövésről (gigantismus) beszélünk[8]. A felnőtt férfiak döntő többségének testmagassága e két érték közé esik, ezt tekintik normálisnak, az ettől eltérőt abnormálisnak, betegségnek. Elméleti szempontból azonban az egészségesnek a statisztikailag leggyakoribbként való meghatározása nem elfogadható. Egyrészt a határok meghúzásában van némi önkényesség (hiszen miért éppen 145 cm a törpenövés határa, s miért nem mondjuk 144 vagy 146 cm?), másrészt sok ritka tulajdonságot abszurd lenne pusztán azért betegségnek tartani, mert ritka. (Például nem tekintjük betegségnek a nagyon nagy intelligenciát, a rendkívüli szépséget vagy látóélességet stb.) Ezzel szemben számos általánosan elterjedt jelenséget betegségnek tartunk. (Ilyen például a caries, a bizonyos kor felett az érfalakon található scleroticus lerakódások, idős férfiak prostatahypertrophiája stb.) Egy populációban általános lehet valamely testi sajátosság pusztán azért is, mert minden szervezetet ugyanaz a károsító hatás ér. Dél-Amerikában bizonyos indián törzsek körében például olyan elterjedt volt a dyschromiás spirochaetosis, amelynek egyik tünete a spirochaetafertőzés következtében a bőrön kialakuló foltos elszíneződés, hogy a törzs tagjai azokat tekintették betegnek, akiken – egészségesek lévén – ez a tünet nem volt látható, s emiatt az ilyen „betegeket" nem is engedték megházasodni[9]. Másik jellemző példa a vérnyomás normális értékének megállapítása. Régebben, éppen a nagyszámú mérésre alapozott statisztikai megközelítés alapján, azt tartották, hogy a normális systolés vérnyomás a korral együtt nő, s a megengedhető felső határt úgy kapjuk meg, hogy a beteg életkorához hozzáadunk 100-at. Így 20 éves korban a normális systolés érték felső határa 120, 60 éves korban már 160 Hgmm lett volna. Az alaposabb vizsgálatok azután kiderítették, hogy a vérnyomásnak a korral való emelkedése korántsem természetes jelenség, hanem civilizációs ártalom, s primitív körülmények között élő természeti népek körében nem is figyelhető meg.[10] E példák azt bizonyítják, hogy az egészség statisztikailag a leggyakoribbként való leírása helytelen.

Az egészség fajtipikusként, természetesként való leírása. E felfogás szerint minden szervnek van egy vagy több természetes funkciója, amely az evolúció során alakult ki, s az illető fajra jellemző, fajtipikus. A szív funkciója például a testben keringő vér mozgásban tartása, a szemé a látás stb. Teleologikusan fogalmazva minden szerv valamely funkció ellátására lett „tervezve", s akkor egészséges, ha e tervnek, rendeltetésének megfelelően működik. A szervezet mint egész pedig akkor egészséges, ha minden egyes szerve ellátja természetes funkcióját[11] . Eme naturalista koncepció szerint tehát egy szerv beteg, ha normális funkcióját nem tudja ellátni, ha működése a fajra jellemzőnél kisebb hatékonyságú. Az egészséget tehát hasonlóképpen állapítanánk meg, mint azt, hogy egy személyautó jó állapotban van-e. Egy autó jó állapotban van, ha nagyon hasonló ahhoz, mint amilyenre tervez-

ték, ha minden része megfelel az eredeti tervnek, függetlenül attól, hogy a terv maga jó volt-e vagy sem. Hasonlóképpen egészséges az a szervezet, amelynek szervei az evolúció során kialakult rendeltetésüknek megfelelően működnek. Ha például mutáció révén egy embernek kifejlődne a hatodik érzéke vagy az a képessége, hogy levágott végtagjai ismét kinőnének, nem lenne egészségesebb, mint mi, mert a hatodik érzék vagy a levágott végtag regenerálódóképessége nem jellemző az emberi fajra, annak „tervében" nem szerepel[12]. Az insulin termelődésének hiánya betegség, a C-vitaminé nem, mert az inzulin termelésének képesség jellemző az emberi fajra, a C-vitaminé viszont nem. Ezzel magyarázható, hogy aki rendszeres insulinbevitelre szorul, az beteg (diabeteses), az viszont, hogy minden ember rendszeres C-vitamin-felvételre szorul, nem számít betegségnek[13]. Ugyanez vonatkozik a mentális működésre is: nem a társadalom normáinak, erkölcsi rendszerének megfelelő vágyak, karaktertulajdonságok stb. az egészségesek, hanem azok, amelyek a fajra tipikusak, vagyis az emberi faj tipikus genetikai programjában szerepelnek. Ezek az egészséges tulajdonságok, vágyak szembeállhatnak a társadalom aktuális értékrendjével, erkölcsi normáival, akár az egyén boldogságával is, annyira, hogy a betegség a társadalom vagy az egyén számára még előnyösebb is lehetne, mégis, ha a faj eredeti „tervrajzának" megfelel, ez az egészséges. Az egészség a „tervrajznak" való megfelelést jelenti s nem a tervrajznak értékrendünkkel való egyezését[14]. Eme koncepció a mindennapi nyelvhasználatban úgy fejeződik ki, hogy betegség az, ami természetellenes. Aquinói Szent Tamás például ennek megfelelően úgy tartotta, hogy a maszturbáció nagyobb bűn a tisztaság ellen, mint egy nő megerőszakolása, mert az előbbi természetellenes, míg az utóbbi nem. (Noha természetesen az utóbbit súlyos igazságtalanságnak tartotta, az előbbit viszont nem tekintette az igazságosság megsértésének[15].) A fajtipikusnál rosszabb működés betegség, az egészség pedig a fajtipikus vagy annál jobb működés. Elméletben úgy állapítható meg, hogy mi a fajtipikus, hogy megvizsgáljuk az adott faj természetes környezetét, azt, amelyhez az evolúció során adaptálódott, s az ilyen körülmények között tapasztalható statisztikailag leggyakoribb tulajdonságokat tarthatjuk fajtipikusnak. Az ember fajtipikus jegyei nem azonosak a ma létező leggyakoribb tulajdonságokkal, hiszen a mai társadalmi környezet már nem azonos azzal a természetivel, amelyben az emberi evolúció meghatározó része lezajlott, ezért számos ma mért paraméter nem genetikai programunknak, hanem a mesterséges környezet hatásának tulajdonítható. A mai szennyezett levegőjű nagyvárosokban élő emberek vérében például számos olyan mérgező anyag (például ólom, szén-monoxid stb.) mutatható ki viszonylag nagy koncentrációban, amely természetes körülmények között élő emberekben nem fordul elő, ma viszont általánosan elterjedt. Ezért a gyakorlatban nem is mindig egyszerű annak eldöntése, hogy mi fajtipikus és mi nem. Erre következtetni lehet az illető tulajdonság mai gyakoriságából, összehasonlító élettani vizsgálatokból, természeti népek vagy más körülmények között élő embe-

rek vizsgálatából stb. A medicina fejlődése során pedig kiderülhet, hogy az addig betegségnek tartott jellegzetesség (például maszturbáció) fajtipikus, s így nem betegség, vagy az, hogy az addig fajtipikusnak tartott tulajdonság (például a vérnyomás emelkedése az életkorral) a fajtipikusnál rosszabb alkalmazkodást jelent, ezért betegség. Orvosilag a fajtipikus sohasem számít betegnek, de hogy mi a fajtipikus, annak megállapítása sokszor komoly nehézségekbe ütközik, s az erről való újabb ismeret az egészségkoncepció radikális módosulását vonhatja maga után. Ismertes például a progeria (korai öregedés fiatal egyénen) betegsége. Tételezzük fel, hogy vizsgálatok során kiderülne, hogy emberőseink hajdanán átlagosan mondjuk 900 évig éltek, mint a bibliai pátriárkák, de volt néhány ember közöttük, aki egy sajátos, genetikai eredetű progeriában szenvedett, vagyis már 80–90 éves korában öreg volt, és meghalt. A 900 évig élő emberek pedig valamilyen okból kipusztultak, s mi, ma élő emberek valamennyien az akkor progeriában szenvedők leszármazottai lennénk, innen származna „korai", 80–90 éves korban bekövetkező halálunk. Ez a példa természetesen kitalált[16], de ha így állna a dolog, akkor azt gondolnánk, hogy a ma természetesnek tartott öregedés nem fajtipikus, hogy valamennyien egy öröklődő genetikai betegségben szenvedünk, a korai öregedésben, s ekkor a ma természetesnek érzett öregedési tempót betegségnek tartanánk. Egészségesnek tehát orvosilag a fajtipikust tartjuk, de ennek megállapítása sokszor nehéz, s a mindenkori orvostudomány hajlamos a jelenleg leggyakrabban előfordulót vagy egyszerűen a társadalom által kívánatost fajtipikusnak, egészségesnek tartani. Jó példa erre a laktózintolerancia „betegsége". Laktózintoleranciában hiányzik a bélcsatornából a laktáz nevű enzim, amely képes a tejben lévő laktóz bontására. Újszülöttkorban még mindenki szervezetében elegendő mennyiségű laktáz termelődik, hisz az újszülöttek a tej bontásának képessége nélkül elpusztulnának. A szoptatási periódus után azonban laktózintoleranciában a laktáz enzim termelésének képessége elvész, s nagyobb mennyiségű tej fogyasztása erős hasmenést, puffadást vált ki. Ezt az állapotot tekintették betegségnek, laktózintoleranciának. Kiderült azonban, hogy felnőttkorban a laktáz elegendő mennyiségben csak a kaukázusi rassz tagjaiban termelődik (vagyis a fehér bőrű, európai származású személyekben), az ázsiai rassz tagjai nem képesek nagy mennyiségű tejet inni hasmenés, puffadás nélkül. Ez annyira jellemző, hogy egy fehér bőrű populációban a laktózintolerancia mindig „ázsiai gének" jelenlétére utal, s a populáció korábbi történetét, más rasszokkal való keveredését lehet vizsgálni így genetikai szempontból. Mivel azonban az emberi faj túlnyomó többségére a laktózintolerancia a jellemző, így a betegség voltaképpen a laktóztolerancia lenne, hisz ez a ritkább, s azért nevezték el laktózintoleranciának, mert e „betegséget" először európai eredetű tudósok írták le, akik a saját kultúrájukban tapasztalható tejivás szokását tekintették normának s a tejcukor bontásának képességét fajtipikusnak. Hasonló példa a Japánban leírt „osmidrosis axillae" „betegsége", amely erős hónalji verejtékezést jelent. Ez a fehér bőrű rasszhoz

tartozók körében általánosan előforduló s természetesnek (bár sokszor kellemetlennek) érzett jelenség Japánban nagyon ritka, és annyira visszataszítónak tartották, hogy miatta még a kórházi beutalást s a katonai szolgálat alól való felmentést is indokoltnak tekintették[17]!

Az egészségesnek fajtipikusként való meghatározása azonban nem problémamentes. Ugyanis bár kétségtelenül az emberi faj is az evolúció terméke, de azok a környezeti tényezők, amelyekhez az emberi faj adaptálódott, mára nagyrészt megváltoztak. A környezet vonatkozásában ugyanis az ember és a többi faj között van egy nagyon lényeges különbség: az állatok számára a környezetük egyszer s mindenkorra adott és megváltoztathatatlan, az emberre viszont saját környezetének folyamatos átalakítása jellemző. Egy állat vagy növény tanulmányozásakor értelmetlen azt a kérdést feltenni, hogy jó-e az a környezet, amelyhez az állatnak alkalmazkodnia kell. Az állatvilágban a környezet „opportunista" definícióját használjuk: a környezet mindig jó, mindig elfogadandó, s ha ahhoz az állat nem tud alkalmazkodni, akkor a „hiba" mindig őbenne van, ő tekintendő betegnek. Az ember esetén azonban más a helyzet. A mai embert körülvevő környezet nagyrészt az önmaga által létrehozott, mesterséges környezet. Az emberek jelentős része ma lebetonozott utcájú nagyvárosokban él, saját maga alkotta házakban lakik, saját maga tenyésztette állatok és saját maga termesztette növények veszik körül, a maga alkotta tárgyakhoz, technikához, társadalmi intézményekhez kell alkalmazkodnia. Az embert ma körülvevő környezet egyre nagyobb részét ő maga hozta létre, de ez a környezet visszahat rá, megváltoztatja. Az ember nemcsak a háziállatokat háziasította azzal, hogy mesterséges környezetet teremtve számukra sajátos, az ember céljainak megfelelő, mesterséges szelekciót hozott létre, hanem saját magát is a mesterséges, maga teremtette környezet révén. Ez azonban egyben azt is jelenti, hogy az a környezet, amelyhez az emberi faj az evolúció során adaptálódott, ma sok szempontból már nem létezik, az a mesterséges környezet viszont – s ez tágabb értelemben az egész emberi civilizációt jelenti –, amely ma körülvesz bennünket, evolúciós értelemben még annyira új (mindössze néhány ezer éves), hogy nem volt elég idő hozzá biológiailag is alkalmazkodni. Ahhoz, hogy egy faj a környezetéhez a természetes szelekció révén biológiailag alkalmazkodjék, több tízezer évre van szükség. Ugyanakkor a bennünket körülvevő társadalom, technika stb. néhány évtized alatt is alapvetően megváltozik, ezért a hozzá való genetikai alkalmazkodás lehetetlen. Ez azzal jár, hogy az ember biológiailag az állandó maladaptáltság, rosszul alkalmazkodottság állapotában van a saját maga teremtette mesterséges környezethez viszonyítva[18] . Számos példa bizonyítja ezt. Vizsgálatok szerint például a XX. századi ember leggyakoribb betegségei állatokban rendkívül ritkák. A cardiovascularis és a daganatos betegségek, amelyek ma a fejlett országokban élő emberek kb. 75%-ában a halál okaként szerepelnek, még fogságban tartott állatokban is extrém ritkák, gyakorlatilag alig fordulnak elő. Az állatok természetes körülmények között

legtöbbször fertőzés, éhezés vagy más állat áldozataként pusztulnak el[19, 20]. A „civilizációs" betegségek tehát az embert körülvevő mesterséges környezet, illetve a mai ember életmódja miatt alakulnak ki, amelyekhez az ember biológiailag rosszul alkalmazkodott. Egyes vizsgálatok során azt találták például, hogy az indiánoknál sokkal gyakoribb a diabetes, mint fehéreknél. COLEMAN 1979-ben elvégzett kísérletei szerint viszont a diabetesre való fokozott hajlam táplálékhiányos környezetben, a gyakori éhezés körülményei között biológiailag előnyös. Normális és a diabetes iránt genetikailag erősen fogékony egereket egyaránt éheztetve az utóbbi csoport 46%-kal hosszabb túlélését találta. Ezért az indiánok diabetesre való nagyobb hajlama egyszerűen egy más (táplálékhiányos) környezethez való jobb adaptáltságot jelent, amely viszont a mai környezetben hátrányos[21]. Az evolúció során ugyanis a fő veszélyt a szinte állandó élelemhiány jelentette, s az embernek ehhez kellett genetikailag alkalmazkodnia, ez ellen fejlődtek ki védekező mechanizmusok. Teleologikusan fogalmazva az evolúció nem „számíthatott" arra, hogy eljön egy kor, amikor az emberiség egy szerencsés kisebbsége számára már nem az éhínség jelenti a fő veszélyt, hanem a bőségesen rendelkezésre álló táplálék, a kevés testmozgás következtében kialakuló elhízás, diabetes stb. E jellegzetesen mai veszélyek ellen még nem alakulhattak ki biológiai védekező mechanizmusok. Másik példa a női menstruáció jelensége, amelyet ma „természetesnek" találunk. Alaposabban megvizsgálva azonban kiderült, hogy a női menstruációs ciklus ma jellemző formája korántsem természetes. Primitív körülmények között (s az emberi faj eddigi létének kb. 99%-át primitív körülmények között élte le) a nők első menstruációjuk után igen rövid idővel teherbe estek. A szoptatás sokkal hosszabb ideig tartott, mint ma, sokak szerint a nők két–három évig vagy akár még hosszabb ideig is szoptattak, majd ezután újabb teherbe esés következett. Mivel menstruáció sem a terhesség, sem általában a szoptatás alatt nincs, s mivel a nők primitív körülmények között 8–10 gyermeket is szültek, így a reproduktív korban lévő nők menstruációja egészen kivételes jelenségnek számított[22]. Mára a helyzet teljesen megváltozott. A fejlett országokban a nők általában csak 1-2 gyermeket szülnek, s a szoptatás is csak néhány hónapig tart. Ha átlagértékeket tekintünk, akkor még a múlt század kezdetén is 15 éves korban következett be az első menstruáció, a klimax pedig 46 éves korban. Átlagosan 6 gyerek született, s a szoptatás átlagos időtartama 1,5 év volt. A teljes reproduktív periódusból (31 év) tehát kb. 14 év menstruációmentes volt terhesség vagy szoptatás miatt. Ma a fejlett országokban az első menstruáció átlagosan 13 éves korban, a klimax 49 éves korban következik be. Átlagosan 2 gyerek születik, s az átlagos szoptatási idő 2,5 hónap[23]. A teljes reproduktív periódusból (36 év) ma kb. 2 év menstruációmentes. Összesen tehát régen kb. 17 évet menstruált egy átlagos nő, ma viszont 34 évet, vagyis a mai érték a réginek, a „természetesnek" a kétszerese. A reproduktív korban lévő nő menstruációs ciklusa tehát biológiai értelemben fiziológiai aberrációnak tekinthető[24], amelyet a mai fogamzás-

gátlási eljárások és szoptatási szokások tesznek lehetővé, s így kulturális termék, amely azonban biológiai értelemben valószínűleg káros, hisz a menstruációs periódusokra ösztrogéntúlsúly, a menstruáció nélküli periódusokra (terhesség, szoptatás) a progeszterontúlsúly jellemző. Sokan ezzel hozzák kapcsolatba a terhesség védő hatását bizonyos betegségek (például emlőrák) ellen, s ezzel magyarázzák ma egyes betegségek (emlőrák, endometriumcarcinoma) gyakoriságának megnövekedését. Újabb vizsgálatok például arra utalnak, hogy az emlőrák kockázata arányosan nő az első menstruáció és az első terhesség között levő évek számával. A XIX. század előtt az első menstruáció átlagosan 15 éves korban következett be, házasságkötéskor az átlagos életkor 18 év volt. Ha feltételezzük, hogy a házasságkötést követően 1-2 éven belül megszületett az első gyerek, akkor az első menstruáció és az első terhesség közötti évek számát kb. 4 évnek vehetjük. Ma az első menstruáció átlagosan 13 éves korban következik be, az átlagos életkor házasságkötéskor pedig 23 év. Ma tehát az első menstruáció és az első terhesség között átlagosan 11–12 év telik el, amely a korábbi érték (4 év) kb. háromszorosa[25]. Vizsgálatok szerint a korai menstruáció, a késői (30 év feletti) első terhesség vagy a gyermektelenség az emlőrák iránti veszélyeztetettség 3–4-szeres növekedését okozza[26]. Összefoglalóan tehát megállapíthatjuk, hogy az egészséget a fajtipikussal, a rendeltetésének megfelelő szervműködéssel azonosító felfogás gyengesége az, hogy mindenfajta szervműködés „célja" a környezethez való alkalmazkodás, viszont az emberi környezet mesterséges volta s néhány évtizednyi idő alatti gyors megváltozása miatt a hozzá való genetikai alkalmazkodás lehetetlen, ezért valószínű, hogy ehhez a mesterséges környezethez éppen egy fajilag atipikus szervezet alkalmazkodik jobban. A másik probléma magának az alkalmazkodásnak a fogalma. Állat alkalmazkodottsága az állat „inkluzív fitnessének" (összesített rátermettségének) a növekedését jelenti, vagyis annál jobban alkalmazkodottnak tekinthető egy állat, minél nagyobb lesz génjeinek reprezentációja a következő generációban. Mint azt DAWKINS kimutatta[27, 28], biológiailag minden szervezet egyfajta túlélőgépnek tekinthető, amelynek „célja" génjeinek továbbadása, minél nagyobb mértékű elterjesztése. DAWKINS odáig megy, hogy azt állítja, nem génjeink szolgálnak minket, hanem mi a génjeinket. Minden élő szervezet csak eszköz a gének számára saját maguk szaporítására, s valamennyi szerv valamennyi funkciója közvetlen vagy közvetett módon ezt a „célt" szolgálja. Polipokon figyelhető meg például egy sajátos viselkedés: miután az anyaállat petéit lerakta, elveszti étvágyát, s összes hátralevő idejét a peték és a belőlük kifejlődő utódok védelmezésével tölti. Miután az utódok elérték a túléléshez szükséges fejlettséget, az anyaállat elpusztul. Ezért a viselkedésért a polip opticus-mirigye a felelős, ennek sebészi eltávolításával az állat viselkedésében drámai változás áll be. A peték lerakása után nem veszti el az étvágyát, hanem petéit sorsára hagyva újabb szaporodásba kezd, s végül is kb. kilencszer annyi ideig él, mint amennyi ideig a mirigy eltávolítása nélkül élt volna[29]. A mirigy biológiai szerepe

nyilvánvaló: a faj kedvéért feláldozza az egyedet, az evolúció számára a gének túlélése fontosabb, mint az egyed túlélése. Az opticus-mirigy funkciója az egyed elpusztítása génjei túlélése érdekében. Téves tehát az a gondolat, hogy valamennyi szerv az egyedet szolgálja, hogy az egyes szervek normális funkciója az egyed érdekében áll. Biológiailag szerveink célja nem a mi túlélésünk, hanem génjeink túlélése, s szerveink a mi túlélésünket csak annyiban segítik, amennyiben ez génjeink túléléséhez hozzájárul. Biológiailag tehát az alkalmazkodás „célja" a gének terjesztése.

De mi az alkalmazkodás célja az ember számára? Hisz nyilvánvaló, hogy az egyes emberek, illetve a különböző társadalmak nem génjeik terjesztését tartják legfőbb céljuknak, hanem a hosszú életet, a boldogságot, a tudást stb. A fogamzásgátlás, az abortus széles körű elterjedtsége mind azt bizonyítja, hogy az egyes emberek és az emberi társadalmak tudatos céljai mások, mint ami e szervezetek létének biológiai „célja". Társadalmilag tehát nem az a szervezet a legegészségesebb, amely a test biológiai céljait a legtökéletesebben valósítja meg, hanem az, amely az egyed vagy a társadalom céljainak a legtökéletesebb megvalósítását teszi lehetővé. Ma például a normális termékenység sok férfinak és nőnek teher, s kényelmetlen vagy az egészségre káros fogamzásgátló eljárásokkal csökkentik a kívánatos szintre. Az így mesterségesen létrehozott csökkent termékenységet sok ember szabadságként és lehetőségei növekedéseként éli meg, sőt sok társadalom is a társadalmi szintű szabadság növekedésének eszközét látja a termékenység mesterséges csökkentésében (például Kína). A szociobiológia szerint valószínű, hogy az emberi fajban a férfiak a mérsékelten promiszkuus életre való tendenciát mutatnak, amely biológiailag előnyös lehetett, hisz ez a tulajdonság génjeik elterjesztésének kedvez[30, 31]. Kérdés azonban, hogy ez a tendencia nem biológiai értelemben az egyed javát szolgálja-e, nem akadályozza-e intimebb párkapcsolat kialakulását, vagy ma, a heteroszexuális AIDS korában nem veszélyezteti-e az egyént biológiailag is? A fajtipikus vagy annál jobb szervműködést egészségesnek tartó orvosi definíció fő korlátozottsága tehát az, hogy a fajtipikus egy korábbi, ma sok szempontból megváltozott környezethez jelentett ideális alkalmazkodást, miközben a mai ideális alkalmazkodás sokszor nem fajtipikus tulajdonságokkal érhető el. Így ez a megközelítés hasonlatos a közmondásos hadvezérekéhez, akik egy háborúra készülve mindig az előzőből indulnak ki, s az abban használt módszereket próbálják alkalmazni, elfelejtve, hogy a következő háborúban valószínűleg más technika és más módszerek lesznek sikeresek. A klinikai gyakorlatban leginkább mégis az egészséget a fajtipikus vagy annál jobb szervműködésre való képességként határozzák meg, ez tekinthető az egészség ma használatos orvosi definíciójának.

NORMATIVISTA EGÉSZSÉGDEFINÍCIÓK

Az egészség mint ideális funkcionálás. Ez a felfogás – felismerve, hogy a gyorsan változó emberi környezetben a fajilag atipikus sokszor alkalmazkodóképesebb, mint a fajtipikus, továbbá, hogy az emberi társadalomban az alkalmazkodás szó nem azt jelenti, mint az állatok körében (ahol az egyed génjei maximális terjesztésének képességét jelenti) – az egészséget nem fajtipikus, hanem ideális testi vagy lelki állapotként definiálja, amelyben aktuális fájdalom, szenvedés, halál nincs, ezek bekövetkezésének jövendőbeli valószínűsége pedig az adott környezetben a faj számára lehetséges minimális[32]. Ez sokszor atipikus szervműködést, struktúrát stb. jelent, sokszor az atipikus jelenti a jobb alkalmazkodást. (A sarlósejtes vérszegénység például az emberi fajra atipikus, de malariaendémiás területeken az egészség magasabb fokát jelenti, mint a „normális" variáns. A színtévesztés, bár normálisan betegség, a kamuflázs – azaz a színnel való álcázás, „beolvadás" a környezetbe, mimikri – felismerésében szelekciós előnyt jelent, s olyan környezetben, ahol ez előnyös, el is szaporodik stb.[33]) Az ideális egészség tehát olyan testi vagy lelki állapot, amelyben a jelenlegi vagy jövőbeli fájdalomnak, szenvedésnek, halálnak minimális a valószínűsége.

A gyakorlatban azonban nemcsak az ideálist tekintik egészségesnek, hanem azt is, aki egy bizonyos megkövetelt minimumnál jobban tud alkalmazkodni. Ezt nevezzük TWADDLE nyomán *normál egészségnek.* A száz méteres síkfutás világrekordja például ma 9,9 másodperc. Erre azonban ma csak egyetlen ember képes. Ebben a vonatkozásban ő ideálisan egészségesnek tekinthető. A normál egészség azonban egy ennél jóval csekélyebb gyorsaságot, futóképességet jelent. TWADDLE 3 fogalmat különít el: tökéletes egészség, normál egészség és betegség. Ezek a fogalmak egy kontinuumon helyezkednek el. Egyik végpontján áll a halál (tökéletes betegség), a másik végpontján a tökéletes egészség. A kettő közötti egyenesen kijelölt pont különíti el a betegséget és a normál egészséget[34]. Eme felfogás szerint a betegség és a normál egészség közötti határ meghúzása a társadalomtól függ, egyfajta társadalmi norma, amelynek kialakulása sokféle tényezőtől függ: attól, mit tartanak az adott társadalomban leggyakoribbnak vagy fajtipikusnak, de attól is, mit tartanak kívánatosnak vagy a gyakorlatban elérhetőnek. Jó példa erre a hypertonia definiálása. A WHO definíciója szerint 160/95 Hgmm a normális vérnyomás felső határa. Vizsgálatok tanúsága szerint azonban minél alacsonyabb valakinek a vérnyomása, annál kisebb mértékű a mortalitása: akinek például 88–97 Hgmm a systolés vérnyomása, annak a lakosság átlagához képest csak 78% a várható mortalitása, miközben a „normális"-nak tartott 138–147 Hgmm-es tartományban a férfiak mortalitási kockázata már eléri a 155%-ot[35]. Tehát minden vérnyomás kóros a nála alacsonyabb értékhez viszonyítva, s csak azért nem tartják annak, mert mindenkit nem lehet kezelni[36]. Ez már átvezet az egészségfogalom PARSONS által bevezetett szociokulturális definíciójához.

Az egészség szociokulturális definíciója. TALCOTT PARSONS szerint az egészség mértéke attól függ, hogy az egyén mennyire képes alkalmazkodni a társadalom normáihoz, életmódjához. Megfogalmazása szerint az egészség az egyén olyan állapota, amelyben optimálisan képes azokat a szerepeket és feladatokat ellátni, melyekre szocializálták[37]. Eszerint tehát az egészség kritériumai mások lesznek attól függően, hogy az egyén milyen nemű, korú, műveltségű, foglalkozású stb. Végső soron tehát egészségesnek számít az az ember, aki el tudja látni azokat a feladatokat, amelyeket az adott helyzetű emberektől a társadalom elvár. Az egészség itt nem az egyén hajlandóságát, hanem képességét jelenti társadalmi feladatai ellátására. PARSONS szerint a hajlandóság különbözteti meg a betegséget a devianciától, a társadalmi beilleszkedési zavartól. Deviáns az az ember, aki társadalmi feladatait el tudná látni, ha akarná, de nem akarja, beteg az az ember, aki feladatait ellátná, ha képes lenne rá, de nem képes. Látható, hogy PARSONSNÁL kitüntetett szerepe van a társadalom normáihoz való alkalmazkodási képességnek az egészség definiálásában. Azt, hogy a normák szerepet játszanak abban, hogy mit tekintünk betegségnek, már THOMAS SZASZ is észrevette, akinek a nevéhez fűződik az a hírhedtté vált tétel, hogy elmebetegség tulajdonképpen nincs is, az csak egy mítosz[38]. Véleménye szerint jelentős különbség van a szomatikus és a pszichés betegségek között. Szomatikus betegségben ugyanis a normától való mindkét irányú eltérést betegségnek tartják. Ha például valakinek túl sok a fehérvérsejtje, az éppúgy betegség, mint ha túl kevés. Mentális betegségben viszont csak az erkölcsi vagy jogi normáktól való negatív eltérést tekintik betegségnek, a pozitív irányú eltérést nem. Például ha valaki kegyetlenül megöl egy embert, rögtön felvetődik, hogy mentálisan esetleg beteg az illető, s sokszor igazságügyi orvos szakértővel vizsgáltatják meg, hogy nem elmebetegség volt-e az oka tettének. Ha viszont valaki hősiesen megmenti egy másik ember életét, senki sem gondol arra, hogy itt elmebetegségről lehet szó. Ha valaki rendkívül gonosz, nem tartják normálisnak, ez mentális zavar, például személyiségzavar. Ha viszont valaki rendkívül jó, szinte szent, ezt nem tekintik betegségnek[39]. Vagyis SZASZ szerint az elmebetegség csupán bizonyos erkölcsi vagy jogi szabályoktól való eltérés, így társadalomtól függő, szubjektív, szemben a szomatikus betegségekkel, amelyek társadalmi értékítélettől függetlenek, objektívak. Nézeteit sokan kritizálták. Rámutattak, hogy nincs igaza, amikor azt állítja, hogy csak az átlagtól eltérő immorális vagy illegális viselkedés számít elmebetegségnek, hiszen például ha egy kényszerneurotikus naponta kétszázszor mos kezet, akkor betegnek tekinthető, noha tettében nincsen semmi immorális vagy illegális. Az sem igaz, hogy a szomatikus medicinában az átlagtól való mindkét irányú eltérés mindig betegségnek számít, hiszen a rendkívüli erő, látóélesség stb., mint láttuk, nem számít annak[40]. SZASZ helyesen ismerte fel, hogy a betegségek meghatározása társadalmi normától függ, csak abban tévedett, hogy szerinte ez csak az elmebetegségekre jellemző. Valójában minden betegségdefiníció függ a társadalmi normától, akár szomatikus,

akár pszichés betegségről van szó, hiszen, mint láttuk, a fajtipikustól való negatív irányú eltérést betegségnek tartják, a pozitív irányú eltérést viszont nem. Hasonlóan az is a társadalmi környezettől és normáktól függ, hogy milyen testi vagy lelki tulajdonságok jelentenek negatív eltérést a fajtipikustól. Például a dyslexia (szóvakság, az olvasástanulás nehezítettsége) analfabéta társadalomban nem betegség, hisz ott az olvasni tudás nem kulturális norma. Ezt az álláspontot sokszor nehéz elfogadni, mert számtalan olyan kulturális norma van, amelyet ma nem osztunk, így a hozzájuk való alkalmazkodási képtelenséget mi nem érezzük betegségnek, noha egy másik kultúra annak tartotta. Például a XVIII. századtól kezdődően Nyugat-Európában elterjedt az a nézet, hogy a maszturbáció betegség. Ez a felfogás jól beleilleszkedett a kor általános légkörébe, amely a szexualitásra általában is gyanakvással vagy kifejezett ellenségességgel tekintett. Számos betegséget (epilepsia, vakság, angolkór, szívritmuszavar stb.) a maszturbáció következményének tartottak, sőt sok esetben a halál kiváltó okaként is az „onanysmus" (maszturbáció) diagnózisa szerepelt[41]. A „betegséget" igen drasztikus eszközökkel kezelték, nőkön (még a múlt század közepén is!) clitoridectomiát, férfiakon néha castratiót[42], penisamputatiót végeztek[43]. KINSEY vizsgálatai[44,45] óta tudjuk, hogy a maszturbáció a pszichoszexuális fejlődés során mindkét nemben természetes jelenség. Ez a példa is mutatja, hogy a társadalom milyen könnyen betegségnek minősít valamit, ami erkölcsi normáival, elvárásaival szemben áll. A homoszexualitással szembeni ellenséges megítélésről már volt szó, ezt az állapotot egészen a legutóbbi időkig betegségnek tekintették, s itt is igen drasztikus terápiás eszközöket alkalmaztak. Végeztek ilyen esetben ún. averziós terápiát: homoszexuálisan vonzó képeket mutattak a „betegnek", s amennyiben az a képet 8 másodpercnél hosszabb ideig nézte, fájdalmas elektromos áramütést kapott. Aligha szükséges mondani, hogy ez a módszer a homoszexuális pácienst nem egészséges heteroszexuálissá, hanem impotens homoszexuálissá változtatta[46]. Még 1970-ben is alkalmazták homoszexualitás „kezelésére" a hypothalamus megfelelő részének műtéti cauterisatióját stb.[47] Az irodalomban gyakran említett példa a betegségfogalommal való visszaélés illusztrálására a múlt századi rabszolgatartó Amerikában használt drapetománia fogalma. Drapetománián azt a betegséget értették, hogy a rabszolga rendszeresen megszökött urától. Leírtak egy másik betegséget is, a „dysaesthesia aethiopis"-t, amely egyszerűen bizonyos rabszolgák az átlagosnál nagyobb lustaságát volt hivatva jelölni[48]. Hasonló példák sajnos e századból is hozhatók, gondoljunk csak az egészen a közelmúltig a volt Szovjetunióban folytatott gyakorlatra, ahol sok ellenzékit elmebetegnek nyilvánítottak s elmeosztályon „gyógyítottak". Hogyan lehet ezeket a példákat összeegyeztetni TALCOTT PARSONS egészségdefiníciójával, aki szerint a betegség testi vagy lelki alkalmazkodási képtelenség azokhoz a társadalmi normákhoz, amelyekre az egyént szocializálták? Ezek szerint az állandóan megszökő rabszolga, aki képtelen a rabszolgasághoz mint életformához alkalmazkod-

ni, beteg? Egy szovjet ellenzéki, aki képtelen volt alkalmazkodni a kívánt normákhoz, beteg? A válasz természetesen nem, de ebből nem az következik, hogy a betegségek megítélése nem függ a társadalom normáitól, hanem az, hogy csak az az ember tekinthető betegnek, aki ésszerű társadalmi normákhoz nem képes alkalmazkodni. De hogyan döntjük el, hogy melyek az ésszerű társadalmi normák? Létezik itt objektív mérce? Itt nem mehetünk bele ennek a kérdésnek a részletes taglalásába, hisz az erre született válaszkísérleteknek egész könyvtárnyi az irodalma. Talán elég anynyit megjegyezni, hogy valószínűleg azok a társadalmi normák ésszerűek, amelyek a társadalom hatékonyabb termelését, nagyobb gazdagság létrehozását, nagyobb számú ember eltartását teszik lehetővé, s olyan életkörülményeket képesek teremteni, amelyeket szabadon választó emberek leginkább előnyben részesítenek más normákat követő társadalmakkal szemben. Az ésszerű normákat követő társadalmak tehát azok, amelyeket szabadon választó emberek előnyben részesítenének más társadalmakkal szemben[49]. Ebben a kérdésben azonban nagy a vita, s az erre adott válasz társadalom, ideológia függvénye. Ebből az következik, hogy az egészség definiálása is függ a társadalomtól, az ideológiától. Ha az egészség az ésszerű társadalmi normákhoz való testi és lelki alkalmazkodóképességgel azonosítható, ésszerű normák viszont csak jól szervezett, „egészséges" társadalmakban vannak, akkor mondható, hogy az emberi egészség előfeltétele az ismertetett értelemben vett társadalmi egészség, így az emberi egészség definiálása a társadalom egészségére való utalás nélkül lehetetlen. Ezt figyelembe véve érthető csak meg az Egészségügyi Világszervezet egészségdefiníciója, miszerint „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, s nem pusztán a betegség vagy a nyomorékság hiánya[50]". Bár ezt a definíciót azzal szokták kritizálni, hogy túlságosan tág, s minden társadalmi problémát orvosivá változtat, az orvostudomány hatáskörébe utal, valójában az emberi egészség nagyon fontos aspektusára mutat rá: arra, hogy az emberi fajnak a környezetéhez való alkalmazkodása a történelem előrehaladtával egyre fokozódó mértékben tárgyak, technika, társadalmi szabályok és intézmények segítségével történik, s egyre csökken a biológiai alkalmazkodás fontossága. Miközben az állatok környezetükhöz biológiailag, a saját testükkel alkalmazkodnak, addig az ember egyre fokozódó mértékben az általa létrehozott tárgyakkal. Miközben a szelekció az állatvilágban az élő testek között zajlik, vagyis az alkalmazkodásra képtelen állat fizikailag elpusztul, addig az ember szelekciója jelentős mértékben a tárgyak, intézmények stb. között zajlik: az ember alkotta tárgyak, tudományos elméletek, vallások, szervezeti formák stb. versengenek egymással, s a nem megfelelők kiszelektálódnak[51]. A szelekció az emberi társadalomban tehát egyre fokozottabb mértékben áttevődik az emberi testekről az ember által termelt tárgyakra, intézményekre, eszmékre stb. Evolúciósan az ember nem annyira maga fejlődik, mint inkább tárgyait fejleszti[52], nem maga szelektálódik, hanem a tárgyai. Az emberi alkalmazkodás tehát kettős: egyrészt az emberi társadalom mint egész

alkalmazkodik a tágabb értelemben vett környezethez, másrészt az egyes ember alkalmazkodik a társadalomhoz. Ezért, ha a társadalom mint egész egészséges (vagyis működő és fejlődőképes), akkor a hozzá jól alkalmazkodó ember is egészségesnek számít. Ha viszont a társadalom mint egész rosszul funkcionál, akkor a hozzá jól alkalmazkodó ember beteg, s annál betegebb, minél jobban alkalmazkodik a rosszul működő társadalomhoz. (Például fasiszta erkölcsi normákhoz egy pszichopata jobban tud alkalmazkodni, mint egy egészséges pszichéjű ember.) Csak „egészséges" társadalomhoz alkalmazkodott ember lehet egészséges, így az emberi egészség feltétele a társadalom „jólléte". A rabszolgasághoz alkalmazkodni nem tudó rabszolga tehát azért nem beteg, mert a rabszolgatartó társadalmat ma nem tekintjük egészségesnek. Mint láttuk, a történelem során a biológiai eszközökkel való alkalmazkodás jelentősége egyre csökken, s a társadalom normáihoz való alkalmazkodás szerepe egyre nő.

KÖVETKEZTETÉSEK

Mint láttuk, az egészségfogalom meghatározásának két nagy iskolája létezik.

A *naturalista* iskola szerint az, hogy egy szervezet egészséges-e vagy sem, tapasztalati kérdés, amely társadalmi normától független. Egészséges az a szervezet, amely környezetéhez jól alkalmazkodik, beteg az, amelyik rosszul. A jól alkalmazkodót vagy a statisztikailag leggyakoribbal azonosítja, vagy a fajtipikussal, a faj genetikai programjának, tervrajzának leginkább megfelelővel.

A *normativista* iskola szerint azonban az emberi egészség ezen a módon nem definiálható; az egészség fogalma társadalmi normától függő, így nem pusztán tapasztalati kérdés, mert emberre használva a „jól alkalmazkodik környezetéhez" kifejezés mást jelent, mint az állatvilágban, és sokféleképpen értelmezhető. Először is az ember környezete nem adott, mint az állatoké, hanem az ember által folyamatosan változtatott és sokféle, így a normától függ, melyik környezetet tekintjük vonatkoztatási rendszernek. Másképp kell alkalmazkodni, ha a környezet kőkorszaki szinten álló, primitív közösség, s másképp, ha fejlett ipari társadalom, ezen belül is másképp a diktatúrához s másképp a demokráciához, mások az egyes foglalkozások követelményei stb. Így az egészség fogalma társadalomról társadalomra változik, s bár lehetnek olyan betegségek, amelyeket minden társadalom annak tekint, de ez a közös normák s nem a betegségfogalom normától való függetlenségének következménye. A „jó alkalmazkodás" fogalma, amely az állatvilágban az egyed azt a képességét jelenti, hogy mennyire tudja elterjeszteni génjeit a következő generációkban, szintén megváltozik az emberi társadalomban. Szomatikusan a jól alkalmazkodás a fájdalmak és szenvedések nélkül leélt hosszú életet jelenti, pszichológiailag az életörömre való képességet mások örömének megzavarása nél-

kül s a képességeknek megfelelő teljesítményt[53], társadalmilag pedig az ésszerű társadalmi normákhoz való alkalmazkodás képességét. Összefoglalóan tehát a normativista egészségdefiníció így hangzik: az egészség az a testi és szellemi állapot, amely lehetővé teszi az ésszerű társadalmi normákhoz való fájdalom- és szenvedésmentes alkalmazkodást, s az ilyen társadalomban való minél hosszabb és boldogabb életet. Ezek azok az aspektusok, amelyeket a WHO egészségdefiníciója úgy foglal össze: „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, s nem pusztán a betegség vagy a nyomorékság hiánya".

*

Ez a tanulmány először a Lege Artis Medicinae 1992. január 29-i (2/1.) és az 1992. március 31-i (2/3.) számában jelent meg *„Az egyéni és társadalmi egészség fogalmáról. I-II."* címmel, két részben. Jelen fejezet annak javított változata.

Jegyzetek az 5. fejezethez*

[1]*Reznek, L.* (1987): The Nature of Disease. Routledge & Kegan Paul (p. 3)
[2]Ibid. (p. 4)
[3]American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. I. (Washington D. C., American Psychiatric Association,1952)
[4]American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. III. (Washington D. C., American Psychiatric Association,1980)
[5]*Reznek, L.* (1987) i.m. (p. 20)
[6]Ibid. (p.15)
[7]*Merton, R. K.* (1957): Social Theory and Social Structure (revised ed., Glencoe, Free Press)
[8]*Magyar I.* (1981): Rövid belgyógyászat.Medicina,Budapest (pp. 43–50)
[9]*Sedgwick, P.* (1982): Illness – Mental and Otherwise. In: *Caplan, A. L., Engelhardt, H. T. jr., McCartney, J. J.* (eds) (1981): Concepts of Health and Disease. Addison Wesley Publishing Company (p.123)
[10]*de Châtel R.* (1983): Hipertonia. Medicina, Budapest (p. 91)
[11]*Boorse, C.* (1975): On the Distinction between Disease and Illness. In: *Cohen, M., Nagel, T., Scanlon, T.* (eds) (1981): Medicine and Moral Philosophy. Princeton University Press (pp.10–11)
[12]Ibid. (pp.13–14)
[13]*Boorse, C.*: Health as a Theoretical Concept. Philosophy of Science, 44: 564, 1977.
[14]*Boorse, C.* (1975) i. m. (p. 20)
[15]*Engelhardt, H. T. jr.* (1986): The Foundations of Bioethics. Oxford University Press (p.167)
[16]*Reznek, L.* (1987) i. m. (p. 93)
[17]Ibid. (p. 208)
[18]*Wolinsky, F. D.* (1980): The Sociology of Health. Little, Brown and Company (p. 43)
[19]*Lapin, B. A., Yakovleva, L. A.* (1963): Comparative pathology in monkeys. Springfield, Thomas.

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[20]*Fiennes, R.* (1982): Infectious cancers of animals and man. London, Academic Press.
[21]*Harsanyi, Z., Hutton, R.* (1983):Genetic Prophecy. London, Granada. cit: *Reznek, L.*: i. m. (p. 86)
[22]*Sullerot, Evelyne* (szerk.) (1983): A női nem. Budapest, Gondolat (p. 181)
[23]Ibid. (p. 510)
[24]Ibid. (p. 187)
[25]Ibid. (p. 510)
[26]A Scientific American Medicine magyar kiadása, Orvostudomány 2. kötet. 12. Onkológia, VII. Az emlő daganatai (p. 1)
[27]*Dawkins, R.* (1976): Az önző gén. Gondolat, Budapest (1986)
[28]*Dawkins, R.* (1982): A hódító gén. Gondolat, Budapest (1989)
[29]*Barash, D.* (1981): Sociobilogy. The Whispering Within. Glasgow, Fontana. cit: *Reznek, L.* i. m. (p. 103)
[30]*Wilson, E. O.* (1978): On Human Nature. Harvard University Press (p. 20)
[31]*Reznek, L.* i. m. (p. 139)
[32]*Culver, C. M., Gert, B.* (1982): Philosophy in Medicine. Oxford University Press (p. 81)
[33]*Engelhardt, H. T. jr.* (1986) i. m. (p. 166)
[34]*Wolinsky, F. D.* (1980) i. m. (p. 79)
[35]*de Châtel R.* (1983) i. m. (p. 93)
[36]Ibid. (p. 94)
[37]*Parsons, T.* (1958): Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure. In: *Caplan, A. L.,Engelhardt, H. T. jr., McCartney, J. J.* (eds) (1981) i. m. (p. 69)
[38]*Szasz, T.* (1971): The Manufacture of Madness. London, Routledge and Kegan Paul.
[39]*Szasz, T.* (1978): The Concept of Mental Illness:Explanation or Justification? In: *Caplan, A. L., Engelhardt, H. T. jr., McCartney, J. J.* (eds) (1981) i. m. (p. 471)
[40]*Brody, B.* (1978): Szasz on Mental Illness. In: *Caplan, A. L., Engelhardt, H. T. jr., McCartney, J. J.* (eds) (1981) i. m. (p. 478)
[41]*Engelhardt, H. T. jr.* (1974): The Disease of Masturbation: Values and the Concept of Disease. In: *Caplan, A. L., Engelhardt, H. T. jr., McCartney, J. J.* (eds) (1981) i. m. (pp. 270–271)
[42]Ibid. (pp. 276–277)
[43]*Reznek, L.* i. m. (p. 5)
[44]*Kinsey, A. C.* et al.(1948): Sexual Behaviour in the Human Male. Philadelphia, W. B. Saunders.
[45]*Kinsey, A. C.* et al. (1953): Sexual Behaviour in the Human Female. Philadelphia, W. B. Saunders.
[46]*Reznek, L.* i. m. (p. 8)
[47]Ibid. (p. 8)
[48]*Cartwright, S. A.* (1851): Report on the Diseases and Physical Peculiarities of the Negro Race. In: *Caplan, A. L., Engelhardt, H. T. jr.,McCartney, J. J.* (eds) (1981) i. m. (pp. 318–320)
[49]*Hayek, F. A.* (1990): The Fatal Conceit. The Errors of Socialism. Routledge (p. 134)
[50]Constitution of the World Health Organization. The First Ten Years of the WHO (Geneva, WHO, 1958) (p. 449)
[51]*Popper, K. R., Eccles, J. C.* (1977): The Self and Its Brain. London, Routledge & Kegan Paul Ltd. (p. 48)
[52]*Csaba Gy.* (1983): Gondolatok az emberiség jövő evolúciójáról. In: *Vida G.* (szerk.): Az evolúció és az emberiség. Natura (p. 253)
[53]*Popper P.* (1983): Az orvosi pszichológia alapkérdései. Budapest, SOTE jegyzet.

6. fejezet – Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés" elve a modern orvosi etikában

Kevés olyan fogalom van, amely akkora népszerűségre tett szert az utolsó 30 év bioetikai irodalmában, mint a tájékozott beleegyezés fogalma. A hazai szakirodalomba a fogalom már 1990-ben bekerült[1], de a kifejezést egy ideig alig használták, amit az is jelez, hogy az angol „informed consent" terminusnak még meghonosodott magyar megfelelője sincs. Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről bevezeti a fogalmat a magyar egészségügyi jogba, noha tájékoztatáson alapuló beleegyezésről beszél, ami szó szerinti értelemben ugyan nem pontosan ugyanazt jelenti (hiszen a tájékoztatott beteg nem feltétlenül tájékozott is egyben), viszont a törvény kétségtelenül a tájékozott beleegyezés értelmében használja a fogalmat, ami így a hazai jogrendszer része lett[2] Az elv kialakulásának története egyfajta orvosetikai „sikertörténet", mert a nürnbergi pert követően felélénkülő orvosetikai és orvosjogi vitáknak ahhoz a ritka fajtájához tartozik, amelyekben sikerült egyetértésre jutni. A modern bioetika képviselői az etikát érő gyakori vádak kapcsán (tudniillik, hogy az ilyen viták eldönthetetlenek és éppen ezért vég nélküliek) éppen a tájékozott beleegyezés elvére szoktak hivatkozni, mint olyanra, amelyben végül is sikerült konszenzust elérni, s amely mára általánosan elfogadott, s egyre több országban a gyakorlatban is megvalósított orvosetikai alapelvvé vált. Mindez indokolja az elv részletesebb vizsgálatát.

AZ EGYSZERŰ BELEEGYEZÉS

Az orvosi beavatkozásokba való ún. „egyszerű beleegyezés" a hagyományos, paternalisztikus orvos–beteg kapcsolat jellemző vonása, s az ókortól egészen e század közepéig ez a modell volt elterjedt szinte az egész világon. Eszerint az orvos egyszerűen közli a beteggel, hogy milyen beavatkozást vagy kezelést tart az adott esetben a legcélszerűbbnek, s a beteg ebbe minden további magyarázat vagy információ nélkül beleegyezik. E paternalisztikus modell szerint a jó orvos–beteg kapcsolat olyan, mint a jó szülő–gyerek kapcsolat: a szülő mindig a legjobbat kell akarja a gyerekének, de hogy annak mi a legjobb, azt nagyobb tudása és ítélőképessége alapján a szülő dönti el. Ezért nem a gyerek beleegyezése a fontos egy szülői döntés etikusságának a megállapításakor, hanem az, hogy a döntés a gyerek érdekét szolgálta-e vagy sem. A hippokratészi tradíció ugyanezt az érvelést követte; az orvosnak mindig azt kellett tennie, ami a betegnek orvosilag a legjobb, s ehhez a be-

teg hozzájárulása vagy nem volt szükséges, vagy valamiféle formális hozzájárulást elegendőnek tartottak. Ezért például a hippokratészi esküben még utalás sincs arra, hogy a betegnek az orvosi kezelésbe bele kell egyeznie, vagy hogy a beleegyezés előtt a tervezett beavatkozásról tájékoztatást kell kapnia. Más helyen pedig HIPPOKRATÉSZ kifejezetten azt tanácsolja az orvosnak, hogy betegei elől „a legtöbb dolgot titkoljon el,... semmit sem felfedve annak jelen vagy jövendőbeli állapotáról[3]." Erre a paternalisztikus orvos–beteg viszonyra az orvosi tekintély és dominancia jellemző egyfelől, a beteg alárendeltsége és passzivitása másfelől, továbbá annak hangsúlyozása, hogy a beteg engedelmeskedni tartozik az orvos utasításainak, bíznia kell az orvos szakértelmében és erkölcsi érzékenységében. A medicina ezt az elvet követte több mint kétezer éven keresztül. Megkövetelte az orvostól, hogy döntései során a beteg orvosi érdeke legyen a legfőbb szempontja, viszont megengedhetőnek tekintette bizonyos információk elhallgatását vagy egyenesen a beteg félrevezetését akkor, ha enélkül a beteg esetleg a szükségesnek ítélt beavatkozásba vagy terápiába nem egyezett volna bele. A tradicionális medicina a betegtájékoztatást csak akkor követelte meg, ha attól terápiás hasznot remélt, ha az a gyógykezelés része volt. Elmondták például a betegnek, hogy hogyan szedje a gyógyszert, milyen előírásokat tartson be, de ennek a tájékoztatásnak a célja a beteg gyógyulásának elősegítése és nem személyiségi jogainak a tiszteletben tartása volt. Csak akkor és annyiban kellett a beteget tájékoztatni, amikor és amennyiben az a számára hasznos volt. Ezért nevezte KATZ az orvos–beteg kapcsolat történetét az orvosok részéről a hallgatás történetének[4]. Az orvos–beteg kapcsolat eme paternalisztikus modellje a beteg orvosi érdekeit tartotta a legfontosabb értéknek, s a beteg autonómiája, önrendelkezési joga csak nagyon alárendelt szerepet játszhatott.

A TÁJÉKOZOTT BELEEGYEZÉS

A tájékozott beleegyezés doktrínájának kialakulása

Az egyén önrendelkezési jogának, autonómiájának, az emberi méltóság tiszteletének a hangsúlyozása a filozófiában és a politikában viszonylag új jelenség, mindössze néhány száz éves múltra tekinthet vissza. Mindezeknek az elveknek az orvosi gyakorlatra való alkalmazása pedig csak néhány évtizede kezdődött el. A folyamat az USA-ból indult ki, ahol a gyakori egészségügyi kártérítési perek kapcsán kezdték a bíróságok a betegek védelme érdekében azokat az elveket megfogalmazni, amelyeknek egy modern, demokratikus társadalomban az egészségügy területén érvényesülniük kell. Bár a folyamat a jog oldaláról indult el, mégis általános etikai elvek rögzítéséhez és elfogadásához vezetett, ami a medicina új modelljét teremtette meg. A hagyományos, paternalisztikus, a beteg orvosi érdekeit hangsúlyozó

modell, amelyre az orvos–beteg kapcsolatban a beteg alárendeltsége, tájékozatlansága és passzivitása a jellemző, egyre inkább háttérbe szorult a beteg autonómiáján, deklarált jogain és tájékozottságán alapuló modellel szemben. Erre az orvos és a beteg partneri, egyenrangú viszonya, a kettőjük közötti őszinte kommunikáció s a betegeknek a saját gyógyításukban való aktív részvétele a jellemző. Csak a XX. század elején kezdte a jog elfogadni, hogy ha az orvos a beteg beleegyezését egy orvosi beavatkozásba úgy kapta meg, hogy bizonyos tényeket szándékosan elhallgatott annak lehetséges következményeivel kapcsolatban, akkor a beteg beleegyezése jogilag nem számít érvényesnek. Ekkor kezdték a bíróságok például az USA-ban elvetni azt az érvelést, hogy ha a beteg orvoshoz fordul, akkor ezzel egyszersmind beleegyezését adja bármilyen beavatkozásba, amelyet az orvos – szakmai tudása alapján – a beteg érdekében szükségesnek tart. Kezdett elterjedni az a felfogás, hogy a beteg az orvossal egyfajta szerződést köt, amelyet az orvosnak be kell tartania a szerződés feltételei szerint, vagyis az orvos csak azt végezheti el, amelyhez a beteg beleegyezését adta, nem többet és nem mást. Így a beteg orvoshoz fordulása csak egyfajta általános beleegyezésnek számít, amely nem menti fel az orvost attól, hogy minden egyes beavatkozásba specifikus, csak arra a beavatkozásra vonatkozó hozzájárulást kérjen[5]. Ez a folyamat a híres Salgo-perrel folytatódott, amelynek oka az volt, hogy a járási zavarokkal jelentkező 55 éves betegen az orvos translumbalis aortographiát végeztetett. Ebbe a beteg beleegyezett, a beavatkozást követően azonban mindkét lábára megbénult, s beperelte orvosát. A per során kiderült, hogy az eljárást a szakma szabályainak betartásával végezték el, vagyis szakmai mulasztás nem történt, a bekövetkezett bénulás a diagnosztikus eljárás ritka szövődménye, amelyet a beavatkozás inherens, a szakirodalomban leírt és jól ismert rizikójának lehet tekinteni. A bíróság azonban az orvost mégis elmarasztalta, mert úgy találta, hogy tájékoztatnia kellett volna betegét az aortographia veszélyeiről, hátrányairól, esetleges szövődményeiről is, hiszen csak így rendelkezett volna a beteg a megalapozott döntéshez szükséges kellő információval, csak így dönthette volna el „tájékozottan", hogy beleegyezik-e az aortographia elvégzésébe vagy nem. A bíróság tehát nem elégedett meg a beteg egyszerű beleegyezésével, azt nem fogadta el jogilag érvényesnek, hanem tájékozott beleegyezést követelt: a beavatkozás előnyeinek, hátrányainak, veszélyeinek ismerete alapján való döntést. A Salgo-eset 1957-ben került tárgyalásra, s a szakirodalom ezt az évet tekinti a „tájékozott beleegyezés" doktrínája születési évének[6]. Az elv részletes kimunkálása, határainak körülírása az ezt követő években ment végbe, s a hatvanas években került be az orvosetikai szakirodalomba. A fejlődés következő jelentős állomása 1973, amikor az Amerikai Kórházszövetség „A betegek jogai" című dokumentuma napvilágot látott, amelyben deklarálták, hogy a betegeknek joguk van teljes felvilágosításra betegségük diagnózisáról, terápiájáról és prognózisáról egyaránt, amely tájékoztatást a beteg számára érthető nyelven kell megadni[7]. Ezzel az okmánnyal megjelent a medi-

cinában a „jogok nyelve”: a korábbi orvosetikai kódexek az orvosok kötelességeit sorolták fel, ettől kezdve viszont a betegek jogainak a deklarálására helyeződött a hangsúly[8]. A következő jelentős dokumentum az Egyesült Államok elnöke által létrehozott orvosetikai bizottság jelentése, amely az egyik legfontosabb bioetikai alapelvnek a beteg önrendelkezési jogának elvét jelölte meg, megerősítve ezzel az orvosetikai irodalomban ekkor már széles körben elterjedt tájékozott beleegyezés elvének a fontosságát[9].

A tájékozott beleegyezés fogalma

A tájékozott beleegyezés a beteg által adott önkéntes, szabad és informált felhatalmazás az orvos által tervezett beavatkozás elvégzésére. Az elv az orvos–beteg viszony új kommunikációs modellje, amelyben az orvos a beteget bevonja a döntéshozatali folyamatba, s a beteg – az orvostól kapott információk segítségével – maga dönt arról, hogy a lehetséges diagnosztikus vagy terápiás alternatívák közül melyiket alkalmazzák az ő esetében. Így az orvosi szakmai szempontokkal együtt a beteg értékpreferenciái is szerepet kaphatnak a megfelelő beavatkozás kiválasztásában. Tájékozott beleegyezés esetén a beteg nem egyszerűen azt teszi, amit az orvos tanácsol, hanem végső soron ő maga dönt arról, hogy egy beavatkozás elfogadható-e a számára, mindazon előnyök és hátrányok ismeretében, amelyekről őt az orvos tájékoztatta. Mivel a beteg a tájékoztatás alapján a beavatkozást vagy kezelést gyakran visszautasítja (ez a tájékozott visszautasítás), ezért az elnevezés megtévesztő. Valójában nem tájékozott beleegyezésről, hanem tájékozott döntésről van szó, a szakirodalomban mégis a tájékozott beleegyezés kifejezés terjedt el. A tájékozott beleegyezés mint követelmény filozófiai alapja az ember autonómiája tiszteletének az elve. Autonóm az a személy, aki fizikai és pszichológiai korlátozás nélkül, szabadon mérlegelhet cselekvési alternatívák között, majd az általa választott alternatívának megfelelően cselekedhet. Nem autonóm az az ember, aki nem képes szabadon mérlegelni (például elmebetegség, a rá gyakorolt pszichológiai presszió vagy egyszerűen informálatlansága következtében), vagy nem cselekedhet az általa választott terv szerint (például a vele szemben alkalmazott fizikai korlátozás miatt). Az autonómia tisztelete elvét a személyiség tisztelete elveként is meg szokták fogalmazni, amely szerint minden autonóm embernek joga van szabadon, saját értékei és élettervei szerint dönteni és cselekedni, s ennek a jognak csak mások hasonló jogai szabhatnak határt[10]. Az autonómia tiszteletének filozófiai elvét a jogban az egyén önrendelkezési jogaként szokták megfogalmazni. Hasonlóan széles körűen elismert jog mindenkinek saját teste integritásához való joga: az angol-amerikai jogrendszer például testi sértésnek tekinti már azt is, ha valaki más testét annak beleegyezése nélkül szándékosan megérinti. Mivel az orvosi beavatkozások a test

érintésével járnak, ezért ehhez (cselekvőképes beteg esetén) mindig az érintett beleegyezése szükséges[11]. A beleegyezés csak akkor tekinthető azonbanautonómnak, ha az illető tudja, hogy mibe egyezik bele. Mivel – mint láttuk – egy személy autonómiája, szabadsága csak akkor tényleges, ha az illető megfelelően tájékozott saját helyzete s a számára lehetséges cselekvési alternatívák tekintetében, így a beteg tájékoztatása a tervezett beavatkozások előnyeiről, hátrányairól stb. voltaképpen a beteg szabad döntéséhez szükséges feltételek megteremtését is jelenti, a beteg szabadságjogainak a biztosítását az egészségügy területén. Az autonómia elve egyszerűen megfogalmazva azt jelenti, hogy mindenkinek joga van arra, hogy élete fontos dolgaiban saját maga döntsön saját céljai, elvei és értékei alapján, az autonómia tiszteletének az elve orvosi vonatkozásban pedig azt, hogy tiszteletben kell tartani a betegeknek azt a jogát, hogy kezelésükről saját maguk döntsenek. Az autonóm döntés lehetősége adja emberi méltóságunk tudatának jelentős részét, s méltóságunk sérül, ha számunkra fontos dolgokban mások döntenek helyettünk. Autonómiánk tudatának fontosságát kitűnően fejezi ki ISAIAH BERLIN:

„Azt kívánom, hogy életem és döntéseim tőlem függjenek, s ne külső erőktől, bármifélék legyenek is azok. Azt kívánom, hogy saját akaratom eszköze legyek és ne másoké. Azt kívánom, hogy alany legyek s ne tárgy; hogy saját indítékaim, tudatos céljaim mozgassanak, s ne okok, amelyek kívülről csak hatnak rám. Azt kívánom, hogy valaki legyek, s ne akárki; cselekvő, aki dönt, s nem az, aki helyett mások döntenek, olyan, aki magát irányítja, s nem a külső természet vagy más ember által irányított... Mindenekfelett pedig azt kívánom, hogy tudatában legyek annak, hogy gondolkodó, akaró, tevékeny lény vagyok, aki felelős saját döntéseiért, s azokat indokolni képes elveire és céljaira való hivatkozással."[12]

A betegek felvilágosításának standardjai

Szakmai standard. Az amerikai bíróságok kezdetben a felvilágosítás ún. szakmai standardját alkalmazták; annyi felvilágosítást tekintettek az orvos részéről elégségesnek, amennyit a legtöbb orvos hasonló esetben nyújt a betegének. Eme felfogás szerint tehát az, hogy egy beavatkozás előtt mit és mennyit kell a betegnek elmondani, orvosi szakkérdés, amelyet a szakma egésze dönthet csak el. E vélemény azonban éles kritikát kapott, hiszen nemcsak egy adott orvosra, hanem az egész szakmára is jellemző lehet, hogy nem megfelelően tájékoztat[13]. Ezért nagyon sok bíróság áttért a betegtájékoztatás ún. objektív standardjára.

Objektív standard. Eszerint az, hogy egy tervezett beavatkozás veszélyeiről, előnyeiről stb. mit és mennyit kell a beteggel közölni, nem szakmai, hanem inkább

elvi, etikai kérdés, s ennek eldöntésében a laikusok éppolyan illetékesek, mint az orvosok. E standard szerint a beteggel mindazt szükséges közölni, amit egy ésszerűen gondolkodó, racionális embernek tudnia kell ahhoz, hogy megalapozott döntést hozhasson. Nem az összes lehetséges információt kell tehát közölni, hanem csak azt, ami a döntés szempontjából fontos lehet[14]. Mivel e megfogalmazás alapján egy elvont, racionális emberből indulnak ki a hús-vér beteg helyett, ezért sokan a felvilágosítás ún. szubjektív standardját javasolták.

Szubjektív standard. Eszerint a betegnek el kell mondani mindent, ami őt érdekelheti, s nem csupán azt, ami egy racionális személyt érdekelne[15]. Például ha egy beteg a Jehova Tanúi vallási felekezethez tartozik, akkor a tervezett beavatkozás veszélyeinek, előnyeinek az ismertetésekor az orvosnak ki kell térnie arra is, mennyire tehet szükségessé a kérdéses beavatkozás esetleg egy transzfúziót. Ez az információ nem feltétlenül érdekelne egy racionálisan gondolkodó embert, így a tájékoztatás objektív standardja esetén esetleg nem kellene elmondani, de a szubjektív standard szerint ebben az esetben elmondása kötelező lenne. Ezt a standardot azonban a bíróságok ritkán alkalmazták a gyakorlatban, mert túlságosan sokat követel az orvostól, hiszen ki kellene találnia a beteg titkos félelmeit, phobiáit is. Így, bár etikailag a tájékoztatás szubjektív standardja tűnik a legelfogadhatóbbnak, ez túl szigorú követelmény ahhoz, hogy jogilag is megkövetelhető legyen.

Mivel az elmúlt évtizedekben az, hogy mit és mennyit kell közölni a beteggel, intenzív vita tárgya volt, s mivel az etikailag leginkább elfogadható szubjektív felvilágosítási standard túlságosan általános, célszerű taxatíve is felsorolni, hogy a kialakult konszenzus alapján mire kell kiterjednie a beteg felvilágosításának.

A beteg felvilágosítása egy tervezett diagnosztikus vagy terápiás beavatkozás előtt

A felvilágosításnak tartalmaznia kell a következő információkat[16, 17, 18]:

1. Azt, hogy végső soron a beteg jogosult dönteni abban, hogy engedi-e a beavatkozást elvégezni vagy sem, s ha ő nemet mond, akkor nem lesz semmiféle beavatkozás. Ez talán az információ legfontosabb része, mert sok beteg nem tudja, hogy joga van bármiféle orvosi beavatkozás visszautasítására.
2. A beteg betegségének diagnózisa és kezelés nélküli prognózisa.
3. A tervezett beavatkozás természete és célja. Itt el kell mondani, hogy a tervezett beavatkozás diagnosztikus vagy terápiás-e, továbbá hogy invazív vagy nem invazív. Közölni kell a beavatkozás valószínű időtartamát, elvégzésének helyét

(vagyis hogy például műtőben végzik-e stb.), azt, hogy alkalmaznak-e anaesthesiát, s az milyen lesz, továbbá, hogy a beavatkozás során milyen eszközöket fognak használni, az milyen szerveket fog érinteni, és hogyan fogják azt elvégezni. Műtét végzéséhez az operatőr és az asszisztensek személyébe is bele kell egyeznie a betegnek. Az angol nyelvű szakirodalom „ghost surgery"-nek (szellemsebészet) nevezi azt a gyakorlatot, amikor a beteg beleegyezést ad abba, hogy egy adott sebész őt megoperálja, ezután a beteget elaltatják, de végül nem a megbeszélt sebész operál, hanem valaki más. Ez etikailag – s sok országban jogilag is – elfogadhatatlan. Ugyanilyen módon etikailag elfogadhatatlan az a nemritkán előforduló eljárás is, amikor egy orvostanhallgatót, aki például élete első injekciójára készül, fiatal orvosként mutatnak be. A betegnek joga van tudni, ki végez el egy adott beavatkozást, s ha beleegyezését az orvos személyével vagy képzettségével kapcsolatos megtévesztéssel érték el, akkor az nem tekinthető erkölcsileg és jogilag érvényes beleegyezésnek. Mivel manapság sok embert érdekel, célszerű közölni azt is, hogy éri-e a beteget sugárterhelés, s ha igen, mekkora (például nagyobb-e vagy kisebb, mint egy szokványos mellkasi röntgenvizsgálat során). Minden esetben közölni kell, hogy a beavatkozás kísérleti jellegű-e, vagy egy kísérletnek a részét képezi-e? A beavatkozás természetére és céljára vonatkozó információk azok, amelyek már a tradicionális, egyszerű beleegyezésnél is a jó orvos által adott tájékoztatás részét képezték, ezeket a hagyományos orvos–beteg kapcsolatban is közölni szokták a betegekkel.

4. A tervezett beavatkozás ismert, a szakirodalomban leírt, ún. specifikus veszélyei, szövődményei. Az adandó információnak ez az „új" eleme, ezt az egyszerű beleegyezésnél a beteggel nem szokták közölni, de a tájékozott beleegyezésnek részét képezi. Itt közölni szükséges a lehetséges veszélyek jellegét, súlyosságát, bekövetkezésük valószínűségét, s azt, hogy a veszély mikor jelentkezik (például a beavatkozás alatt, utána vagy esetleg csak évek múlva stb.). Egy beavatkozás súlyosnak minősíthető veszélyeit (például halál, vakság, bénulás, egy szervnek vagy funkciójának elvesztése, agykárosodás, torzító hegek stb.) mindig közölni kell, kivéve, ha bekövetkezésük rendkívül kis mértékű. (Például kisebb mint 1:1000). Elektív műtétek (például kozmetikai műtét, sterilizálás, művi abortus) előtt azonban minden veszélyt, a legtávolabbit és a legkevésbé valószínűt is közölni szükséges. Egy súlyosabb veszély közlése (például halál) nem mentesít egy kevésbe súlyos veszély (például bénulás) közlése alól, hiszen lehet, hogy utóbbitól a beteg jobban fél, mint az előbbitől. Nem kell viszont közölni a közismert s így a beteg által is feltételezhetően ismert ún. általános veszélyeket, továbbá természetesen lehetetlen közölni az előre nem látható, vagyis a szakirodalomban nem leírt veszélyeket sem. (Egy műtét során specifikus veszély például az altatás veszélye, az adott műtéti beavatkozás lehetséges szövődményei, veszélyei stb. Ezeket mindig közölni kell. Egy műtét általános veszélye

lehet az, hogy a műtőbe betolt beteg útközben például leeshet a hordágyról. Az ilyen veszélyek közismertek, s így közlésük nem szükséges.)

5. A tervezettől, az orvos által javasolttól eltérő, más, orvosilag elfogadható (vagyis a beteg állapotán javító) alternatív beavatkozások létezésére, azok előnyeire, hátrányaira is fel kell hívni a beteg figyelmét. Természetesen az orvos az általa javasolt beavatkozást tartja a legjobbnak, s ennek elvégzésére kell rábeszélnie a beteget, mégis az összes orvosilag elfogadható alternatív beavatkozás létezésére fel kell hívnia a beteg figyelmét. Ez azért szükséges, mert sokszor orvosi iskolák között eltérés van a tekintetben, hogy melyik a legjobb kezelés, bizonyos értelemben ilyenkor orvosi „ízlés” kérdése, hogy az orvos melyik beavatkozást választja, s ilyenkor fontos, hogy a beteg szempontjai is érvényesülhessenek a kezelés kiválasztásakor. Eme kötelesség mellett további érv az, hogy a beteg számára nem az egészség az egyetlen érték, így lehetséges, hogy az orvos által ajánlott orvosilag legjobb kezeléstől eltérő (de orvosilag még elfogadható) kezelést fog a beteg választani. Az alternatívák egyike mindig a kezelés vagy beavatkozás elmaradása, ennek következményeit a beteggel szintén közölni kell, vagyis fel kell hívni a figyelmét, hogy ha semmiféle kezelésben nem részesül, annak milyen következményei lehetnek.
6. A tervezett beavatkozás várható haszna: ez legtöbbször a kezelés céljával azonos, s ezért evidens. Fontos lehet azonban ennek közlése akkor, ha a beavatkozás közvetlenül csak diagnosztikus célzatú, mert ilyenkor a betegnek meg kell értenie a későbbi csalódás elkerülése érdekében, hogy a beavatkozás közvetlen célja és eredménye nem a fájdalom vagy a szenvedés mérséklődése lesz. Akkor is fontos a haszon pontos leírása, ha a kezelés nem fog teljes gyógyuláshoz vagy panaszmentességhez vezetni. Erre a beteg figyelmét mindig fel kell hívni.
7. Végül fel kell ajánlani a betegnek a további kérdezés lehetőségét. Ez nagyon fontos, mert a betegek maguktól legtöbbször nem mernek kérdezni, sokszor még akkor sem, ha nem értenek valamit. A beteg kérdései arra is jók, hogy az orvos felmérje, mit értett meg a beteg a tájékoztatásból, mi érdekli őt különösen, s ekkor ebbe az irányba ki tudja bővíteni a további tájékoztatást.

Fontos, hogy a beteg tájékoztatása folyamatos legyen. Ennek jelentőségére egy per hívta fel a figyelmet. Egy betegen alkalmazott fogamzásgátló (intrauterin eszköz) behelyezése után nem sokkal az eszköz használatának egy addig nem ismert szövődményét írta le a szakirodalom. Az orvos elmulasztotta erről utólag értesíteni betegét, akin szerencsétlenül nemsokára jelentkezett a leírt szövődmény. Az asszony beperelte orvosát, s a bíróság az orvost elmarasztalta. A bíróság érvelése az volt, hogy ha még egy autógyárnak is kötelessége az utólag felfedezett gyártási hibáról az addigi vásárlókat tájékoztatni, akkor a sokkal szigorúbb etikai normák szerint működő medicinában ez sokkal inkább kötelesség. Ekkor fogalmazták meg az

orvos ún. „visszarendelési kötelességét", vagyis azt, hogy az ehhez hasonló esetekben az orvos köteles visszarendelni betegét, hogy figyelmeztethesse őt az újonnan felfedezett veszélyekre. Ennek különösen nagy jelentősége van ma, az orvosi technika rendkívül gyors fejlődése korában, mikor sokféle mesterséges eszközt használnak (például műbillentyű, műlencse, műízület stb.)[19].

Mikor nem szükséges a betegtől tájékozott beleegyezést kérni

Bizonyos esetekben a beteg tájékoztatásától, illetve beleegyezésétől el lehet tekinteni. A szakirodalom a következő kivételeket ismeri[20]:

1. *Közegészségügyi szükséghelyzetekben,* ha a beteg bele nem egyezése mások érdekét veszélyeztetné, bizonyos orvosi beavatkozások eltűrésére a beteg kötelezhető, így ilyenkor beleegyezése nem szükséges (például kötelező védőoltások, karantén stb.).
2. *Sürgős szükség* esetén, amikor a beteg nincs abban a helyzetben, hogy tájékoztatást hallgasson meg, vagy explicite beleegyezzen, de beleegyezése feltételezhető (például eszméletlen beteg, vagy félrenyeléses fulladásos akut életveszély esetében stb.). Idetartozik például egy műtét kiterjesztésének kérdése is, amikor a beteg tájékozott beleegyezést adott a műtétbe, de a műtét során halaszthatatlanul szükségessé válik annak olyan irányú kiterjesztése, amelyet a beteggel természetesen nem közölhettek előre, így abba nem egyezhetett bele. A szakirodalomban iránymutató ilyen eset volt például az, amikor egy orvos a császármetszés során elkötötte a beteg tuba uterináját, hogy a beteg ne eshessen többé teherbe, ugyanis a műtét során a méh falában egy fibroid tumort talált. A beteg az orvost beperelte, s a bíróság az orvost elmarasztalta, mert úgy találta, hogy mivel a tumor nem jelentett azonnali veszélyt a beteg életére és egészségére, ezért a műtétet nem lett volna szabad kiterjeszteni. Ilyen esetben csak akkor fogadható el a műtét beleegyezés nélküli kiterjesztése, ha az a beteg életének a megmentéséhez szükséges[21].
3. Amikor *a beteg lemond a tájékoztatásról.* Előfordulhat, hogy a beteg szeretne lemondani a tájékoztatásról, mert úgy érzi, hogy az információk csak szorongással töltenék el, s jobban szeretné teljes egészében az orvosra bízni a döntést, s a hagyományos, paternalisztikus orvos–beteg viszonyt létrehozni maga és az orvos között. Erre a betegnek joga van, s ezt az orvosnak akceptálnia kell. Lemondani a beteg azonban csak akkor mondhat le a tájékoztatáshoz való jogáról, ha ennek a jognak tudatában van, vagyis erről őt az orvos felvilágosította. Ilyenkor a betegnek világosan meg kell értenie, hogy jogról mond le, s nem pusztán kedvezményről. Nem szabad a beteget a tájékozott beleegyezés jogáról való

lemondásra kényszeríteni, például úgy, hogy azt mondják neki, nincs is ilyen joga. Az is kényszernek számít, ha az orvos azt állítja egy beavatkozásról, hogy az egyszerű és veszélytelen, s így a beteg lemond a további tájékoztatásról, holott a valóságban a beavatkozás veszélyes és nem rutin jellegű[22].

4. A legtöbbet vitatott kivételek közé a *terápiás privilégium* tartozik. Voltaképpen az orvosnak azt a lehetőségét jelenti, hogy bizonyos információkat visszatartson, ha úgy látja, hogy annak közléséből a betegnek fizikai vagy pszichológiai kára származna. Ezzel kapcsolatban az a legfőbb probléma, hogy túlságosan tágan értelmezve szinte bármiféle információ visszatartására feljogosíthatja az orvost, s így erősen veszélyezteti a betegnek a tájékoztatáshoz való jogát. Semmiképpen sem szabad a terápiás privilégiumra hivatkozva bizonyos információkat azért visszatartani, mert az orvos attól fél, hogy az információ közlése miatt a beteg egy szükséges orvosi beavatkozásba nem egyezne bele. Ez megengedhetetlenül paternalisztikus viselkedés lenne[23]. Ha az orvos a terápiás privilégiumhoz nyúl, etikailag legmegnyugtatóbb ezt nyíltan tenni, vagyis megmondani a betegnek, hogy jobban szeretne bizonyos információkat csak általánosságban megadni és azok részleteit hozzátartozójával megbeszélni, mert úgy gondolja, hogy az információk csak feleslegesen felizgatnák őt. Természetesen ez a közlés önmagában is szorongással töltheti el a beteget, de ha az ilyen módon mégis beleegyezik bizonyos információk csak általánosságban való közlésébe, akkor ez etikailag megengedhető[24]. A terápiás privilégium használata a beteg beleegyezése nélkül csak nagyon szűk megfogalmazásban elfogadható: az orvos csak akkor tarthat vissza bizonyos információkat, ha azok közlésével a beteget olyan súlyosan károsítaná, hogy kompetens döntésre alkalmatlanná tenné. Mivel így szűken megfogalmazva a terápiás privilégium csak azokban az esetekben teszi lehetővé az információ visszatartását, ha az információ a beteget szinte cselekvőképtelen állapotba hozná, s mivel a beteg cselekvőképtelensége önmagában is indokolja, hogy csak jogi képviselőjét tájékoztassák, s az ő beleegyezését kérjék, ezért legcélszerűbbnek látszik a terápiás privilégiumról teljesen lemondani, s ezt a kivételt nem elfogadni. Magyarországon 1990 márciusa óta a hatályos jog nem teszi lehetővé, hogy az orvos bármit is eltitkoljon a beteg elől[25]. Mivel azonban lehetnek (bár kivételesen ritkán) olyan helyzetek, amikor a beteg érdekében erre szükség van, ezt csak az említett „nyílt” (a beteg által engedélyezett) módon vagy arra való hivatkozással lehet megtenni, hogy az információ a beteget cselekvőképtelen, így érvényes döntésre képtelen állapotba hozná. Ekkor azonban nem terápiás privilégiumról, hanem a beteg cselekvőképtelenségéről van szó.
5. Végül el lehet tekinteni a tájékozott beleegyezéstől *cselekvőképtelen beteg* kezelésekor. Ilyenkor a beteg törvényes képviselője ad tájékozott beleegyezést. De ki tekinthető cselekvőképtelennek? Első pillanatban nagyon könnyűnek tűnik a válasz, hiszen cselekvőképtelen mindenki, akit a jog annak tekint. A de facto

cselekvőképtelenség és a de jure cselekvőképtelenség azonban sok esetben eltér egymástól, ezért nem kerülhetjük meg a kérdés alaposabb vizsgálatát.

A cselekvőképesség megállapításának elvei

Az orvosi beavatkozásba való beleegyezés vagy annak elutasítása jognyilatkozat, érvényes jognyilatkozatot azonban csak cselekvőképes ember tehet, vagyis az, akinek az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége megvan. A magyar jog szerint cselekvőképtelen az a kiskorú, aki tizennegyedik életévét nem töltötte be (Ptk.15. §), illetve az, akit a bíróság cselekvőképességet kizáró gondnokság alá helyezett (Ptk.16. §), továbbá az is, aki olyan állapotban van, hogy az ügyei viteléhez szükséges belátási képessége teljesen hiányzik (Ptk.17. §). Korlátozottan cselekvőképes a tizennegyedik életévét már betöltött kiskorú (Ptk.12. §) s az a nagykorú is, akit a bíróság korlátozottan cselekvőképesnek nyilvánított (Ptk.13. § (1) bek.). A felsorolt kategóriák alkalmazása azonban a gyakorlatban nem könnyű, hiszen általában, ha a nagykorú beteget a bíróság nem nyilvánította előzőleg korlátozottan cselekvőképesnek vagy cselekvőképtelennek, akkor az első döntést az orvosnak kell meghoznia: elfogadja-e betege sokszor furcsa döntését mint cselekvőképes ember döntését, vagy a furcsa – saját véleménye szerint ésszerűtlen – döntést tekintse-e a megfelelő belátási képesség hiánya bizonyítékának. A beteg cselekvőképességét így legtöbbször az orvosnak kell először megítélnie. A szakirodalomban általában a szükséges belátási képesség következő kritériumait szokták alkalmazni.

1. Cselekvőképes az, aki egyáltalán valamiféle döntésre képes, aki tanújelét adja, hogy egyáltalán előnyben részesíteni, akarni képes valamit. Ezen kritérium szerint tehát nem cselekvőképes például egy eszméletlen ember, egy catatoniás stuporban levő schizophren vagy egy újszülött, de cselekvőképes mindenki, aki bármiféle akaratnak, vágynak tanújelét adja. Ez a kritérium azonban elfogadhatatlanul tág, hiszen szinte kivétel nélkül minden döntést a cselekvőképesség jelének tekint, holott éppen az lenne a feladat, hogy megállapítsa, mi különböztet meg egy cselekvőképes döntést egy cselekvőképtelentől[26].
2. Cselekvőképes az, aki ésszerű, racionális döntésre képes, akinek döntése helyeselhető. Ez a kritérium azonban túlságosan homályos, hiszen a racionalitás fogalmát nem definiálja, így félő, hogy a cselekvőképességet eldöntő orvos a saját értékrendjét fogja etalonnak tekinteni, s így azt a döntést fogja csak racionálisnak tartani, amely megegyezik az övével. Ebben az esetben azonban a tájékozott beleegyezés joga arra redukálódna, hogy a betegnek joga lenne egyetérteni orvosával, hiszen egyet nem értés esetén rögtön cselekvőképtelennek lenne tekinthető. A valóságban azonban ritkán dönthető el, hogy objektíve mi a helyes dön-

tés, hiszen a „helyes” döntés mindig érték-relatív. Ez a kritérium a racionalitást s legtöbbször az egészséget tekinti a legfőbb értéknek. Ennek helyessége azonban vitatható, hiszen mind az egészség, mind a racionalitás csak egy a sok érték közül, s sok ember számára nem is a legfontosabb. Minden embernek joga van – bizonyos határok között – ésszerűtlen döntésekre is. Nemcsak a bölcs, megfontolt döntéseket hozó ember tekinthető cselekvőképesnek, hanem a meggondolatlan döntéseket hozó is, ezért ez a kritérium túl szigorú és túl paternalisztikus[27].

3. Cselekvőképes az, akinél maga a döntési folyamat ésszerű, vagyis ésszerű érvek figyelembevételével megy végbe (noha az eredmény nem feltétlenül ésszerű). Itt tehát azt vizsgálják, hogy a kapott információkat a beteg a döntése során figyelembe vette-e, az előnyöket, hátrányokat mérlegelte-e, gondolkodását nem befolyásolta-e elmebetegség vagy más kóros motívum. Például, ha egy 60 éves nőbeteg egy emlőcarcinoma megoperálását azzal utasítja el, hogy véleménye szerint ez megakadályozza majd abban, hogy gyereke szülessen, és sikeres filmszínésznői karriert fusson be, akkor itt a beteg döntését oly mértékben befolyásolták irracionális motívumok, hogy cselekvőképessége megkérdőjelezhető[28]. A probléma e kritérium figyelembevételekor az, hogy ha például egy elmebeteg elutasít egy electroshockkezelést, akkor sokszor lehetetlen megmondani, hogy ebben az elutasításban milyen szerepet játszottak irracionális motívumok (például a beteg attól való félelme, hogy az electroshock által ellenségei fenyegető üzeneteket küldenek majd neki), s milyen mértékben született a döntés racionális, elfogadható motívumok alapján (például azért, mert a beteg egyszerűen fél az elektroshockkezeléstől).
4. Cselekvőképes az, aki a neki adott tájékoztatást megérti, aki képes felmérni döntései következményeit. A gyakorlatban ez a kritérium tűnik a cselekvőképesség legmegfelelőbb standardjának. Ez egyben azt is jelenti, hogy bizonyos eltérések lehetnek a de jure cselekvőképesség és a de facto cselekvőképesség között. Az eltérés egyik oka az, hogy a jog a cselekvőképes személy fogalmát definiálja, az orvosi beavatkozásokba való beleegyezéskor viszont a cselekvőképes döntés fogalma a lényeges. Vagyis valaki lehet jogilag cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes, ami azt jelenti, hogy az illető általában, az esetek többségében nem rendelkezik az autonóm döntéshez szükséges belátási képességgel, ugyanakkor ténylegesen, az adott szituációban képes lehet arra, hogy a lényeges összefüggéseket megértve autonóm, cselekvőképes döntést hozzon. Lehetséges például, hogy egy 17 éves lány, aki fogamzásgátlót kér orvosától, bár de jure nem tehet jogilag érvényes beleegyezést az orvosi kezelésbe, de facto azonban tette következményeit tökéletesen meg tudja érteni. Ezért több országban a jog ismeri az ún. „érett kiskorú” fogalmát, s ennek alapján például Nagy-Britanniában 16 év feletti kiskorú bármely orvosi beavatkozásba érvényes beleegyezést adhat.

Sőt terápiás kísérletek kapcsán szokták tanácsolni, hogy 7–8 év fölött az érintett gyerekek beleegyezését is ki kell kérni, s beleegyezésük nélkül a terápiás kísérletet rajtuk nem szabad elvégezni. Hasonlóképpen az elmebeteg is képes lehet „világos" pillanataiban érvényes beleegyezésre, illetve elutasításra orvosi kezeléseket illetően, elmebeteg ilyen döntését a bíróságok például Angliában sok esetben akceptálták. Így erkölcsileg mindenki érvényes beleegyezést adhat, aki képes megfelelő szinten megérteni, mibe is egyezett bele[29]. De mit jelent a megfelelő szintű megértés? Ez mindig attól függ, hogy mekkora a döntés tétje, mekkora például az a haszon, amelyről a beteg le akar mondani. Ha a döntés tétje kicsi, akkor nagyon alacsony szintű megértést is elegendőnek lehet tartani, de ha a beteg egy nagyon fontos, számára nagy terápiás haszonnal kecsegtető beavatkozásba nem adja beleegyezését, akkor itt célszerű a mércét nagyon magasra emelni, s az ilyen döntést csak akkor elfogadni cselekvőképesnek, ha a beteg tökéletesen tisztában van döntése következményeivel. Azt is lehetne mondani, hogy ha a beteg döntése hasonló az orvoséhoz, akkor viszonylag alacsony szintű megértést is el lehet fogadni egy cselekvőképes döntés alapjaként, ha viszont a beteg döntése radikálisan különbözik az orvos javaslatától, ha az orvos véleménye szerint a beteg nagyon „rosszul járna", ha döntését elfogadnák, akkor a beteg döntése csak akkor fogadható el cselekvőképesnek, ha az a döntés következményeinek nagyon pontos és alapos megértésén alapul[30]. A cselekvőképesség eldöntésére tehát a gyakorlatban két lépcsőben kerül sor. Egyéb adat híján az első szakaszban az orvosnak a beteg cselekvőképességét kell feltételeznie, s a beteg tájékoztatását a tervezett beavatkozásokról meg kell kísérelnie. Ha a tájékoztatás lehetetlen, ha a beteg nem képes az adott információk megértésére, ha nem ért vagy félreért valami lényegeset, s ezt a félreértést az orvos nem tudja újabb magyarázattal korrigálni, egyszóval ha a beteg megfelelő tájékoztatása lehetetlen, akkor ő az orvosi beavatkozásba tájékozottan nem tud beleegyezni, ezért ilyenkor ebben a vonatkozásban cselekvőképtelennek minősül. Az a megnyugtató, ha ezt pszichiáter állapítja meg[31] .

Cselekvőképtelen beteg kezelésekor követendő eljárások

Ha a beteg cselekvőképtelenségét bíróság mondta ki, akkor az eljárás egyszerű, hiszen a bíróság ilyenkor kinevezi a beteg törvényes képviselőjét is, s ő lesz az, aki a beteg nevében a tájékozott beleegyezést adja. Problémák leginkább akkor keletkeznek, ha az orvos a beteget cselekvőképtelennek ítéli, noha erről bírósági döntés nincs. Ilyenkor természetesen legjobb gyámhatósághoz vagy bírósághoz fordulni, a beteg cselekvőképtelenségét megítéltetni, s a törvényes képviselő kijelölését megvárni, erre azonban nem mindig van idő. Az 1997. évi egészségügyi törvény

rendelkezései szerint a cselekvőképes beteg megnevezheti azt a cselekvőképes személyt, aki helyette dönthet orvosi beavatkozásba való beleegyezést, ill. visszautasítást illetően. Ha a cselekvőképtelenné vált betegnek nincs ilyen előzetes nyilatkozata, akkor a törvény szerint a közeli hozzátartozói gyakorolhatják helyette az orvosi beavatkozásba való beleegyezés, ill. visszautasítás jogát, a törvény által megállapított sorrendben.[63] A megfelelően kialakított kórházi etikai bizottságok is nagy szerepet játszhatnak a megfelelő belátási képességgel nem rendelkező betegek cselekvőképtelensége megállapítása irányelveinek és gyakorlatának a kialakításában. Erre nagy szükség van, hiszen egyre több az idős, sokszor ténylegesen cselekvőképtelen beteg, akinek cselekvőképtelenségét bíróság nem állapította meg. A szakirodalom hangsúlyozza annak a szabálynak a fontosságát, miszerint a sürgős szükség esetét kivéve a nem cselekvőképes beteg esetén is minden beavatkozáshoz a megfelelő hozzátartozó tájékozott beleegyezése szükséges[32]. A hatályos magyar egészségügyi törvény csak invazív beavatkozások esetén követeli meg, hogy a kezelőorvos a cselekvőképtelen beteg helyett a beteg által megnevezett személy, a törvényes képviselő, ill. a közeli hozzátartozók beleegyezését kikérje. A törvény szerint azonban ez a nyilatkozat „..nem érintheti hátrányosan a beteg egészségi állapotát,.nem vezethet súlyos vagy maradandó egészségkárosodáshoz." [64]

A kezelés visszautasításának joga

Nagykorú, cselekvőképes betegnek joga van bármely orvosi beavatkozást, kezelést visszautasítani, még életmentő vagy életfenntartó beavatkozást is. Az angolszász jogrendszerben ezt a jogot számos bírósági döntés megerősítette. (Például bíróságok visszautasították gangraenás végtag életmentő amputatiójának elrendelését, amikor a beteg ez ellen tiltakozott, s az orvos bírósághoz fordult[33], vagy elismerték egy respirátorra kapcsolt betegnek azt a jogát, hogy a respirátorról kérésére lekapcsolják, noha ez előreláthatólag a halálát eredményezte[34].) Magyarországon a hatályos egészségügyi törvény szerint a beteg akkor utasíthat vissza életmentő vagy életfenntartó beavatkozást, ha „..olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan."[65]

A törvény szerint lehetőség van arra is, hogy a beteg közokiratban meghatározza, hogy ha később cselekvőképtelen állapotba kerül, ne alkalmazzanak nála bizonyos életmentő, életfenntartó beavatkozásokat akkor, ha olyan gyógyíthatatlan betegségben szenved, melynek „..következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők."[66]

A szabályozás szerint azonban terhes anya nem utasíthat vissza életmentő vagy életfenntartó beavatkozást, ha „..előre láthatóan képes a gyemek kihordására."[67]

A magyar szabályozás szerint továbbá a beteg csak azt az ellátást utasíthatja vissza, melynek elmaradása mások életét vagy testi épségét nem veszélyezteti.[35] A fent említett korlátozásokkal tehát nagykorú, cselekvőképes beteg hazánkban is bármely orvosi beavatkozást elutasíthat, illetve semmilyen orvosi beavatkozásba nem köteles beleegyezni. A visszautasításnak azonban tájékozottnak kell lennie: a betegnek tudnia kell, egészségére milyen következményekkel jár ez a lépés. Ha a beteg bizonyos beavatkozásokat téves meggyőződésből utasít vissza (például egyszerűen nem hiszi el, hogy magas a vérnyomása, mert nem fáj a feje), akkor a kezelés visszautasítása nem tájékozott visszautasítás, s ilyenkor az orvosnak mindent meg kell tennie a tévedés eloszlatására. Ezért egy visszautasítás okát a beteggel mindig meg kell beszélni, az esetleges tévedéseket el kell oszlatni, s meg kell kísérelni a beteg meggyőzését a kezelés szükségességéről. Végső soron azonban a döntés joga a betegé. Kevés frusztrálóbb helyzet van egy orvos számára, mint amikor betege egy szükséges orvosi beavatkozást elutasít. Ennek elfogadása az egyik legnehezebb orvosi feladat. Természetesen az orvosnak mindent meg kell tennie, hogy betegét ilyenkor a beavatkozásra rábeszélje, de ha ez nem sikerül, a beteg döntését el kell fogadni. Ilyenkor sem alkalmazhat az orvos semmiféle kényszert (bármilyen jó szándékú legyen is az) a beteg beleegyezésének elérésére. (Például nem fenyegetheti meg a beteget azzal, hogy ha egy adott kezelésbe nem egyezik bele, akkor semmiféle egyéb kezelést sem kap, például még a fájdalomcsillapítók adását is megszüntetik stb.) Ha egy adott orvos a beteg kezelését ilyen feltételek között nem tudja vállalni, célszerű segíteni a beteget abban, hogy az egy másik orvost találjon, aki a kezelést így is vállalja. Külön probléma lehet életmentő kezelés elutasítása vallási okokból. A Jehova Tanúi vallási felekezet tagjai például – vallásuk tanításainak megfelelően – nem fogadnak el transzfúziót, még akkor sem, ha az az életüket mentené meg. Itt a vallásszabadsághoz való alkotmányos jog kerül szembe azzal a magyarországi elvvel, hogy életmentő beavatkozást a beteg nem utasíthat el, ha nem szenved rövid időn belül mindenféle orvosi kezelés ellenére is halálhoz vezető gyógyíthatatlan betegségben, illetve ha nincs olyan gyógyíthatatlan betegsége, melyben önmagát fizikailag képtelen lenne ellátni, vagy melyben fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem lennének enyhíthetők. Ez a probléma azonban még azokban az országokban is létezik, ahol elismerik a nagykorú, beszámítható betegnek azt a jogát, hogy akár életmentő orvosi kezelést is visszautasítson. Előfordul ugyanis, hogy Jehova Tanúi közé tartozó szülő megtagadja kiskorú gyermeke életmentő transzfúziójának engedélyezését, vagy szülés előtt álló terhes anya tagadja meg a más okból szükségessé váló életmentő transzfúziót saját maga számára. Ezekben az esetekben az angolszász jogrendszer egyedi bírói döntést hoz, általában azonban nem szokták megengedni, hogy valaki vallási meggyőződésből saját meg nem született vagy már élő, de kiskorú gyereke életét veszélyeztesse. Olyan esetben is el szokták rendelni a Jehova Tanúi transzfúzióját – az érintett akarata ellenére is –, ha

kiskorú gyerekei vannak, azzal az indoklással, hogy gyerekeit nem ítélheti árvaságra. Általában azonban elismerik egy nagykorú s pszichiáter által cselekvőképesnek ítélt betegnek azt a jogát, hogy akár életmentő transzfúziót is visszautasítson, ha nincsenek kiskorú gyermekei[36]. Magyarországon ez a kérdés a gyakorlatban rendezetlen, s így minden egyes orvosnak egyedileg kell megbirkóznia ezzel a problémával. Ez nem megnyugtató állapot sem az orvos, sem a Jehova Tanúi közé tartozó betege számára, így célszerű lenne a kérdést jogilag is rendezni az előbb felsorolt elvek figyelembevételével.

Viták a tájékozott beleegyezéssel kapcsolatban

A tájékozott beleegyezés elve a születése óta eltelt több mint 30 év alatt rendkívül intenzív viták kereszttüzében állt, s ezek csak a nyolcvanas években jutottak bizonyos nyugvópontra, a doktrínának a klinikai gyakorlatban való elterjedése kapcsán szerzett gyakorlati tapasztalatok alapján. Kezdetben az elvet az orvosok részéről nagy ellenállás fogadta, ami érthető, ha arra gondolunk, hogy a medicina több ezer éves paternalisztikus modelljével szemben merőben más alapokon álló orvos–beteg kapcsolat megteremtését tűzte ki célul. Az ellene felhozott vádak között szerepelt, hogy a gyakorlatban betarthatatlan, egyrészt azért, mert a betegek nem akarnak és nem is tudnak az orvosi döntésben részt venni, másrészt pedig azért, mert a részletes tájékoztatás az orvos túl sok idejét emészti fel, s ez jelentősen megdrágítja az amúgy is igen drága orvosi ellátást. Jósolták továbbá, hogy a rémítő információk hatására a betegek szükséges és biztonságos orvosi kezeléseket utasítanak majd vissza, pszichológiailag nem tudnak megbirkózni a túl őszinte tájékoztatás okozta lelki terhekkel, így ez a gyakorlat depresszióba, öngyilkosságba kergeti őket stb. Adomák terjedtek az információk súlya alatt idegileg összeroppant betegekről, s többen azt állították, hogy ez az elv alapvetően szemben áll a jó betegellátással s a betegek érdekével[37]. Az eltelt közel 30 év e félelmeket nem igazolta. A tájékozott beleegyezés mára az USA-ban folyó mindennapi orvosi gyakorlat szerves része lett, a betegek ma összehasonlíthatatlanul több tájékoztatást kapnak orvosaiktól, mint 30 évvel ezelőtt[38]. A tájékozott beleegyezés doktrínájának hívei az elv gyakorlati alkalmazásának számos előnyére mutatnak rá. Elsősorban arra hívják fel a figyelmet, hogy a mai egészségügy viszonyai között a tradicionális orvos–beteg kapcsolat létre sem jöhet. Régen az orvosnak azért nem volt szüksége arra, hogy kellőképpen tájékoztassa a betegét, mert alaposan ismerte őt, sokszor több évtizedes kapcsolat kötötte össze őket, így pontosan ismerte betege értékrendjét, életfelfogását. Ezenkívül a medicina nem is volt olyan fejlett, hogy kezelési alternatívákat tudott volna a betegnek nyújtani. Ezzel szemben ma egy modern kórházban magasan képzett, rendkívül specializálódott teamek kezelik a beteget, akik

őt legtöbbször a kezelés alkalmával látják először, így jóformán semmit nem tudnak róla, nem ismerik értékrendjét, személyiségét. Ugyanakkor a mai modern medicina nagyfokú fejlettsége legtöbbször diagnosztikus vagy terápiás alternatívák egész sorát kínálja, amelyek közül sokszor nem lehet pusztán szakmai szempontok alapján választani. A döntéshez szükség van a beteg értékrendjének, preferenciáinak, életstílusának ismeretére, s mindezt legjobban maga a beteg ismeri, ezért szükséges, hogy a döntés végső soron az ő kezében legyen. Általános tapasztalat, hogy egy és ugyanazon orvosi problémát különböző orvosi iskolák vagy különböző orvosok másképpen ítélnek meg, más diagnosztikus algoritmust vagy terápiás arzenált alkalmaznak. Ha a medicina oldaláról ez elfogadható, akkor miért ne lenne elfogadható a beteg oldaláról? Hiszen a betegek is jelentősen különböznek egymástól, így természetes, hogy hasonló szituációban különbözőképpen döntenek. Többen állították, hogy a beteg teljes felvilágosítása nem lehetséges, hiszen ha egy átlagos orvosnak hosszú évekre van szüksége a megfelelő tudás megszerzésére, akkor lehetetlen, hogy a beteget néhány perc alatt informálni tudná. A beteg teljes informálása valóban lehetetlen, de erre nincs is szükség. Amire szükség van, az csak azoknak a lényegi információknak a közlése, aamelyek lehetővé teszik a betegnek, hogy tájékozott legyen kezelési lehetőségei felől, s ennek alapján dönteni tudjon[39]. Ez a helyzet nem különbözik alapvetően az élet más területein tapasztalható informálástól. Ha valaki válóperes ügyvédet vagy befektetési tanácsadót keres fel, a szakember röviden informálni fogja az illetőt lehetőségeiről. Az informálás után sem lesz az illetőből képzett ügyvéd vagy közgazdász, de ha az informálás jó volt, akkor a kliens rendelkezni fog azokkal a jogi vagy közgazdasági ismeretekkel, amelyek az ő esetében fontosak a döntéshez. Ahogy egy válóperes ügyvéd csak informálhatja kliensét azokról a jogi tényekről, amelyekről tudnia kell, mielőtt döntene, hogy válik-e vagy sem, de nem dönthet a válásról kliense helyett, ugyanúgy az orvos is csak tanácsot adhat, informálhat, de a döntés joga a betegé. Arra a gyakran elhangzó észrevételre pedig, hogy a betegtájékoztatás túl sok időt igényel az orvostól, azt lehet válaszolni, hogy ha a beteg tájékoztatása a jó betegellátás része (s egyre több tapasztalati anyag bizonyítja, hogy ez így van), akkor a ráfordított idő megéri az ily módon keletkező költségeket.

A tájékozott beleegyezés doktrínája mellett alapvetően kétféle módon lehet érvelni. A deontologikus érvelés szerint azért kell a beteget őszintén informálni, a veszélyeket is feltárva előtte, mert ehhez neki joga van, mert mindez alapvető szabadságjogainak a tiszteletben tartását jelenti az egészségügy területén. Ez az érvelés tehát nem azért kívánja meg a beteg tájékoztatását, mert az a betegnek hasznos, hanem pusztán azért, mert ez alapvető emberi joga. Az ilyen érvelés szerint irreleváns, hogy a tájékoztatás nem okoz-e a betegnél szorongást, nincs-e káros hatása is, hisz alapvető szabadságjogokat nem azért kell tiszteletben tartani, mert az az érintettek számára közvetlenül és minden esetben hasznos, hanem azért, mert alapvető sza-

badságjogok. Helytelen lenne például, ha a tömegkommunikáció azért nem tájékoztatna egy repülőgép-katasztrófáról vagy egy éttermi ételmérgezésről, mert ez szorongáskeltő hatású, hiszen a legtöbb ember potenciális repülőgéputas vagy étterembe járó. Nemcsak azokhoz a hírekhez van jogunk, amelyek megnyugtatnak minket, hanem minden hírhez, amely ránk is vonatkozik, amely életünkre hatást gyakorló eseményekről tudósít, függetlenül attól, hogy szorongáskeltő hatású vagy nem. A felnőttlét velejárója az élet árnyékosabb oldalainak a megismeréséhez való jog. Gyerekek sokszor igénylik a meséket, a védelmet, az élet sötét oldalának az elhallgatását, de ha felnőttekkel bánnak úgy, ahogyan az gyerekekkel szokás, az sérti a felnőtt emberi méltóságát. Lehet, hogy a gyerekek a tudatlanság állapotában boldogabbak, de az egészséges felnőtt mégsem vágyik vissza a gyermeki állapotba. A deontologikus érvelés tehát nem vizsgálja, hogy a betegnek hasznos-e, megnyugtató-e a teljes informálás és az őt érintő orvosi döntésekbe való bevonás, hanem megelégszik azzal, hogy mindez alapvető emberi szabadságjog, amelynek tiszteletben tartása – hasznosságától függetlenül – kötelesség. A tájékozott beleegyezés doktrínája melletti utilitarista érvelés viszont empirikus adatokkal igyekszik alátámasztani, hogy a beteg tájékoztatása kifejezetten hasznos a számára. Ismert és sokszorosan megerősített tény, hogy a betegek együttműködési hajlandósága (compliance) orvosukkal sokszor meglepően kicsi. Vizsgálatok szerint például a betegek kb. 50%-a nem tartja be kielégítően az orvosi előírásokat, kb. 30%-uk pedig egyáltalán nem veszi be az orvos által rendelt gyógyszereket[40]. A beteg tájékoztatása növelheti az együttműködési készségét, hiszen ha a beteg maga is részt vett a terápia kiválasztásában, ha az általa választott kezelési alternatívát éppen azért választotta, mert értékrendjének, életstílusának ez felelt meg a leginkább, akkor sokkal nagyobb a valószínűsége, hogy a saját maga választotta kezelési előírásokat be is fogja tartani.

Egy másik, nagyon lényeges összefüggésre is fel kell hívni a figyelmet. A tradicionális, paternalisztikus orvos–beteg kapcsolat olyan betegségstruktúrában ideális, amilyen a XX. század kivételével voltaképpen az egész eddigi emberi történelemre jellemző volt. Erre a betegségstruktúrára az akut fertőző betegségek rendkívüli elterjedtsége volt a jellemző. Az e betegségekből való meggyógyuláshoz nem szükséges a beteg kooperálása, mint ahogy számos akut nem fertőző betegség is sikeresen gyógyítható a beteg együttműködése nélkül. Ad absurdum egy appendectomia a tiltakozó betegen is elvégezhető, s így a beteg vakbélgyulladása akár akarata ellenére is gyógyítható lenne. A XX. századra azonban egy egészen másfajta betegségstruktúra jellemző: a krónikus, nem fertőző betegségek (cardiovascularis, cerebrovascularis, daganatos betegségek stb.) rendkívüli elterjedtsége. Ezekre a köznyelv által *civilizációs betegségeknek* nevezett folyamatokra jellemző, hogy specifikus orvosi kezelésükre ritkán van lehetőség, az ellenük való küzdelem alapvető eszköze a beteg életmódjának megváltoztatása. E betegségek kezelésében

az orvos tevékenységének lényege legtöbbször az, hogy segít a betegnek, hogy az segíteni tudjon önmagán. Miközben egy fertőző betegség gyógyításában és megelőzésében a kulcsfigura az orvos, aki antibiotikumokkal vagy vakcinációval a beteg együttműködése nélkül is sikert érhet el, addig a krónikus, nem fertőző betegségek gyógyításában és megelőzésében a kulcsfigura a beteg. Az ő táplálkozási szokásainak, életmódjának, stresszkezelésének, dohányzási szokásainak stb. megváltoztatása csakis a beteg aktív közreműködésével lehetséges. Ez pedig a beteg tájékoztatása, az orvosi döntésbe való bevonása, megnyerése nélkül lehetetlen. Eme új betegségstruktúra tehát sokkal egyenrangúbb, partneribb orvos–beteg viszonyt tesz szükségessé, s sokkal nagyobb tájékozottságot és aktivitást követel a betegektől. Talán nem véletlen, hogy éppen a tájékozott beleegyezés doktrínájának őshazájában, az USA-ban sikerült az utóbbi 25 évben a krónikus, nem fertőző betegségek okozta mortalitást drámaian csökkenteni, s ez nagyrészt annak volt köszönhető, hogy a rendkívül intenzív felvilágosító és egészségnevelő kampányokkal, a betegek tájékoztatásával, az egészségügyet átható őszinteséggel és nyíltsággal a betegek és a potenciális betegek tömegeit tudták megnyerni életmódjuk megváltoztatásához.

A tájékozott beleegyezés doktrína néhány pszichológiai és kommunikációs aspektusa

Az előbbiekben a tájékozott beleegyezés elvének főleg etikai-jogi elemeiről volt szó. Ugyanakkor ma már ez az elv sokkal több puszta etikai elvnél. Az orvos–beteg kapcsolat új kommunikációs modelljét jelenti, ahol az orvos nem pusztán információt nyújt, amelyet a beteg passzív módon befogad, hanem kettőjük között aktív, kétoldalú és lehetőség szerint minél őszintébb kommunikáció zajlik. Vagyis nem arról van szó, hogy az orvos egyszerűen csak hagyja, hogy a beteg azt tegyen, amit akar, s nem is arról, hogy az orvos kész alternatívákat közöl a beteggel, amelyek közül az választ. Az ideális sokkal inkább az, hogy sem az orvos, sem a beteg nem kényszerül magányos döntéshozatalra. Az alternatívák és végül a beteg döntése az orvos és a beteg közötti folyamatos és őszinte kommunikációban formálódik meg, így a beszélgetés során mindkettőjük autonómiája nő. Nem annyira arról van szó, hogy az autonóm beteg választ az orvosilag elfogadható alternatívák között, hanem inkább arról, hogy a beteg kellő autonómiája az orvossal való beszélgetés és informálódás során jön létre. Az orvos–beteg kapcsolatban sajátos pszichológiai folyamatok zajlanak, amelyek jelentősen befolyásolják a kapcsolat eredményességét. FREUD figyelte meg először, hogy a beteg és analitikusa között olyan intenzív, a szenvedélyes szerelemtől a gyűlöletig terjedhető érzelmi kapcsolat jön létre, amelyet a beteg és az orvosa közötti tényleges kapcsolatból nem lehet megmagyarázni. A jelenség a pszichoanalitikai irodalomban az „áttétel" nevet kapta, s kiderült, hogy

az emberi kapcsolatokra jellemző általános jelenségről van szó[41]. Azt a megfigyelést jelöli, hogy egy új kapcsolatban sokszor a régit éljük át, az orvos–beteg kapcsolatban például a beteg az orvoshoz való viszonyában szülőjéhez, első gondozójához való intenzív érzelmi kapcsolatának néhány sajátosságát éli újra. A beteg a betegsége miatti szorongás, félelmek s az áttétel eredményeként érzelmileg sokszor regrediált állapotba kerül: az orvosban mindentudó gyógyítót lát, akinek minden szenvedés ellen van ellenszere, ahogyan régen a szülő is mindenhatónak s minden szenvedés és baj csillapítására képesnek tűnt. A betegnek az orvosa iránti mágikus elvárásai, sokszor gyermeki naivságú félelmei és reményei, amelyek az áttétel és a regresszió eredményei, még fokozódhatnak a medicinát körülvevő titkolódzás, elhallgatás miatt[42]. A beteg infantilizálódásának beszédes jele az orvos–beteg viszonyban gyakori megszólítási forma: az orvos keresztnevén szólítja a beteget, aki viszont szigorúan „doktor úrnak" vagy „doktornőnek" az orvost. A betegség oly mértékben eltolhatja a beteg elvárásait az irracionalitás felé, hogy nem az információ megszűrésére, hanem éppen fordítva, gyakori, őszinte, tisztázó beszélgetésekre lenne szükség. ANNA FREUD megfigyelése szerint a beteg mindent megtesz, hogy orvosát a hajdani szülői tekintély szerepébe kényszerítse; parancsokat vár el a tőle, ahogyan hajdan anyja vagy apja is sokszor csak parancsolt és nem magyarázott[43]. Így az orvosra igen jelentős nyomás nehezedik a beteg részéről, hogy vele szemben paternalisztikusan viselkedjék, ezért nem csoda, hogy az orvosi szakma ennek a nyomásnak a medicina eddigi történetében nem tudott ellenállni. Valójában azonban az orvosnak ebbe a zsákutcába nem szabad belemennie. A beteg orvosával szembeni irreális elvárása szükségszerűen csalódásba torkollik: az orvosról – különösen olyan betegségben, amelynek a gyógyítási lehetőségei korlátozottak, s a mai krónikus betegségek többsége ilyen – gyorsan kiderül, hogy egyszerű földi halandó, s nem végtelen hatalmú isten, s ilyenkor a beteg addigi gyermeki csodálata és bizalma gyerekes lázadásba, vádaskodásba és neheztelésbe csaphat át. A csalódás elkerülésére már az orvos–beteg kapcsolat kezdetén fontos felhívni a beteg figyelmét az orvostudomány adta reális lehetőségekre és a medicina korlátaira. Fontos tisztázni már kezdetben, hogy mit vár a beteg orvosától, s ő mit tud ebből számára nyújtani. A beteg sokszor nem tudja például, hogy gyógyulásához az ő aktív közreműködésére, például életmódjának megváltoztatására lesz szükség. Néha el kell oszlatni a beteg illúzióit, aki krónikus betegségéből gyors és maradéktalan gyógyulást remél. Ez sok későbbi konfliktust és keserűséget előzhet meg. Az orvos–beteg kapcsolatban legtöbbször kétirányú torzítás jön létre. Az áttétel miatt a beteg túlértékeli az orvos lehetőségeit, ugyanakkor az orvos alulértékeli a regrediált betegben meglévő autonóm felnőttet. Az áttétel jelensége megerősíti az orvost abban a hitében, hogy a beteg képtelen a saját betegségét érintő kérdésekben dönteni, információkat megérteni, mérlegelni. Az orvos–beteg viszonyban a beteg sokkal függőbbnek, gyermekibbnek látszik, mint amilyen valójában. A hagyományos orvos–beteg

kapcsolat belemegy a beteg által felkínált zsákutcába, az orvos gyermekként bánik betegével, elfogadva annak regressziója miatt jelentkező gyermeki igényeit (például azt, hogy mentsék fel a saját gyógyulása iránti minden felelőssége alól, neki a gyógyulásáért semmit ne kelljen tennie, hadd maradjon passzív, s hadd várjon mindent az orvosától), ugyanakkor nem épít kellőképpen a regrediált betegben jelen lévő felnőttre, aki tájékoztatást akar, döntési lehetőséget, saját sorsába való beleszólást. A tájékozott beleegyezés doktrínája által feltételezett partneri orvos–beteg viszony viszont éppen a beteg felnőttségére épít, abból indul ki, hogy a betegség nemcsak a beteg egészségét károsította, hanem autonómiáját is, s a kezelés során nem ennek az autonómiának további csökkentése, hanem helyreállítása a cél, amelyet a beteg tájékoztatásával, az orvosi döntésekbe való bevonásával lehet elérni. KATZ hívja fel a figyelmet arra, hogy az orvosi szakma több évezredes követelménye volt, hogy a beteg bízzék az orvosában. Ma valószínűleg egy másik, kiegészítő követelményt is meg kell fogalmazni: az orvos is bízzék a betegében, abban, hogy az részt akar venni a saját kezelését meghatározó döntésekben, s képes is erre[44]. Nemcsak a beteg elvárásai irreálisak az orvossal szemben, de sokszor az orvosé is a beteggel szemben. A tradicionális, tekintélyelvű orvos–beteg kapcsolatra a beteg passzivitása, engedelmeskedő attitűdje a jellemző. Ez a betegtípus az orvos ideálja, ezt tekintik általában „jó" betegnek. Ugyanakkor az autonóm, informálódni akaró, kérdező és sokszor egyet nem értését is kifejezni merő beteg a „rossz" beteg, akit empirikus vizsgálatok szerint legtöbbször túlgyógyszereznek és gyakrabban hívnak hozzá pszichiátriai konzíliumot[45]. Pedig a mai demokratikus, a tekintélyelvet elutasító társadalmakban egyre gyakoribb a magát egyenrangúnak érző, a jogaiért kiálló „rossz" beteg, így az orvosoknak a „jó" betegről alkotott elvárásai is valószínűleg módosításra szorulnak.

A bizonytalanság szerepe az orvosi kommunikációban

Az eddigiekben főleg azt vizsgáltuk, hogyan torzítja el az áttétel és a regresszió a beteg gondolkodását s az orvosnak a betegről alkotott képét. Nem tekintettük azonban át azt, hogyan befolyásolja a medicinát szükségszerűen kísérő bizonytalanság az orvos gondolkodását. Elméletileg természetesen az orvosok pontosan tudják, milyen nagy a medicinában a bizonytalanság; milyen kevéssé tisztázottak tudományos egzaktsággal az egyes kezelések viszonylagos előnyei és hátrányai, sokszor mennyire a tudományos ízlés, egy adott orvosi iskolához tartozás, egyszóval nem szigorúan tudományos szempontok döntik el, ki milyen kezelést tart a legcélszerűbbnek. A medicinában nagy szerepet játszanak a tradíciók, a sok éves tapasztalatra való hivatkozás, mellyel tudományosan vitatkozni lehetetlen, hiszen nem mások által is ellenőrizhető tényekre, hanem mások által ellenőrizhetetlen sze-

mélyes tapasztalatokra hivatkozik. Ismét KATZ említi azt a gyakori tényt, hogy ha valaki idéz egy eljárást a szakirodalomból, sokszor egyszerűen csak azt a választ kapja: itt nem így csináljuk [46]! Hangsúlyozni szükséges, hogy az említett inherens bizonytalanságot a medicinában az orvosok elméletileg jól ismerik. Ugyanakkor a gyakorlat kevésbé tűri a bizonytalanságot, s az orvosképzés során is a magabiztos viselkedést igyekeznek a hallgatókban kifejleszteni. Ez azzal a paradox hatással jár, hogy az egy adott kezelési eljárásról szóló vitákat, az azt körülvevő bizonytalanságot elméletben jól ismerő orvos a beteg kérdésére őszinte meggyőződéssel képes kijelenteni, hogy az egyik eljárás jobb, mint a másik! Nem a vitákat és a tudományos bizonytalanságot közli a beteggel, hanem eldöntött tényként tart jobbnak és hisz szubjektíven is annak egy kezelési alternatívát, amelyről az orvos–beteg kapcsolat pszichológiai pressziójától mentesen, a dolgozószobájában maga is tudja, hogy annak előnyös jellege nem eldöntött, vitatott. Nézzünk erre egy, a szakirodalomban sokszor idézett híres példát! Tekintsük a következő képzeletbeli esetet:

Példa

Egy 38 éves asszony jelentkezik orvosánál azzal, hogy bal emlőjében csomót észlelt. Az elvégzett vizsgálatok 2 cm átmérőjű emlőcarcinomát állapítanak meg, s terápiaként az orvos radikális mastectomiát javasol. Az asszony vonakodik egy kozmetikailag ennyire torzító műtétnek magát alávetni, de az orvosa figyelmezteti, hogy orvosilag ez a legbiztosabb eljárás a kezdődő carcinoma gyógyítására. Az asszony nagyon kelletlenül, de beleegyezik a műtétbe.

Ez a képzeletbeli eset jellemző példája az orvosi paternalizmusnak s a tájékozott beleegyezés elve megsértésének. Ennek megértéséhez azonban utalnunk kell néhány tényre.

Az emlőrák kezelését radikális mastectomiával HALSTED kezdte el, 1889-ben. Ez a műtét a primer elváltozás, az egész emlő, az alatta fekvő pectoralis izomzat és az axillaris nyirokcsomók en bloc eltávolítását jelenti. Bár HALSTED módszerével már a kortársak közül sem értett egyet mindenki, ezt azonban nem tudták nyilvánosságra hozni, mert akkora volt HALSTED tudományos tekintélye, s oly evidensnek tűnt érvelésének helyessége, hogy a tudományos folyóiratok nem voltak hajlandók az ellenkező eredményeket közölni[47] . Csak e század harmincas éveiben kezdték komolyan megkérdőjelezni kísérleti eredmények alapján, hogy az emlőrák a HALSTED által elgondolt módon, vagyis először a környező nyirokcsomókra tejed. Később az emlőcarcinomát többen konzervatívabb műtéttel és radioterápiával kezdték gyógyítani. Kollégáik ezeket az orvosokat felelőtlennek bélyegezték. 1974-ben elkeseredett vita folyt a JAMA hasábjain a radikális műtét mellett és ellen, s csak nagyon kevesen voltak olyan bölcsek, hogy kijelentsék: ma még nincs elég adat a kezünkben, ezért egyszerűen nem lehet tudni, hogy mi a jobb eljárás az

emlőrák kezelésére[48]. A vita a mai napig tart, számos bizonyíték szól azonban amellett, hogy 4 cm-nél kisebb, korai stádiumban lévő emlőrák kezelésében a kozmetikailag sokkal kedvezőbb konzervatív műtét (részleges mastectomia axillaris dissectióval és sugárkezeléssel) ugyanolyan kedvező hatású lehet, mint a sokkal torzítóbb radikális mastectomia[49, 50]. Ha viszont a két kezelési mód viszonylagos haszna körül ilyen nagy a bizonytalanság, akkor a betegeket erről tájékoztatni kell. A beteg természetesen nem illetékes annak eldöntésében, hogy végül is a terápia mely formája hatékonyabb orvosilag, mert ez orvosi kérdés, azt azonban egyedül ő döntheti el, hogy megismerve mindkét alternatíva veszélyeit és előnyeit, vállalja-e az egyik alternatívával járó esetleges többletrizikót annak érdekében, hogy kozmetikailag kedvezőbb legyen műtétjének az eredménye. Az, hogy egy részben megtartott emlő megéri-e az érdekében vállalt esetlegesen nagyobb veszélyt, nem orvosi kérdés, hanem a beteg értékrendjének, rizikóvállalási hajlandóságának stb. kérdése, amelyben csak a beteg dönthet. Ha az orvos nem tájékoztatja a beteget például arról, hogy a radikális mastectomia mellett más, alternatív s az ő értékrendjével esetleg jobban összhangban álló kezelés is lehetséges, akkor ezzel elveszi a betegtől a lehetőséget, hogy egy nem orvosi kérdésben maga döntsön, s ezáltal kiveszi a kezéből életének egyik legfontosabb döntését. Mivel sok orvos olyan erősen meg volt győződve a radikális mastectomia fölényéről a többi eljárással szemben, hogy betegeivel nem volt hajlandó közölni az alternatív eljárások létezését, ezért több amerikai államban törvény kötelezi az orvost a beteg ilyen irányú tájékoztatására[51]. Sőt, azokat a randomizált kontrollcsoportos kísérleteket is, amelyek végül bizonyították, hogy a kevésbé radikális műtét radioterápiával együtt igazi alternatívája lehet a radikális mastectomiának, csak úgy lehetett elvégezni, hogy az orvosoktól a jog segítségével megkövetelték, hogy legalább közöljék betegeikkel, hogy létezik alternatív kezelés, s lehetőségük van egy kísérlet keretében annak kipróbálását kérni, mert néhány orvos magát a kísérletet is olyan etikátlannak tartotta, hogy betegeit még az alternatív kezelés lehetőségéről sem akarta tájékoztatni[52].

A medicina, mint minden tudomány, mindig is a tudományosan bizonyított tények s a tudományosan még nem bizonyított feltételezések, „megérzések", sokszor a kifejezett misztika sajátos keveréke volt. A misztika szereti a titokzatosságot és titkolódzást, a tudomány viszont a tények ellenőrizhetőségét és a nyíltságot tekinti alapvető értéknek. Ugyanakkor a medicinában a tudományos elemek mellett mindig szerepelnek erkölcsi-etikai elemek is, éppen ezek teszik magasztos hivatássá. Nem az a baj, hogy a medicina tudomány és misztika, tudomány és etika, tudományos bizonyosság és bizonytalanság keveréke, hanem az, hogy ezeket az elemeket sokszor nem különítik el egymástól, sokszor maguk az orvosok előtt sem világos, hol végződik a tudomány és hol kezdődik a tradíció, egy véleménynek melyik része szakmai (amelynek megítélésére csak szakember jogosult), s melyik

része erkölcsi ítélet (melynek megítélésében az orvosnak nincsen nagyobb szakértelme, mint a betegnek, s amely döntést mint nem szakmait, nyugodtan a betegre lehet bízni)[53]. A titkolódzás és a homályosság kétségtelenül növeli az orvos hatalmát a beteg fölött, hiszen minél bizonytalanabb egy beteg a betegség lehetséges kimenetelét, az orvos lehetőségeit és egyéb tényezőket illetően, annál jobban alárendelődik az orvosának[54]. Ez azonban ma már az orvosnak sem érdeke, hiszen nagyobb terápiás hatást tud elérni a beteg bevonásával saját kezelésébe.

Néhány gyakorlati megfontolás a tájékozott beleegyezéssel kapcsolatban

Mivel a betegtájékoztatás nem egyszeri aktus, hanem voltaképpen a hatékony orvos-beteg kommunikáció része és természetes következménye, ezért itt sokkal inkább folyamatról, mint egyszeri eseményről van szó. Az orvos és a beteg rendszeres és őszinte beszélgetései alatt végül is el kell hangoznia mindennek, ami a beteget érdekli, vagy amit tudnia kell, hogy aktív módon részt vehessen saját kezelésében. A tájékoztatásnak a beteg számára érthető nyelven kell elhangoznia, kerülve a csak szakemberek számára világos orvosi terminológiát. Mivel sok információ a beteg számára egyszerre nem feldolgozható, a tájékoztatásra több „ülésben" kell sort keríteni, lehetőleg nyugodt körülmények között, amikor a betegnek van ideje kérdezni, mérlegelni, hiszen a szorongás, a félelem rontja a kognitív funkciókat. Nem lehet például egy műtétbe vagy a tervezett anaesthesia módjába a műtőasztalon beleegyezni, egyrészt azért, mert valódi, nyugodt mérlegelésre ott már nincs lehetőség, másrészt a műtéti előkészítésre használt esetleges nyugtatók a beteg belátási képességét olyan mértékben csökkenthetik, hogy beleegyezése ekkor már csak formális lehet. (Bírósági eset volt például az, amikor egy discushernia műtéti megoldására előjegyzett beteg a műtét előtt arra kérte az aneszteziológust, hogy ne spinalis, hanem általános anaesthesiát alkalmazzon. Az aneszteziológusnak sikerült rábeszélnie a beteget a spinalis anaesthesiára, melynek eredményeként a beteg deréktól lefelé megbénult. A bíróság nem fogadta el a beteg műtőasztalon adott, már gyógyszerek, nyugtatók által befolyásolt beleegyezését érvényesnek, és az orvost elmarasztalta.[55])

A tájékoztatás hasznos kiegészítői lehetnek különböző előre elkészített segédanyagok: például a tervezett beavatkozásról szóló tájékoztatófüzetek vagy – mivel sok betegnek nehézségei vannak az olvasással – audio- és videokazetták. Az ilyen anyagok összeállításakor bizonyos kompromisszumra szükség van. Az érthetőség azt követeli, hogy az anyag ne legyen túl hosszú, a szöveg a megértés könnyítése végett rövid mondatokból, a mondatok pedig rövid szavakból álljanak. Ugyanakkor a szakzsargon kerülése a szöveget szükségszerűen hosszabítja. Fontos, hogy az orvos evidensnek tűnő dolgokat is elmondjon a betegének, aki sokszor elemi

ismeretekkel sincs tisztában. Például célszerű lehet elmondani, hogy a gutaütés ugyanaz, mint az agyvérzés, a szívroham szívinfarctust jelent, a tüdővész tbc-t stb. Minden olyan információt, amely a beteg döntését befolyásolhatja, közölni kell, ugyanakkor a túl sok információ paradox módon éppúgy gátja lehet a megértésnek, mint a túl kevés. Ezek a segédanyagok nem pótolhatják az orvos személyes tájékoztatását. Legjobb, ha kiindulásként szolgálnak, amelyeket a beteg ráérő idejében tanulmányoz, az olvasottakat, hallottakat azután megbeszélheti hozzátartozóival, majd kérdéseivel megkeresheti orvosát. Az orvossal való személyes beszélgetést azonban semmi nem pótolhatja! Fontos, hogy az orvos a beteg informálásakor elkerüljön mindenféle tájékoztatási egyoldalúságot, öntudatlan manipulációt. Vizsgálatok tanulsága szerint, hogy ha például azt mondják, hogy egy műtét halálozási kockázata 10%, akkor az ily módon ajánlott műtétet szignifikánsan kevesebb beteg fogadja el, mintha azt mondanák, hogy a műtét túlélésének esélye 90%. Mindez azt sugallja, hogy az ilyen pszichológiai torzítások elkerülése végett célszerű a rizikót mindkét módon megfogalmazni, vagyis külön leírni, mekkora az esélye a bekövetkezésének s mekkora a be nem következésének, hogy a sorrenddel még véletlenül se lehessen manipulálni a beteget[56]. Mivel a valószínűségek százalékos formában való megértése sok betegnek nehézséget okoz, jó, ha nem azt mondják, hogy valaminek a valószínűsége például 0,3%, hanem azt, hogy kb. 1000 esetből 3-szor fordul elő. Jó a valószínűségeket szavakkal is értékelni (például „kis valószínűségű veszély"), de sohasem szabad azt mondani ilyenkor, hogy a beavatkozás gyakorlatilag veszélytelen, mert ez szinte sohasem igaz! Az informálás során számos más, sokszor öntudatlan, de a reklámszakmában jól ismert manipulációs lehetőséget is el kell kerülni. Kísérletekbe való hozzájáruláshoz adott tájékoztatás során például néha előfordul, hogy először csak néhány „kellemesebb" tényt közölnek a beteggel, majd miután az már pszichológiailag elkötelezte magát a kísérletben való részvétel mellett, közlik a többi, „kellemetlenebb" tényt, arra a megfigyelésre építve, hogy ha valaki egyszer elkötelezte magát valami mellett, nehezebben vonja vissza beleegyezését, még akkor is, ha erre jogilag lehetősége lenne[57]. Külföldön gyakran használnak a tájékozott beleegyezés „igazolására" különböző aláírandó űrlapokat. Ez csak akkor igazán hasznos, ha konkrétan tartalmazza azokat az információkat, amelyeket a beteg megkapott. Mivel a beteg informálása nem egyszeri aktus, hanem a kezelés során folyamatosnak kell lennie (hiszen egy kezelés során sokszor újabb és újabb beavatkozások válnak szükségessé, amelyekbe mindig újból és újból bele kell egyezni), ezért sokan ajánlják, hogy a beteg kérdéseit és az arra adott orvosi tájékoztatást a beteg kórlapjára röviden vezessék rá, illetve a decursusban tüntessék fel.

A mindennapi életben az a szokás, hogyha egyszer valamihez aláírásunkat adtuk, akkor az többé vissza nem vonható, aláírásunk a továbbiakban köt bennüket. Ha a betegtől a beleegyezés tanúsítására aláírást kérnek, akkor meg kell vele értetni,

hogy ez az aláírás a szokásostól eltérő természetű, mert jogilag nem köti a beteget, bármikor visszavonhatja, vagyis a beavatkozás elvégzéséig bármikor meggondolhatja magát[58]. Ha a beteg a kapott információt nem értette meg, beleegyezése csak formális. Bár az a javaslat, hogy a betegnek adott tájékoztatófüzet egyben egy rövid tesztet is tartalmazzon, amellyel a beteg ellenőrizheti, hogy megértett-e mindent, talán túlzás, mégis célszerű, ha a beteggel való beszélgetés során az orvos meggyőződik arról, érti-e a beteg, hogy mi fog vele történni. Ezt legjobban úgy lehet elérni, ha a beteget az orvos bátorítja kérdések feltételére, s a beszélgetés során olyan légkört teremt, amelyben a beteg meg meri kérdezni, amit nem ért, el tudja mondani aggodalmait, félelmeit. Egyszóval a tájékozott beleegyezés doktrína legfőbb követelménye a jó orvos–beteg kommunikáció. Nem annyira az a lényeges, hogy az orvos a doktrínában szereplő minden egyes részletinformációt pontosan közöljön, hanem az, hogy a kettőjük közötti kommunikáció alapvetően hatékony és őszinte legyen.

A tájékozott beleegyezés elvének érvényesülése Magyarországon

Bár azt szokták mondani, hogy a tájékozott beleegyezés elve amerikai „találmány”, valójában ez nem teljesen igaz. A német joggyakorlat például már e század elejétől hasonló elveket vallott[59], s ez hatással volt a kortárs magyar orvosetikai irodalomra is. IMRE JÓZSEF professzor az 1917–1918-as tanévben a kolozsvári egyetemen tartott Orvosi-ethika c. előadásai alapján összeállított könyvében például a következőképpen ír:

„Több-kevesebb kockáztatás nélkül a gyógyítás sem megy; ...a beteg beleegyezése nélkül ezt soha nincs jogunk megtenni. Hogy némely műtét következéseinek pontos megismertetése esetleg a beteg baját, lelki izgalmait, félelmét szaporíthatja, azt feltehetjük, de ez nem változtat az orvos kötelességén. Kegyetlenségnek mondják némelyek, hogy ilyen módon mintegy a beteget kárhoztatják arra, hogy döntsön saját élete vagy halála felett; de végre is kinek a joga másnak ez a döntés?”[60]

Mivel az 1972-es egészségügyi törvényben a hozzájárulás követelménye nevesítve csak néhány esetben szerepelt (például kórházba való felvétel vagy műtétbe való beleegyezés esetén), ezért sokan tévesen azt gondolták, hogy hozzájárulásra csak ezekben az esetekben van szükség. Valójában – mint erre már rámutattak – az orvosi beavatkozásokhoz való hozzájárulás megértéséhez az Alkotmány, illetve a Polgári Törvénykönyv személyiségi jogokkal foglalkozó rendelkezéseit is figyelembe kell venni. Mindezekből az olvasható ki, hogy már az 1972-es egészségügyi törvény szerint is minden orvosi beavatkozás csak az érintett személy hozzájárulásával volt végezhető, a beteg jogosult volt bármely orvosi beavatkozást meg-

tiltani, a közvetlen életveszély elhárításához szükséges beavatkozást kivéve. A döntéshez szükséges volt a beteg előzetes tájékoztatása, amelynek műtétek esetén tartalmaznia kellett a műtét kockázatát, az esetlegesen előforduló káros következményeit (a ritkán előforduló káros következményekről is tájékoztatni kellett volna a beteget az 1997 előtti magyar jogszabályok alapján is)[62]. A beteg beleegyezése nem lehetett volna általános, vagyis minden egyes orvosi beavatkozásba külön, újból és újból bele kellett volna egyeznie. Bár a magyar szabályozás sokkal általánosabb, sokkal kevésbé részletesen kidolgozott volt, mint ahogyan azt a tájékozott beleegyezés elve megkövetelte volna (maga a kifejezés nem is szerepelt az akkor hatályos magyar jogban), a szabályozás szelleme mégis nagyon hasonló volt a tájékozott beleegyezés doktrínához. Voltaképpen a beteg előzetes tájékoztatáson alapuló szuverén döntése volt kiolvasható követelményként a magyar jogszabályokból is. A gyakorlatban azonban a tájékozott beleegyezés elvénél sokkal kevésbé szigorú hazai követelmények sem érvényesültek. Bár a betegek a kórházba való felvételkor aláírták a kórlapfejen szereplő szöveget: „A kapott felvilágosítás alapján a gyógykezelésbe, orvosi beavatkozásba, műtétbe beleegyezem", de az említett felvilágosítás ekkor még csak formális lehetett, hisz a felvételkor még maga az orvos sem tudhatta, hogy később milyen diagnosztikus vagy terápiás beavatkozásokra lesz szükség. Itt tehát a beteg egy „biankó csekket" írt alá, s noha ez kétségtelenül beleegyezés volt, de semmiképpen sem tájékozott beleegyezés. Ez a beteg alapvető szabadságjogainak megsértését jelentette, hiszen így a beavatkozások kockázatának vállalásáról kizárólag az orvos döntött. Noha az, hogy egy beavatkozás milyen kockázattal jár, kétségtelenül orvosi kérdés, az, hogy ezt a kockázatot a beteg akarja-e vállalni, már nem az, hanem csak a beteg értékrendje alapján eldönthető erkölcsi kérdés, amelyben kizárólag ő jogosult dönteni. A betegek általában kevésnek érezték az orvos által közölt információ mennyiségét. Erről minden különösebb szociológiai vizsgálat nélkül meggyőződhetett bárki, aki megnézte egy-egy újság „az orvos válaszol" rovatát. Az itt feltett kérdésekre minden betegnek a saját orvosától kellett volna választ kapnia, e rovatok puszta léte is a nem kielégítő orvos–beteg kommunikáció beszédes jele volt. A hazai, paternalisztikus gyakorlat megváltozása várható azonban az új, 1997-es egészségügyi törvény előírásai alapján, mely szellemében már magáévá teszi a tájékozott beleegyezés doktrínáját, s a korábbi egészségügyi törvényhez képest rendkívül konkrét iránymutatást ad arról, hogy egy orvosi beavatkozás előtt milyen részletekre kell a tájékoztatásnak kiterjednie. A törvény elsimeri azon jogok nagy részét, melyet a tájékozott beleegyezés doktrínájának az ismertetésekor felsoroltunk, s minden beavatkozás feltételeként jelöli meg a beteg „..tévedéstől, megtévesztéstől, fenyegetéstől és kényszertől mentes, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését.."[68] Hasonlóképpen foglal állást a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe, mely utal a doktrínát jelző angol terminusra is (informed consent).[69] A hazai, még erősen paternalisztikus

gyakorlat megváltozása természetesen nem mehet végbe máról holnapra. Az orvos és a beteg közötti kommunikáció javítása mégis sürgető feladat, mely nagymértékben javíthatja az egészségügy légkörét, növelheti az orvos és a beteg közötti bizalmat. Mindennek fontos része lehet a tájékozott beleegyezés elvének meghonosodása a hazai orvosi gyakorlatban.

*

Ez a fejezet módosított változata a Lege Artis Medicinae 1993. június 30-i és 1993. július 28-i számában (3/6, 3/7) Az orvosi beavatkozásokba való „tájékozott beleegyezés" elve a modern orvosi etikában. I.-II. című, két részben megjelent dolgozatomnak.

Jegyzetek a hatodik fejezethez*

[1]*Blasszauer B.* (1990): Orvosi-egészségügyi etika. Egységes Jegyzet. Budapest, Tankönyvkiadó (pp. 103–105)
[2]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 15. § (3) bek.
[3]*Hippocrates:* Decorum (transl. Jones, W., 1967) Cambridge, Harvard University Press (p. 2:297)
[4]*Katz, J.* (1986): The Silent World of Doctor and Patient. London, Collier Macmillan Publishers (p. 28)
[5]*Faden, R. R., Beauchamp, L. T.* (1986): A History and Theory of Informed Consent. New York–Oxford, Oxford University Press (p. 122)
[6]*Salgo v. Leland Stanford jr.,* University Board of Trustees, 317 P. 2d 170 (Cal. Dist. Ct. App. 1957)
[7]American Hospital Association. A Patient's Bill of Rights. In: *Abrams, N. Buckner, D. M.* (eds).(1983): Medical Ethics. Cambridge, Massachusetts, and London:The MIT Press (pp. 643–644)
[8]*Faden, R. R., Beauchamp, L. T.* (1986): i. m. (p. 94)
[9]President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions: The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient–Practitioner Relationship. Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1982.
[10]*Beauchamp, L. T., Childress, F. J.* (1989): Principles of Biomedical Ethics. (3rd ed.) New York–Oxford, Oxford University Press (pp. 67–74)
[11]*Pozgar, G.* (1987): Legal aspects of Health Care Administration. Rockville (Ma) (p. 99)
[12]*Berlin, I.* (1969): Two Concepts of Liberty. In: Four Essays on Liberty. Oxford, Clarendon Press (pp. 118–138)
[13]*Beauchamp, L. T., Childress, F. J.* (1989): i. m. (pp. 87–88)
[14]Ibid. (pp. 88–90)
[15]Ibid. (pp. 90–91)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[16]*Appelbaum, S. P., Lidz, W. C., Meisel, A.* (1987): Informed Consent. Legal Theory and Clinical Practice. New York–Oxford, Oxford University Press (pp. 49–57)
[17]*VanDeVeer, D., Regan, T.* (eds) (1987): Health Care Ethics. An Introduction. Philadelphia, Temple University Press (p. 121)
[18]*Picard, I. E.* (1984): Legal Liability of Doctors and Hospitals in Canada. (2nd ed.) Toronto, Carswell Legal Publications.
[19]Ibid.: Tresemer v. Barke.
[20]*Faden, R. R., Beauchamp, L. T.* (1986): i. m. (pp. 35–37)
[21]*Picard, I. E.* (1984): i. m. (p. 46)
[22]*Appelbaum, S. P., Lidz, W. C., Meisel, A.* (1987): i. m. (pp. 70–71)
[23]*Faden, R. R., Beauchamp, L. T.* (1986): i. m. (p. 38)
[24]*Appelbaum, S. P., Lidz, W. C., Meisel, A.* (1987) i. m. (p. 77)
[25]*Ádám Gy.* (1990): i. m. (p. 48)
[26]*VanDeVeer, D., Regan, T.* (1987): i. m. (p. 113)
[27]Ibid. (p.114)
[28]*Kennedy, I., Grubb, A.* (1989): Medical Law: Text and Materials. London, Butterworths (pp. 209–211)
[29]Ibid. (p. 187)
[30]*VanDeVeer, D., Regan, T.* (1987): i. m. (p. 116)
[31]*Appelbaum, S. P., Lidz, W. C., Meisel, A.* (1987) : i. m. (pp. 89–90)
[32]Ibid. (pp. 91–108)
[33]*Kennedy, I., Grubb, A.* (1989): i. m. (pp. 206–207)
[34]*Satz v. Perlmutter,* 362 S.2d 160 (Florida District Court Appeals, 1978)
[35]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20. § (1) bek.
[36]*Picard, I. E.* (1984): i. m.
[37]*Katz, J.* (1986): i. m. (p. 27)
[38]*Faden, R. R., Beauchamp, L. T.* (1986): i. m. (p. 98)
[39]*Beauchamp, L. T., Childress, F. J.* (1989) i. m. (pp. 99–102)
[40]*Schroeder, A. S., Krupp, A. M. et al.* (1990): Korszerű orvosi diagnosztika és terápia 1990. Budapest, Officina Nova Kiadó (p. 1)
[41]*Thoma, H., Kachele, H.* (1987): A pszichoanalitikus terápia tankönyve. 1. Alapok. Budapest, MIET Pszichoterápiás Munkacsoportja (pp. 46–72)
[42]*Katz, J.* (1987): i. m. (pp. 142–143)
[43]Ibid. (p. 146)
[44]Ibid. (p. xiv)
[45]*Faden, R. R., Beauchamp, L. T.* (1986): i. m. (pp. 370–371)
[46]*Katz, J.* (1986): i. m. (p. 187)
[47]Ibid. (pp. 178–179)
[48]Ibid. (p. 183)
[49]*Schroeder, A. S., Krupp, A. M. et al.* (1990): i. m. (p. 505)
[50]*Fisher, B. et al.*: Eight-Year Results of a Randomized Clinical Trial Comparing Total Mastectomy and Lumpectomy with or without Irradiation in the Treatment of Breast Cancer. The New England Journal of Medicine 1989, 320:822–827.
[51]*Schroeder, A. S., Krupp, A. M. et al.* (1990): i. m. (p. 504)
[52]*Kopelman, L.*: Consent and randomized clinical trials: are there moral or design problems? The Journal of Medicine and Philosophy 1986, 11:317–345.
[53]*Katz, J.* (1986): i. m. (p. 46)
[54]Ibid. (p. 198)
[55]*Picard, I. E.* (1984): i. m. (p. 54)

[56]*Faden, R. R., Beauchamp, L. T.* (19865): i. m. (pp. 319–320)
[57]Ibid. (p. 367)
[58]*Appelbaum, S. P.,Lidz, W. C., Meisel, A.* (1987): i. m. (pp. 182–187)
[59]*Flügge, G.* (1903): Das Recht des Arztes, zum Gebrauch für den Arzt. Wien. Cit.: *Imre József.* Ethika. 1925.
[60]*Imre J.* (1925): i. m. (p. 116)
[61]*Ádám Gy.* Hozzájárulás az orvosi beavatkozáshoz. Lege Artis Medicinae 1991; 1:52–53.
[62]*Ádám Gy.* (szerk.) (1990): i. m. (pp. 45–46)
[63]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 16. § (1), (2) bek.
[64]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 16. § (4) bek.
[65]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20. § (3) bek.
[66]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 22. § (1) c) pont.
[67]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20. § (6) bek.
[68]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 15. § (3) bek.
[69]Magyar Orvosi Kamara (1998): Orvosetikai Statutum. (Etikai kódex--Eljárási Szabály) (p. 9)

7. fejezet – Igazságosság az egészségügyben I. Az egészségügyi makroallokáció orvosetikai kérdései

Az igazságossági kérdések egyik formája a disztributív (osztó) igazságosság problémája. Ilyen kérdések általában akkor vetődnek fel, amikor azt kell eldönteni, hogy korlátozott mennyiségben rendelkezésre álló javakat hogyan lehet igazságosan elosztani az azokért versengő emberek között. Az egészségügy területén ENGELHARDT[1] alapján négy szinten vetődnek fel elosztási problémák:

- *Felsőbb szintű makroallokációs döntések,* amelyek azt határozzák meg, hogy a költségvetés rendelkezésére álló pénzt hogyan osztják el az egyes ágazatok között, például hány százalékát fordítják egészségügyre, oktatásra, honvédelemre stb.
- *Alsóbb szintű makroallokációs döntések,* amelyek során az dől el, hogy a költségvetésből az egészségügyre fordított összeg milyen arányban kerül elosztásra az egészségügy különböző ágai között, például hány százalékot fordítanak gyógyításra, s hányat megelőzésre, kutatásra, vagy a gyógyításon belül mennyit kap például a reumatológia, az onkológia stb.
- *Felsőbb szintű mikroallokációs döntések,* amelyek azt határozzák meg, hogy ritka, mindenki számára nem elérhető orvosi-gyógyító eszközöket milyen kritériumok alapján osztanak el konkrét betegek között akkor, ha a betegek orvosilag az adott eszközre egyformán rászorultnak tekinthetők, vagyis az orvosi szükséglet alapján már nem lehet közöttük dönteni. Ilyenek voltak például azok a kritériumok, amelyeket annak eldöntésére fejlesztettek ki, hogy sok, egyaránt dialysisre szoruló beteg közül ki részesüljön az életmentő kezelésben, ha a művesegépek szükségesnél kisebb kapacitása miatt nem részesülhet benne minden rászoruló.
- *Alsóbb szintű mikroallokációs döntések,* amelyek az előző pontbeli kritériumok segítségével eldöntik, hogy végül is melyik beteg milyen eszközt, kezelést kap.

Kicsit elnagyoltan tehát úgy is fogalmazhatunk, hogy az igazságossági kérdések az egészségügy vonatkozásában két szinten vetődnek fel, a makroallokáció és a mikroallokáció szintjén. A makroallokáció etikai vizsgálata az egészségügyi rendszer mint egész igazságossági kérdéseivel foglalkozik, míg a mikroallokáció kérdésköre a konkrét, egyedi betegek ellátásának szintjén jelentkező elosztási, igazságossági kérdéseket tárgyalja. A következőkben először a makroallokációval kapcsolatos etikai kérdéseket tekintjük át, majd ezt követően vizsgáljuk az egyes betegek ellátása során felvetődő mikroallokációs etikai problémákat.

AZ IGAZSÁGOSSÁG FELFOGÁSA A TRADICIONÁLIS ORVOSI ETIKÁBAN

A hippokratészi esküben s a későbbi orvosetikai kódexekben igazságossági problémák alig fordultak elő. Ennek oka az, hogy szinte a legutóbbi időkig a gyógyítás számára rendelkezésre álló eszközök nagyon szegényesek voltak. A múlt század végéig például egyetlen orvosi táskába jóformán minden belefért, amit az akkori medicina a betegnek nyújtani tudott[2]. Egy vidéki orvos – ha megfelelően felkészült, s orvosi táskája megfelelően felszerelt volt – úgyszólván mindenre képes volt a falusi betegágy mellett, amire az akkori orvostudomány egyáltalán képes lehetett. Így egészen az 1900-as évekig az orvostudomány „kézműves" korszakáról beszélhetünk. A kórházak csak a szegényebbek számára létesült s főleg ápolási, gondozási feladatokat ellátó intézmények voltak. A gazdagabbakat otthon gyógyították, hiszen a medicina eszköztelensége miatt ott is meg lehetett számukra adni mindent, ami akkoriban elméletileg lehetséges volt. Így a tradicionális orvos–beteg kapcsolatban ritka eszköznek legfeljebb maga az orvos, illetve ideje, figyelme, a betegre való odafigyelési hajlandósága számíthatott. Ezzel magyarázható, hogy a különböző etikai kódexek HIPPOKRATÉSZTŐL egészen a XX. század közepéig nem foglalkoztak a ritka orvosi eszközök elosztásának etikai kérdéseivel, s nem adtak tanácsot arra vonatkozólag, hogy az orvos az egyes betegek érdekét hogyan egyeztesse össze más betegek, illetve a társadalom érdekeivel, vagyis hogyan döntsön igazságossági kérdésekben. Az etikai kódexek hagyományosan csak azt hangsúlyozták, hogy az orvos számára mindig az egyes beteg érdeke legyen a legfőbb törvény (a „salus aegroti suprema lex esto" elve). Hangsúlyozták, hogy az orvos a beteg gyógyítása során időt és fáradságot nem sajnálva járjon el, s anyagi megfontolások nem játszhatnak szerepet a beteg gyógyításában, csakis a beteg érdeke. Eme tradíció eredményeként az orvosi döntések közgazdasági, költséghatékonysági szempontból való elemzése sokak számára ma is elfogadhatatlannak tűnik, amely alapvetően szemben áll az orvosi etika több mint 2000 éves hagyományával, miszerint egy ember gyógyulásáért semmiféle költség nem sok, s költségmegfontolások nem játszhatnak szerepet az orvosi döntésekben.

A MODERN EGÉSZSÉGÜGY KIALAKULÁSA

A modern egészségügy kialakulása a XX. században kezdődött csak el, noha elméleti alapjainak kimunkálása már a XIX. század második felében jelentős mértékben előrehaladt. Az 1950-es évektől kezdve a fejlődés felgyorsult. Döntő szerepe lett a gyógyításban a nagy hatású gyógyszereknek, a legmodernebb technikát felhasználó hatalmas kórházi komplexumoknak. A legjelentősebb változás az, hogy

a gyógyítás centruma a kórház lett. Míg a XIX. századig a kórház a szegények ellátását szolgáló s legtöbbször karitatív szervezet volt, amelyben jórészt csak ápolás folyt, addig századunk második felére a kórház lett az az intézmény, ahol a rendkívül költséges orvosi technika hozzáférhető, s amely ezért az egyedül alkalmas hely a legsúlyosabb betegek megfelelő ellátására. Ipari hasonlattal élve századunkban vált az egészségügy a korábbi kézműves, munkaigényes kisiparból azzá a tőkeigényes egészségügyi-ipari komplexummá, amely gyógyszergyárakkal, egészségügyi technikát előállító ipari cégekkel szorosan együttműködve képzelheti csak el működését[3].

Mindez természetesen alapjaiban változtatta meg a közgazdasági megfontolások jelentőségét az orvosi praxisban. A modern egészségügyi technika ugyanis nagyon drága, az egészségügy rendelkezésére álló erőforrások pedig mindenütt korlátozottak. Egyre több olyan eljárás létezik ma már, amely technikailag ugyan lehetséges, széles körű használata azonban közgazdaságilag nem engedhető meg[4]. Erre a helyzetre elméletileg háromféleképpen lehet reagálni[5]:

- Több pénzt bocsátani az egészségügy rendelkezésére. Ennek lehetőségei azonban korlátozottak.
- Csökkenteni az egészségügyön belül a pazarlást. Ez nagyon fontos, de ez sem oldja meg alapvetően a problémát.
- Explicit kritériumok alapján választani a technikailag lehetséges alternatívák közül.

Ez utóbbi látszik a közeljövőben az egyetlen olyan megoldásnak, amellyel az erőforrások szűkösségének a problémáját kezelni lehet. Az egészségügy minden szintjén állandóan döntéseket kell hozni arról, hogy a rendelkezésre álló anyagi erőforrásokat milyen technika-technológia kifejlesztésére és elérhetővé tételére fordítsák, s természetesen minden ilyen döntésnek megvan a maga haszon-áldozat költsége: az erőforrások egy adott módon való felhasználása más alternatívák elől vonja el a pénzt, s ezért a döntés előtt vizsgálni kell, melyik alternatíva nyújtja a befektetett pénz ellenértékeként a legtöbb hasznot. Az ilyen közgazdasági szemléletű elemzések azonban, mint láttuk, szemben állnak a hagyományos orvosi ethosszal, amely szerint mindent meg kell tenni, amiből egy betegnek akárcsak minimális haszna is lehet, költségekre való tekintet nélkül, s közgazdasági megfontolások nem játszhatnak az orvosi döntésekben szerepet.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖLTSÉGROBBANÁS

Az 1960-as évektől kezdve a fejlett országokban mindenütt az egészségügyi költségek drámai növekedésének, az egészségügyi költségrobbanásnak vagyunk a tanúi. Van olyan ország, ahol ez alatt az idő alatt az egészségügyi költségeknek

a GDP-hez viszonyított aránya 5,3%-ról 11,8%-ra emelkedett (USA), de a fejlett európai országokban is az egészségügyi költségek általában a GDP 8–9%-át teszik ki (1989-es adatok)[6].

E költségrobbanás okai között a következő tényezők játszanak szerepet[7]:

1. Az utóbbi évtizedekben lejátszódó demográfiai változások, amelyek során az *idősek* aránya a társadalomban jelentősen nőtt, s ezzel együtt nőtt természetesen az idős kort jellemző krónikus-degeneratív betegségek száma is, amelyek kezelési költsége tetemes. Itt markánsan érvényesül az a paradoxon, miszerint az egészségügy gondjai sokszor saját korábbi sikerei eredményeként jönnek létre[8], hiszen minél több idős embert ment meg az egészségügy egy adott évtizedben, annál több krónikusan beteg embert kell majd kezelnie a következőben. Így az egészségügy minden sikere csak pirruszi győzelem, amelyet szükségszerűen olyan ördögi kör jellemez, ahol minden siker újabb problémákat szül, amelyek mindig addig nőnek, amíg végül megoldhatatlanná válnak.

2. Az *orvosi technológia fejlődése,* amelynek intenzív használata – főleg az élet elején (koraszülötteknél) és végén (terminális állapotú betegeknél) – szinte korlátlan igénybevételt tesz lehetővé, a költségek jelentős növekedését vonva maga után. 1961-ben például az 500–1000 g közötti újszülötteknek csak a 10%-a élt túl még a legfejlettebb országokban is, ma kb. 50%-os a túlélés. Ma már néha 500 g-os újszülöttet is életben tudnak tartani, de ez természetesen csak nagyon drága technológia felhasználásával lehetséges, s az ily módon életben tartott újszülötteknek csak kb. 30%-a lesz egészséges, 7–30% tartósan komoly egészségkárosodott lesz (például vakság, mentális retardáció, epilepsia, agyi eredetű bénulások), 22–55% pedig enyhébb maradandó károsodásban fog szenvedni (például hallási, beszédtanulási vagy egyéb tanulási zavarok)[9]. Mindez költségnövelő tényező, s nemcsak azért, mert a koraszülöttek ellátását biztosító technológia drága, hanem azért is, mert a megmentett, de tartósan egészségkárosodott gyerekek intenzív szociális gondoskodást is igényelnek, amelynek összköltsége még több, mint orvosi kezelésük költségei. Az ilyen jellegű költségek növekedése szinte korlátlan, hiszen egyre kisebb és kisebb súlyú újszülötteket próbálnak életben tartani. E törekvések természetes határa csak az lehet, amikor már a megtermékenyítéstől kezdve életben lehet majd tartani az embryót az anya testén kívül is, egyfajta mesterséges méhben. Az ilyenfajta technológiák kifejlesztése és használata azonban csak a költségek jelentős növekedésével lehetséges.

Az élet másik vége, a halál hasonló problémákat vet fel. Ma például a haldoklási folyamat sokszor szinte korlátlanul elnyújtható. Mesterséges lélegeztetéssel és táplálással az élet – bár sokszor csak vegetatív szinten (például perzisztens vegetatív állapotban, illetve irreverzíbilis comában) – sokszor hosszú évekig fenntartható, s jóformán orvosi döntés kérdése, hogy az életfenntartó kezelést mikor szüntessék meg, vagyis a beteg mikor haljon meg. Az ilyen, a beteg számára sokszor csak

csekély haszonnal járó kezelés költségei azonban óriásiak, s az egészségügy más területeitől vonhatják el a forrásokat. Bár a halált az orvostudomány nem szüntetheti meg, megpróbálhatja és meg is próbálja bekövetkezését minden lehetséges módon késleltetni. Ennek költségei elvileg szintén a végtelenségig nőhetnek, hiszen nincs olyan élettartam, amelyet elég hosszúnak éreznénk ahhoz, hogy ne próbálnánk meg még egy kicsit meghosszabbítani.A terminális állapotú betegeket az egészségügyben lévő „fekete lyukak"-nak szokták nevezni[10], mert ahogyan az asztrofizikából ismeretes fekete lyukak akkora gravitációs erővel rendelkeznek, hogy mindent magukhoz vonzanak, ugyanúgy a terminális betegek is fekete lyukként viselkednek a modern egészségügyben: hajlamosak minden létező erőforrást magukhoz szívni s az egészségügyi költségeket óriásira növelni.

3. A *kulturális haladás,* amely növeli a lakosság iskolázottságát és tájékozottságát. Ennek eredményeként a lakosság kevésbé hajlandó „természetesnek" elfogadni a betegségeket, illetve az azok okozta szenvedést, s így betegségtünetekkel korábban fordul orvoshoz.

4. Az *orvosi ethosz*, amely szerint minden betegért – a költségekre való tekintet nélkül – minden lehetségest meg kell tenni, amely akár csak minimális haszonnal is kecsegtet a beteg számára[11]. Ez a maximalista etika, amely az orvost – a beteg nem megfelelő gyógyulása esetén – szakadatlanul újabb és újabb beavatkozásra ösztönzi, nem tudja elfogadni, hogy bizonyos esetekben az orvostudomány tehetetlen. A betegről való „lemondást" az orvosok nemcsak etikailag érzik problematikusnak, hanem elméletileg is. Ismét a fizikából vett hasonlattal élve az orvoslásban is működik egy ún. „orvosi bizonytalansági elv"[12]. Ez azt jelenti, hogy mivel a medicinában nagyon ritkán lehet biztosan tudni valamit, rossz prognózisú vagy lassan gyógyuló betegségekben az orvos erős késztetést érez arra, hogy még egy újabb diagnosztikus beavatkozást, még egy újfajta gyógyszert, még egy újabb konzíliumot javasoljon, azon az alapon, hogy „hátha segít." A beteg kétségbeesése, szorongása is ebbe az irányba szorítja az egészségügyet. Nagyon ritka eset az, különösen ma, mikor egyre nagyobb hatású technikák állnak rendelkezésre, hogy ne lehetne még valamit megpróbálni. Az ilyen kétségbeesett erőfeszítések ritkán használnak a betegnek, ugyanakkor igen valóságos költségeket jelentenek, amelyek összeadódva szintén nagymértékben növelik az egészségügyi kiadásokat.

5. Az igénybevételkor *ingyenes egészségügyi ellátást* a legtöbb országban (fontos kivétel az USA) a jóléti állam részeként kezdték definiálni a II. világháború után, s így kötelező biztosítással mindenki számára elérhetővé kívánták tenni. Ez szintén az igénybevétel fokozódásához s az egészségügyi költségek növekedéséhez vezetett. A finanszírozási rendszer általában is jelentős befolyást gyakorol az egészségügyi költségekre. Bár gyakran hallható, hogy az orvosi döntést csak és kizárólag a beteg orvosi szükséglete határozhatja meg és semmi más, a valóságban azonban az orvos egyéni anyagi érdekeltsége is a döntés jelentős (bár ritkán tudatos) ténye-

zője. A fee for service rendszer (az orvos tételenkénti díjazása) például jól dokumentált módon az orvost a beavatkozások számának a növelésére ösztönzi. Vizsgálatok szerint például a gyerekek 2–3%-a szorul tonsillectomiára, de a tételenkénti díjszabást használó USA egyes területein a gyerekek 20–30%-án is elvégzik ezt a műtétet. A vizsgálatok szerint a tonsillectomiák száma arányos az adott területen működő sebészek számával[13]. Más vizsgálatok szerint egy területen a sebészek számának 10%-os növekedése a műtétek számának 3%-os növekedéséhez vezet[14].

6. Az egészségügyi költségek növekedésének egyik fontos faktora a napjainkra kialakult „*egészségutopizmus*[15]" is. Ezt jól szemlélteti a WHO egészségdefiníciója, amely szerint az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, s nem pusztán a betegség, illetve nyomorékság hiánya. Az egészség ilyen tág definiálása maga is jele a mai társadalmak fontos jelenségének, a medikalizációnak. Ez a fogalom azt a tendenciát jelöli, hogy egyre több társadalmi problémát orvosi fogalmakkal írnak le és orvosi eszközökkel tartanak megoldhatónak. A medicina egyre több területet von be illetékességi körébe. Miközben régen például bizonyos magatartásformákat az erkölcsi gyengeség példáinak tekintettek (bűnözés, alkoholizmus, kábítószer-fogyasztás, öngyilkosság), addig ma ezeket a jelenségeket egyre inkább orvosi esetként, betegségként kezelik[16]. Régen e viselkedésmódokért büntetés járt, ma sokszor gyógykezelés. Ha régen például egy gyerek rosszul tanult vagy fegyelmezetlen volt, ezt pedagógiai problémának tartották, s büntetéssel reagáltak rá, ma viszont ugyanezeket legtöbbször pszichológiai, orvosi problémának tekintik, és gyógyszeresen is kezelik. Ma sokszor a személyes, életvezetési problémákat (például házassági konfliktusok, középkorúak válsága stb.) is orvosi terminusokban fogalmazzák meg, s az egészségügytől várnak megoldást rá (például házasságterápia, pszichiátriai ellátás). Így a mai tendencia az, hogy egyre nő a betegek száma, főleg azért, mert a betegség határait egyre tágabban vonják meg, annyira tágan, hogy szinte minden nemkívánatos testi vagy lelki állapot betegségnek tartható. Ha – ahogyan a WHO definiálja – az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapota, akkor ma jóformán mindenki beteg, s mindenki az egészségügy illetékességi körébe utalható. Mindehhez társul a betegek részéről egyfajta passzív, fogyasztói attitűd az egészségüggyel szemben, amely az egészséget megvehető árucikknek tekinti, amelyet az egészségügyben éppúgy „készen" lehet kapni, mint egy autót vagy egy videomagnót az üzletben. Ezen attitűd szerint az egészségügy a beteg közreműködése nélkül meg tud oldani minden egészséggel kapcsolatos problémát. Az elhízottat tablettákkal lefogyasztja, a szívinfarctust tablettákkal megelőzi, az idegeseket tablettákkal megnyugtatja, az álmatlanokat altatóval könnyű alváshoz segíti stb. Ez azért helytelen, mert elsikkad az egészségért való egyéni felelősség gondolata, az a tény, hogy egészségéért mindenki saját maga teheti a legtöbbet, s hogy az említett esetekben az életstílus megváltoztatása sokkal többet segíthet, mint bármiféle orvosi kezelés. Mivel az egészségügy ritkán tud eleget tenni az eleve irreális várako-

zásnak, így világszerte nőtt a vele szemben tapasztalható elégedetlenség, s létrejöttek azok az ellenmozgalmak, amelyek korlátozni kívánják a modern orvosi technológia használatát – demedikalizációt követelnek (például a természetes szülés mozgalma, a természetes halálhoz való jog követelése, s az ezt megvalósítani kívánó hospice-mozgalom stb.). Az orvosi ellátás bizonyos részeinek nem orvosok általi helyettesítése (deprofesszionalizáció) is napjaink jelensége (például az egészségért való egyéni felelősség fokozott hangsúlyozása, az alternatív medicina és a természetgyógyászat térnyerése, önsegítő betegcsoportok és önterápiás módszerek – például autogén tréning – terjedése stb.)[17].

7. A költségrobbanás fontos oka az is, hogy a mai egészségügy túlságosan *kuratív szemléletű,* nem fordítanak elegendő pénzt kutatásra, s így nem alakulnak ki elég gyorsan a költségkímélőbb definitív technológiák. Az egészségügyi technológiákat egy USA elnöki bizottsági jelentés[18] két csoportra osztotta: a definitív és a fél-definitív technológiákra. A definitív technológiák olyan megelőző, gyógyító vagy rehabilitációs eljárások, amelyek egy betegség etiológiájának és patomechanizmusának tudományos megértésén alapulnak, s ezért általában a betegség hatásos, olcsó és egyszerű megelőzését vagy kezelését teszik lehetővé. Ilyen például a fertőző betegségek elleni védőoltás, illetve antibioticus kezelés, de ide tartozik a diabetes, a köszvény, a trachoma stb. kezelése is.

A technológiák másik csoportját a fél-definitív technológiák jelentik. Ezek olyan palliatív orvosi kezelések, amelyek csak enyhítik a betegség tüneteit, de okukat nem szüntetik meg, magát a kórfolyamatot nem befolyásolják. Így a betegséget meggyógyítani nem tudják, mert nem a betegségfolyamat megértésén, okának tisztázásán alapulnak. Idetartozik például az agyvérzés, a szívinfarctus, a rosszindulatú daganatok, az arteriosclerosis, az emphysema, a schizoprenia stb. kezelése, vagyis a ma leggyakoribb betegségek kezelésének nagy része. Egy betegség patomechanizmusának és okának megértése a kezelést szinte mindig olcsóbbá teszi. A járványos gyermekbénulás (poliomyelitis) három vírusának izolálása előtt például még e század közepén is csak nagyon költséges kezeléssel lehetett a betegség áldozatait életben tartani (vastüdő), és bonyolult ortopédiai korrekciós műtétekkel lehetett a bénulások hatásait valamelyest csökkenteni. A mai megoldás, amely a vírus izolálásán és a védőoltás bevezetésén alapul (Sabin-cseppek), olcsó, s tökéletes egészséget biztosít, így orvosilag is hatásosabb. Nyilván ezt az utat fogják bejárni a ma még nagyon költséges és rossz orvosi hatásfokú fél-definitív technológiákon alapuló kezelések is. Tipikus palliatív kezelés manapság például a művesekezelés, illetve az azt szerencsés esetben követő vesetranszplantáció. Mindkettőre a krónikus nephritis következtében kialakuló veseelégtelenség következtében van szükség. A definitív technológia ebben az esetben nyilván a krónikus nephritisek pontosabb megértésén alapuló megelőzésen fog alapulni, amely olcsóbb lesz, s orvosilag is megfelelőbb.

A mai orvostudomány sikereit nagyrészt a definitív technológiának köszönheti, s ezek híján ma éppoly tehetetlen lenne – a mai fejlettebb technológia ellenére is – a súlyos fertőző betegségekkel szemben, mint régen. Mit tudna például a mai medicina kezdeni egy középkorihoz hasonló méretű himlőjárvánnyal, amely a lakosság felét megbetegítette néhány hónap alatt? A mai kórházak, gyógyszerek stb. éppúgy elégtelenek lennének ilyen tömegű beteg néhány hónap alatti ellátására, ahogyan a középkori medicina is az volt, s az, hogy ma nincs fekete himlő a Földön, a bevezetett definitív technológiának (védőoltás) köszönhető. Mindez arra utal, hogy az egészségügy mai problémáit valószínűleg nem lehet úgy megoldani, hogy növeljük a fél-definitív technológiák finanszírozását, vagyis több pénzt fordítunk arra, hogy a már létező technológia mindenki számára elérhető legyen. Az orvostörténetből inkább az a tanulság vonható le, hogy a betegségek okainak, patomechanizmusának megértéséért folytatott kutatások fogják az olcsó és mindenki számára biztosítható megoldást, a definitív technológiát létrehozni a ma leggyakoribb betegségek gyógykezelésére és megelőzésére is. Mindebből tehát az a következtetés vonható le, hogy az orvosi technológia fejlődése csak akkor jelent költségrobbanásszerű drágulást is egyben, ha az a fél-definitív technológiák fejlesztését jelenti. A betegségfolyamat pontos megértésén alapuló definitív technológiák elterjedése a költségek csökkenése irányába hat. (Gondoljunk bele, mennyibe kerül ma a Sabin-cseppek biztosítása egy ország teljes újszülöttlakossága számára, s menynyibe kerülne a kétévente visszatérő gyermekbénulás-járványok áldozatainak kezelése, az életben maradottak számára élethossziglan tartó intézeti vagy otthoni kezelés költségeinek biztosítása stb.)

Így bizonyos mértékben az a paradoxon is felállítható, hogy az egészségügyi költségrobbanás nem annyira az egészségügyi technológia túlfejlettségének, hanem inkább alulfejlettségének köszönhető, annak, hogy túl sok mai kezelés csak félmegoldást jelentő palliatív terápia. Az ezeket felváltó definitív eljárások csak kutatással fejleszthetők ki, amelyek viszont csak akkor finanszírozhatók megfelelően, ha az eddigi kuratív dominanciájú egészségügy prioritásai megváltoznak, s a kutatás és a prevenció jóval nagyobb szerepet kap, mint eddig.

AZ EGÉSZSÉGÜGY SZEREPE AZ EGYÉN EGÉSZSÉGÉNEK FENNTARTÁSÁBAN

A betegségek történetében az első letelepedett agrárállamok időszakától kezdve egészen a XIX. század elejéig az akut, fertőző betegségek (például tbc, kolera, pestis, fekete himlő) voltak a leggyakoribbak. Időről időre hatalmas járványok söpörtek végig, amelyek mai mértékkel szinte elképzelhetetlen arányú pusztítást vittek végbe. JUSTINIANUS Rómájában például a pestis az akkori lakosság hozzávetőlege-

sen felét–kétharmadát megölte[19]. Az 1348-as angliai pestisjárvány az akkori angol lakosság egynegyedét elpusztította. A gyermekhalál mindennapos jelenség volt[20].

Az utolsó 150 évben azonban a kép lényegesen módosult. A születéskor várható átlagos élettartam nagymértékben megnőtt, például Angliában a férfiak számára 1840-ben ez 40 év volt, 1978-ban 70 év, s ez a növekedés elsősorban a csecsemőhalálozás nagymértékű csökkenésével magyarázható[21]. Ugyanakkor az akut fertőző betegségek visszaszorultak, s ma már a krónikus, nem fertőző betegségek dominanciája a jellemző (daganatos betegségek, szív- és érrendszeri betegségek stb.) a világ iparilag fejlett országaiban. Kézenfekvő lenne azt gondolni, hogy az akut fertőző betegségek eme látványos visszaszorulását az orvostudomány fejlődése, a védőoltások elterjedése, a fertőzések elleni nagyhatású antibioticumok kifejlesztése okozta. Számos adat azonban arra utal, hogy ez a magyarázat nem állja meg a helyét. Angliában például 1840 óta folyamatosan csökken a tbc-s halálozás, annak ellenére, hogy a tbc kórokozóját, a Mycobacterium tuberculosist csak a múlt század végén fedezték fel, a tbc elleni hatásos kemoterápia csak e század negyvenes éveinek a végén, a BCG-oltás pedig csak az ötvenes évek elején vált elérhetővé. Hasonló képet látunk az influenza, a pneumonia, a bronchitis halálozási görbéjén is, amely értékek Angliában például 1900 óta folyamatosan csökkennek, holott hatásos kemoterápia csak a harmincas évek végétől létezik ellenük[22]. A jelenség legvalószínűbb magyarázata az, hogy a jobb táplálkozás, a jó ivóvíz, a modern közegészségügyi rendelkezések és legfőképpen az életkörülmények általános javulása váltotta ki az akut, fertőző betegségek látványos visszaszorulását, és nem elsősorban az orvostudomány fejlődése. TAYLOR kísérletesen is igazolta, hogy két afrikai település közül egyikben az orvosi ellátást, másikban a táplálkozást megjavítva az utóbbi sokkal nagyobb javulást idézett elő a lakosok egészségi állapotában, mint az előbbi[23]. Becslések szerint az egészségügy szerepe az egészségi állapotot jellemző paraméterek változásában mindössze 10%[24]. Az USA halálozási mutatóinak elemzésével az idő előtti halálozást 50%-ban a beteg életmódjára, illetve magatartására lehetett visszavezetni (elhízás, élvezeti cikkek túlzott fogyasztása, mozgásszegény életmód, gondatlan vezetés miatti baleset), 20%-át örökletes tényezőkre s újabb 20%-át környezeti tényezőkre (például víz- és levegőszennyezettség)[25].

Mindeme adatokból tehát az a következtetés vonható le, hogy az egyén egészségi állapotát döntően nem az ország egészségügyének fejlettsége, kórházi ágyakkal, orvosokkal stb. való ellátottsága határozza meg, hanem műveltsége, életszínvonala, életkörülményei, életmódja. Ha tehát például egy gondolatkísérlet keretében az igen jól szervezett svéd egészségügyet orvosokkal, műszerekkel, kórházakkal együtt áttelepítenénk például Etiópiába, míg az etióp egészségügyet Svédországba, ez a csere valószínűleg nem vezetne sem a svéd lakosság egészségi állapotának jelentős rosszabbodásához, sem az etióp lakosság egészségi állapotának érdemleges javulásához. Távolról sem igaz tehát az az egyenlet, amely szerint az egészség-

ügy egyenlő egészséggel, vagyis nem igaz az az állítás, miszerint minél többet költ egy ország az egészségügyre, annál jobb lesz lakosainak az egészségi állapota. Sokszor nehéz megmondani, hogy ha egy ország lakosainak egészségi állapotát javítani akarjuk, akkor cselekszünk-e helyesen, ha a rendelkezésre álló többletforrásokat az egészségügyre költjük, vagy akkor, ha oktatásra, közlekedésre stb. A baleseti sérülésekből eredő halálozás javítható például az egészségügyön keresztül is, úgy hogy jobban felszerelt, elérhetőbb traumatológiai intézeteket hoznak létre, de javítható – valószínűleg sokkal hatékonyabban – az egészségügyön kívüli tényezők változtatásával is, például az úthálózat fejlesztésével, a közlekedési szabályok módosításával, jobb közlekedési morál megteremtésével stb. Ha egy terület szív- és érrendszeri halálozását akarjuk csökkenteni, akkor a probléma egy lehetséges megközelítése, hogy az adott területen egy jól felszerelt kardiológiai központot hozunk létre, amely magas szinten fogja kezelni azokat, akik például szívinfarctust kaptak. A másik lehetséges megoldás azonban egy sportcentrum létesítése, mely a sportolási lehetőségek megteremtésével segít megelőzni a jövendő szívinfarctusokat. Amit tehát a kardiológiai centrum drágán és rossz hatásfokkal tesz (hiszen a már infarctust kapott beteget nem lehet tökéletesen meggyógyítani), azt a sportcentrum olcsóbban és sokkal jobb hatásfokkal végzi. Hasonló dilemma jelentkezik akkor, ha egy országban a koraszülöttek túlélési arányát akarjuk javítani. Ez is elérhető az egészségügyön keresztül, jobb neonatalis intenzív osztályokkal, műszerekkel stb., de elérhető a koraszülés megelőzésével is, például az abortus szexuális felvilágosítással való megelőzésével, a terhes anyák egészségügyi felvilágosításával a dohányzás, az alkohol káros hatásairól stb.

Közgazdaságilag úgy is fogalmazhatunk, hogy az egészség olyan árucikk, amelynek legfőbb szolgáltatója nem az egészségügy, hanem az egészségügyön kívüli tényezők, hiszen a jó utak, a szigorú közlekedési szabályok stb. szintén egészséget „termelnek”[26].

A baj éppen az, hogy ma az egészségügyi technológia fejlesztésével oldanak meg – igen drágán – sok olyan problémát, amelynek megoldása prevencióval sokkal olcsóbb és hatékonyabb lenne. A mai egészségügyi rendszerek a kezelés, a kuráció körül szerveződnek, s bár a prevenció fontosságát retorikailag elismerik, a gyakorlatban nagyon csekély szerepet kap. Hasonlattal élve, ha egy hegyoldalban kanyargó útról rendszeresen lezuhannak az azon közlekedő autók a lent elterülő völgybe, akkor ennek a problémának nem az a jó megoldása, hogy egy traumatológiai intézetet telepítünk a völgybe, s igyekszünk megmenteni azokat, akik már lezuhantak, hanem az, hogy például egy védőkorlát építésével megakadályozzuk az autók további lezuhanását. A mai egészségügyi rendszerek – mindenütt a világon – az előbbi példa völgybe telepített traumatológiai intézetére hasonlítanak: ésszerűtlenül sok pénzt költenek a rossz hatásfokú és drága kezelésre, és alig használják az olcsóbb és jóval hatásosabb prevenciót.

Paradox módon tehát a többletpénzt nem az egészségügyre költve sokszor az egészségi állapot sokkal drasztikusabb javulását lehet elérni, mint a pénz közvetlen egészségügyi felhasználásával. A közgazdász FUCHS vizsgálatai szerint például minden egyes többlet dollár, amelyet az oktatásra költenek, jobban csökkenti a halálozást, mintha az adott dollárt közvetlenül az egészségügyre költenék[27].

Mindezeket az adatokat figyelembe véve az egészségügyi költségrobbanás úgy is értelmezhető, hogy az, hogy az emberek az egészségügytől várják egészségi problémáik megoldását, azt jelenti, hogy több pénz befektetésével kevesebb egészséghez jutnak, mintha a rendelkezésre álló pénzt – nem az egészségügyi szektoron keresztül – inkább megelőzésre fordítanák[28].

AZ EGYÉNI FELELŐSSÉG KÉRDÉSE AZ EGÉSZSÉG FENNTARTÁSÁBAN

Az, hogy az egyén felelős saját egészségi állapotáért, és a betegség sokszor egyfajta büntetés a kicsapongásokért és a mértéktelen életmódért, már az ókortól kezdve hosszú időn keresztül szinte közhelynek számított[29]. Csak a XIX. század végén kezdték ezt a felfogást komolyan megkérdőjelezni, amikor fény derült arra, hogy a rossz társadalmi helyzet, a szegénység és a betegségek között összefüggés van. Ekkoriban kezdtek politikusok, reformerek az egészségért való társadalmi felelősségről beszélni, hiszen nyilvánvaló volt, hogy a betegségek legfőbb okai – a szegénység, az éhség, a rossz életkörülmények stb. – csak megfelelő politikai, társadalmi, gazdasági intézkedésekkel szüntethetők meg[30]. Az egészségért való egyéni felelősség gondolatának rövid ideig tartó háttérbe szorulása után azonban az utóbbi néhány évtizedben ismét előtérbe került ennek hangsúlyozása. A XIX. század végéig leggyakoribb akut fertőző betegségekkel szemben mára a fejlett országok betegségstruktúrájára a krónikus nem fertőző betegségek (szív- és érrendszeri, daganatos betegségek) uralkodóvá válása a jellemző. Ezek kialakulásában viszont az életmódnak döntő szerepe van. Az USA halálozási statisztikái szerint például a halálokok 67%-a olyan betegségek következménye, amelyeknek kialakulásában vagy súlyosbodásában az alkoholfogyasztásnak, a dohányzásnak, az elhízásnak szerepe volt, vagyis olyan tényezőknek, amelyek az egyén életmódjától függnek, s melyeket az egyén a viselkedésével befolyásolni képes[31]. Ezért egyre gyakrabban vetik fel, hogy ha elismerjük az egyén jogát az egészségügyi ellátáshoz, akkor beszélnünk kell a saját egészségéért való felelősségéről is, hiszen ha valaki felelőtlen, egészségkárosító életmódja következtében beteg lesz, akkor egy államilag finanszírozott, adókból fenntartott egészségügyben voltaképpen mások fizetik meg az illető felelőtlen életmódjának a költségeit. Nem igazságos – szól az érvelés –, ha az egyén szabadon dönti el, hogy milyen életmódot folytasson, ugyanakkor életmódja

egészségügyi következményeiért, mellékhatásaiért a terheket nem ő, hanem mások, végső soron a társadalom viseli[32]. Gyakori ezért az a javaslat, hogy például a dohány-, alkohol- stb. termékekre egészségügyi büntetőadót vessenek ki, s az így befolyt többletből finanszírozzák az alkoholfogyasztásból és a dohányzásból eredő betegségek kezelését. Ily módon tehát az egészségkárosító életmódot folytatók megfizetnék káros szokásaik egészségügyi többletköltségeit.

Ez az érvelés azonban csak akkor lenne meggyőző, ha számításokkal azt is igazolni lehetne, hogy aki egészségkárosító életmódot folytat, annak az egész élete során igénybe vett egészségügyi ellátási költsége nagyobb, mint azoké, akik egészséges életmódot folytatnak. A valóság azonban valószínűleg ennek az ellenkezője. Ugyanis, ha például egy erős dohányos 55 éves korában meghal tüdőrákban, akkor e betegségének a kezelése ugyan többletkiadást jelent az egészségügy számára, viszont az, hogy az illető – korai halála miatt – nem veheti fel a nyugdíját, nem szorul az idős korra jellemző krónikus-degeneratív betegségek miatt esetleg évtizedekig kezelésre, jelentős költségmegtakarítást jelent az egészségügy számára. Mivel az egy egyén által igénybe vett egészségügyi szolgáltatások és költségek nagy része idős korra esik, s minél idősebb valaki, annál több egészségügyi ellátásra szorul, ezért a korai halál gazdaságilag az egészségügy számára nyereség, hiszen így az illető sok szolgáltatást, amelyet biztosan igénybe venne, ha késő öregkoráig élhetne, nem fog igénybe venni[33]. Paradox módon tehát az egészségügy egy egyén korai halálával takarít meg anyagilag a legtöbbet, s ha kizárólag a költségek csökkentése lenne a cél, akkor éppen azokat kellene egészségügyi büntetőadóval sújtani, akik egészséges életmódot folytatva valószínűleg sokáig élnek, és ezért hosszabb ideig fogják igénybe venni az egészségügyet[34]. Szigorúan költség– haszon elemzéssel tehát éppen a korai halál gazdaságilag a legkifizetődőbb, s mivel ez természetesen elfogadhatatlan, ez is mutatja, hogy mennyire korlátozottan használhatók az egészségügyben a költség–haszon elemzések önmagukban[35].

A megelőzés orvosilag kétségtelenül a legjobb megoldás, ugyanakkor gazdaságilag igen drága, hiszen eredményeként növekszik az élettartam, és ez nagyszámú új és még nehezebben kezelhető betegséget fog jelenteni. Az időskori betegségek elleni harc olyan, mint a mesebeli hétfejű sárkány elleni küzdelem, ahol minden levágott fej (meggyógyított betegség) helyébe több újabb keletkezik, vagyis minden egyes siker nemhogy csökkentené, de megsokszorozza a problémákat. Ezért minél sikeresebb a megelőzés, annál többen érik meg az öregkort, s annál nagyobbak lesznek az egészségügyi költségek. Ezért a sikeres medicina, amely a betegeket késő öregkorukig életben tudja tartani, sokkal nagyobb egészségügyi költségekhez vezet, mint a kevésbé sikeres[36].

Összefoglalva mindezeket látható, hogy a különböző egészségügyi büntetőadók mellett nem jó érvelés az, amely ezeket az egészségkárosító életmódot folytatók egészségügyi többletköltséget okozó hatásával igazolja. Ilyen büntetőadók leg-

feljebb azzal az érveléssel indokolhatók, hogy ezek – nehezebbé téve az egészségkárosító élvezeti cikkekhez való hozzájutást – egészségesebb életmódra ösztönzik az embereket.

Az egészségért való egyéni felelősség kifejlesztésének a legmegfelelőbb módja azonban az egészségnevelés, lehetőleg iskolás korban, amikor még az egészségkárosító szokások nem alakultak ki. Mindenkinek alapvető joga, hogy megismerhesse, milyen táplálkozási, életmódbeli stb. szokásokkal őrizhető meg az egészsége, mely tényezők vezetnek betegségre, mit tehet az egyén ezek elkerülésére stb. Ma nagyon kevés ország iskolarendszerében van hatékony egészségnevelés, az erre vonatkozó információk nagy része élelmiszer-áruházak, népszerű magazinok reklámanyagaiból származik[37]. A hatékony egészségnevelés feladata annak világos megmutatása, hogy a legtöbbet az egészségéért az egyén tehet, az egészségügy csak segíteni tud neki ebben, de ezt a feladatot tőle nem vállalhatja át. A betegeknek látniuk kell, hogy a betegség nem elkerülhetetlen sorscsapás, amely kiszámíthatatlan szeszéllyel éri el az egyik embert és kerüli el a másikat, és az egészség sem a sors kegyes ajándéka, hanem bizonyos szokások és életmód nagy valószínűséggel betegséghez vezet, ugyanakkor az egészséges életmód szabályainak a betartásával számos betegség elkerülhető, s az egészség megőrizhető. Az ezt alátámasztó számos vizsgálat közül hadd utaljunk itt BRESLOW és BELLOC vizsgálataira. Ők 7000 felnőttet követve úgy találták, hogy a várható élettartam és az egészség szignifikáns kapcsolatban áll a következő életmódbeli jellemzőkkel:

- Naponta legalább 3 étkezés „nassolás" nélkül.
- Minden nap reggeli.
- Mérsékelt (heti 2-3-szori) testmozgás.
- Legalább napi 7–8 óra alvás.
- A dohányzástól való tartózkodás.
- Normális testsúly.
- Normális (alkalmankénti) alkoholfogyasztás.

A vizsgálatok szerint egy 45 éves ember, aki az előbbi 7 közül 3 vagy annál kevesebb jellemzővel rendelkezik, még átlagosan 21,6 életévre számíthat, ha viszont legalább 6 vagy mind a 7 jellemző rá, átlagosan 33,1 évet várhat[38, 39]. Vagyis az életmódban jelentkező viszonylag csekély (és nagyrészt az egyéntől függő) változás 11 többlet életévet jelenthet az egyén számára. Ha figyelembe vesszük, hogy 1900 és 1978 között például Angliában a 45 éves korban még várható életévek száma mindössze 4-5 életévvel emelkedett, annak az óriási fejlődésnek az ellenére, amelyet a medicina és a társadalmi körülmények ez alatt az idő alatt mutattak, akkor látható, hogy az életmód nem is alapvető, de tömeges megváltozása többet javíthatna a lakosság egészségi állapotán, mint az utóbbi 70 év minden társadalmi és orvosi

fejlődése együttvéve. Ezek az adatok egyértelműen arra mutatnak, hogy az egyén jelentős mértékben felelős az egészségéért, és a jövőbeli társadalom egészsége nem kis mértékben attól függ majd, hogy az egyes emberek mennyit lesznek hajlandók tenni saját egészségük megőrzéséért. Ma az emberek általában túl sokat várnak a medicinától és túl keveset saját maguktól. Ha megbetegednek, orvoshoz fordulnak, ami természetesen fontos, de az életmódjukat, amely a betegségek jelentős részének kiváltó tényezője, nem változtatják meg, noha ezzel – hosszú távon – sokkal többet javíthatnának egészségi állapotukon, mint bármiféle orvosi kezeléssel. Az egészségi állapot javítása általában tehát nem a medicinában lezajló forradalmi áttöréstől vagy az egészségügyi rendszer radikális megváltoztatásától várható, hanem a gondolkodás megváltozásától, egyfajta egészséggel kapcsolatos tudatosság kialakulásától.

A SOROLÁS ETIKAI ELVEI ÉS GYAKORLATA A MAI EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREKBEN

A sorolás az egészségügyi ellátás olyan korlátozását jelenti, amelynek révén egy beteg – az erőforrások szűkössége miatt – nem kap meg minden olyan ellátást, amely állapotában orvosilag hasznos lenne. Soroláskor a marginálisan hatékony, vagyis kis hasznú, de nagy költségű beavatkozásokat anyagi, takarékossági okokból sokszor nem végzik el[40]. Soroláskor tehát a beteg számára csak korlátozottan hozzáférhető egy olyan orvosi ellátás, illetve kezelés, amelyre egyébként joga lenne. Ilyenkor a beteg vagy egyáltalán nem, vagy nem időben kapja meg a számára szükséges kezelést[41].

A retorikában, a politikai nyilatkozatok szintjén a sorolás a mai egészségügyben nem létezik. Gyakran hallható kijelentés egészségügyi intézmények részéről, hogy „nálunk minden beteg minden olyan ellátást megkap, amely számára orvosilag szükséges”[42]. A legtöbb fejlett ország politikai nyilatkozatai is azt szokták deklarálni, hogy egy betegnek joga van az orvosi ellátás mindazon formáira, amelyek állapotában segíthetnek, amelynek alkalmazásából a betegnek akárcsak minimális haszna is lehet. Ez a formula igen elterjedt, széles körben hangoztatott, és ma az egészségpolitikai retorika fontos része. Első pillanatban úgy tűnik, hogy a „mindenkinek minden szükségeset” elve helyes és a gyakorlatban is érvényesülő elv, hiszen a tradicionális orvosi etika több ezer éve hirdeti, hogy a betegért mindent meg kell tenni, anyagi szempontokra való tekintet nélkül, és hányszor hangzik el gyakorló orvosok szájából is az az elhunyt hozzátartozójának szánt megnyugtató mondat: „Mindent megtettünk érte, ami emberileg lehetséges volt”.

Alaposabb vizsgálattal azonban oda jutunk, hogy a „mindenkinek minden szükségest” elve – bár roppant csábítóan hangzik – elméletileg nem tartható, és a való-

ságos orvosi gyakorlat sem ezen elv szerint alakul. A gyakorlatban ugyanis nincs a világon olyan gazdag egészségügyi rendszer, amely minden beteg számára minden szükséges orvosi ellátást biztosítani tud, szükséges ellátás alatt azokat a beavatkozásokat értve, amelyekből a betegnek valamilyen (akárcsak minimális) haszna is származhat. Mivel ilyen széles körű ellátást adni lehetetlen, ezért a gyakorlatban a „szükséges" orvosi ellátást szűkebben szokták definiálni, s olyan eljárást értenek alatta, amely nemcsak minimálisan hasznos a beteg számára, hanem eléggé hasznos ahhoz, hogy indokolja a beavatkozást. Látható azonban, hogy ez a megfogalmazás meglehetősen homályos, és lényegében elfedi azt a tényt, hogy nem kap meg mindenki mindent, amelyből haszna lehet. Az előbbi terminológiai különbségek világossá tételére CALLAHAN[43] kétfajta sorolást különböztet meg: a kemény (hard) és a puha (soft) sorolást. A puha sorolás a sorolás alkalmi, nem szisztematikus módja, amelynek során úgy dől el, hogy ki milyen kezelést kap, illetve nem kap, hogy eközben senki nem dönt világosan, tudatosan arról, hogy valamelyik betegnek – takarékossági okból – egy mérsékelten hasznos kezelést vagy beavatkozást nem fognak megadni. A puha sorolást alkalmazva tehát még a sorolást végző orvos számára sem válik tudatossá az a tény, hogy most sorolást végez. Itt az eszközök elosztása spontán történik, egyedi orvosi döntések során, ahol a sorolást végrehajtó orvos maga is azt gondolja, hogy szakmai szempontok alapján dönt, s nem világos számára, hogy valójában implicit erkölcsi kritériumokat használ a döntéséhez. A kemény sorolás ezzel szemben a ritka eszközök nyílt, explicit kritériumok alapján való elosztását jelenti, ahol mind az orvos, mind a beteg tisztában van vele, hogy a sorolás révén – az eszközök hiányában, takarékossági okból – szükséges (habár legtöbbször csak mérsékelten szükséges) orvosi kezelésről mondanak le, vagyis a beteg nem kap meg mindent, amelyből orvosilag haszna lehetne. Ma mindenütt a világon a puha sorolás az elterjedt, csak rendkívül ritkán fordul elő, hogy a kemény sorolás eljárásához folyamodnának. Ennek oka az, hogy a puha sorolás kevésbé látható, ezért politikailag, pszichológiailag kevésbé kényes, mint a kemény sorolás[44]. Ugyanakkor mindenképpen az lenne a cél, hogy ha sorolásra szükség van (és minden egészségügyi rendszerben szükség van rá), akkor azt nyíltan, nyilvánosan ellenőrizhető kritériumok alapján végezzék. A puha sorolás ugyanis – éppen mert nem nyilvános – nyilvánosan nem is ellenőrizhető s nem is vitatható, ezért sokszor erkölcsileg elfogadhatatlan kritériumok alapján történik, és így igazságtalan. A kemény sorolás látszólag fájdalmasabb, de mivel a kritériumai nyilvános vita eredményeként alakulnak ki, ezért valószínűleg jóval megfontoltabb döntést jelent, mint a puha sorolás[45]. A kemény sorolás által szükségessé tett publicitás azt is biztosítja, hogy egy társadalom a makroallokációs döntéseit is újragondolja, vagyis ne túl könnyen, ne túl kevés vitával kössön ki egy olyan elosztási séma mellett, amely szükségtelenül olyan eszközök, eljárások hiányához vezet, amelyeknek nem kellene elérhetetlennek lenniük[46].

Nézzünk néhány példát a puha és a kemény sorolásra és ezek előnyeire és hátrányaira.

A puha sorolás

1. példa[47]

Egy betegnek inoperabilis gyomorrákja van, amely már áttéteket képezett más szervekben is. Ahogyan a rákos daganat nő a gyomorban, és annak falát elroncsolja, ereket is áttör, erős vérzést indítva el. Az első ilyen alkalommal a betegnek transzfúziót adnak, és ezzel megmentik az életét. Néhány nap múlva újabb eret tör át a daganat, ismét vérzést keltve, és ez így fog folytatódni egészen a beteg néhány héten belül bekövetkező haláláig. A kérdés az, hogy mindig újból és újból transzfúziót kell-e adni ilyenkor, néhány nap alatt jóformán a kórház teljes vérkészletét kimerítve, vagy pedig le kell mondani az újabb transzfúziókról, azzal az indoklással, hogy a betegen már úgysem lehet segíteni? Az emberi jogok nyelvén megfogalmazva a kérdést, ha a beteg addig szeretne élni, ameddig csak lehetséges, és azt akarja, hogy mindent tegyenek meg életének meghosszabbításáért, akkor ebben az esetben joga van-e arra, hogy annyiszor kapjon transzfúziót, ahányszor ez szükséges, vagy az egészségügyi ellátáshoz való joga arra már nem terjed ki, hogy egy kórház teljes vérkészletét a rendelkezésére bocsássák csak azért, hogy ezzel haldoklását még néhány nappal megnyújtsák?

E konkrét (Angliában történt) esetben az orvosok a második vérzést követően nem adtak több transzfúziót, azzal az indoklással, hogy a betegnek orvosilag már semmi hasznosat nem lehet tenni, a kórház vérkészletét pedig érdemes olyan betegek ellátására tartalékolni, akiknek a transzfúzióból még több hasznuk is lehet[48]. Ez a gondolatmenet azonban – az orvosi érvelést szó szerint értelmezve – helytelen, hiszen nem igaz, hogy a vérző beteg számára már semmi hasznosat nem lehetett volna tenni. A vérző betegnek – különösen, mivel életének meghosszabbítását kívánta – az újabb és újabb transzfúziók orvosilag igenis hasznosak lettek volna, hiszen meghosszabbíthatták volna az életét még néhány nappal. Gondolhatja persze valaki úgy, hogy az ilyen rossz állapotban lévő beteg életét már nem érdemes néhány nappal meghosszabbítani, ez azonban már a beteg életének értékéről alkotott erkölcsi és nem az orvosi kezelés hasznosságáról alkotott orvosi ítélet. A valóságban az orvos nem azért nem adott transzfúziót a betegnek, mert az számára már nem lett volna orvosilag hasznos, hanem azért, mert nem tartotta volna a ritka eszköz (vér) ésszerű és igazságos felhasználásának azt, hogy azt egy haldokló haldoklásának az elnyújtására használja fel, ily módon veszélyeztetve egy másik beteg vérrel való ellátását, akinek esetleg több haszna lett volna belőle[49]. Ez a – meglehetősen

rutinszerű – eset is azt mutatja, hogy az orvosi gyakorlat nem tesz meg mindent, a költségekre való tekintet nélkül egy beteg életének a megmentéséért, hanem igenis figyelembe vesz igazságossági szempontokat, vagyis például a többi beteg érdekét annak eldöntésében, hogy egy beteg egy ritka eszközzel való kezelésben részesüljön-e vagy sem. A probléma nem is ez, hanem az, hogy – amint az ebben az esetben is történt – nem mondják ki világosan, hogy más betegek érdekében, az igazságosság kedvéért nem alkalmaznak egy betegen egy számára hasznos, mert életmentő beavatkozást, hanem azt mondják, hogy az adott esetben nincs a beteg számára hasznos beavatkozás, és ezért tekintenek el tőle. Így a döntés szigorúan orvosi-szakmai döntésként jelenik meg, elhomályosul az a tény, hogy a beteg számára létezett volna hasznos orvosi beavatkozás, csak azt nem alkalmazták, mert úgy ítélték meg, hogy annak haszna a beteg számára kisebb lett volna, mint költsége más betegek számára. A probléma ily módon való nyílt megfogalmazása azonban világossá tette volna, hogy itt nem szakmai kérdés eldöntéséről van szó, hanem morális dilemma megoldásáról.

2. példa[50]

Egy beteg azzal fordult orvoshoz, hogy fáj a torka. Ilyen esetben az orvosi tanács rutinszerűen az, hogy a beteg 4–5 napon keresztül csak vitaminokat szedjen, hiszen az ilyen torokfájásokat legtöbbször vírusfertőzés okozza, amely ellen hatásos terápia nincsen, és a fertőzés néhány nap alatt magától is elmúlik. Ha azonban a beteg torka 5 nap elteltével még mindig fájna, akkor már valószínűsíthető a bakteriális fertőzés, és ezért ilyenkor már antibioticumot szoktak adni. Ezt az eljárást követte az orvos az adott esetben is, de időközben kiderült, hogy a betegnek mycoplasma-fertőzése volt. A fertőzés a véráramon keresztül a gerincvelőt ellátó egyik kis erecskébe bejutva, ott thrombosist okozott, és a beteg deréktól lefelé való megbénulását idézte elő.

Ez a példa is jól mutatja az egészségügyi ellátáshoz való jog korlátait. Ha ugyanis egy orvos mindenben a szakma legszigorúbb szabályai szerint akarna eljárni, akkor minden egyes torokfájós betegének torokváladék-leoltását és annak bakteriológiai vizsgálatát rendelné el. Mivel ez a betegség nagyon gyakori, e gyakorlatnak óriási költségei lennének. Kétségtelen viszont, hogy ezt a gyakorlatot követve az említett mycoplasma-fertőzött beteg nem bénult volna meg, fertőzését előbb felfedezték és gyógyíthatták volna. A ma általánosan elterjedt szokás – hogy nem végzik el rutinszerűen minden torokfájós beteg torokváladék-leoltását – költségkímélés okán jött létre, noha ennek a gyakorlatnak is van „költsége": ilyen például az itt szereplő, fel nem ismert mycoplasma-fertőzés miatt megbénult beteg. A gyakorlat mögött álló logika – explicit formában megfogalmazva – túl durván hangzik: több tízezer torokfájós betegből egy mycoplacma-fertőzött kiszűrése és megbénulásá-

nak megakadályozása nem éri meg azt az óriási költséget, amelyet minden torokfájós beteg rutinszerű torokváladék-leoltása jelentene.

Az itt felhozott két példa azonban csak a jéghegy csúcsát jelenti. Valójában ha költségszempontok az orvoslásban nem játszanának szerepet, akkor minden betegen diagnosztikus vizsgálatok tucatjait kellene elvégezni, hiszen minden újabb diagnosztikus beavatkozás egy kicsit növeli a diagnózis biztonságát[51]. Annak is takarékossági oka van, hogy minden szűrővizsgálatot is viszonylag ritkán (például csak évente vagy kétévente) végeznek el, hiszen például egy havonta végzett szűrővizsgálat biztosabbá tenné, hogy az esetleges betegséget korábbi stádiumban fedezzék fel. Mindezekben az esetekben tehát nem az egyes betegek érdeke, hanem a túl nagy költségek szólnak a ritkább szűrővizsgálatok, illetve a kevesebb diagnosztikus beavatkozás mellett[52]. A medicinában gyakran hivatkoznak arra, hogy egy beavatkozást azért nem végeznek el, mert abból a betegnek orvosilag már nem lenne haszna. Annak eldöntésére, hogy ez az indoklás egy adott esetben igaz-e, gyakran használt „teszt" a következő: Ha a beavatkozást az orvos akkor sem végezné el, ha az ahhoz szükséges eszközök korlátlanul állnának a rendelkezésére, akkor valószínű, hogy az orvosilag valóban haszontalan. Ellenkező esetben azonban költségszempontok motiválják a beavatkozás megtagadását és nem kizárólag a beteg érdeke.

A mindennapi orvosi gyakorlatra nem áll tehát, hogy minden betegért minden lehetőségest megtesz, költségekre való tekintet nélkül. Ez a gyakorlat igenis figyelembe vesz költségeket, és ha túl nagyok a költségek, nem tesz meg mindent a betegért, de ezt implicit módon teszi, vagyis szavakban ezt a tényt nem ismeri el, sőt a retorikát az uralja, hogy minden betegért mindent megtesznek, és ha egy beavatkozásról lemondanak, ennek sohasem a költség, hanem mindig a beteg érdeke az igazi oka. Mivel ez részben önbecsapás, részben a beteg becsapása, ezért fontos, hogy a medicina elméletileg is nézzen szembe azzal a ténnyel, amellyel a gyakorló orvoslás – mint láttuk – már régen szembenézett: nincsen olyan gazdag egészségügy, ahol minden betegért mindent meg lehetne tenni, költségekre való tekintet nélkül. Ebből az következik, hogy az egészségügyben a sorolás elkerülhetetlen.

Puha sorolás az angol egészségügyi rendszerben. Az előbb ismertetett egyedi eseteken túl a puha sorolás működésének legjobban dokumentált példája az angol egészségügyi rendszer gyakorlata. Angliában 1984-ben körülbelül harmadannyi dialysist végeztek 10 000 lakosra átszámítva, mint az USA-ban. A szükségletet körülbelül azonosnak feltételezve nyilvánvaló, hogy sok rászoruló beteg nem kapott dialysist Angliában, aki az USA-ban kapott volna[53]. Hogyan végezték el a dialysisre nem kerülők kiválasztását a gyakorlatban? A vizsgálatok szerint úgy, hogy létezett egy nyilvánosan nem kimondott korhatár valahol 55 és 60 év között. Ha egy ennél idősebb beteg került az általános orvoshoz veseelégtelenség tüneteivel, akkor az

nem utalta őt dialysis-osztályra, hanem azt mondta a betegnek vagy a családjának, hogy orvosilag semmiféle hasznos kezelés nem létezik a beteg számára, ezért őt csak tüneti kezelésben fogja részesíteni. A betegek többsége elfogadta az orvos tanácsát. Érdekes módon, ha a beteg mégis elment egy művesecentrumba, akkor ott általában nem utasították el, hanem helyet biztosítottak számára a műveseprogramban. Aki viszont nem ment el magától a műveseosztályra, az nem kapott kezelést, és az esetek többségében a túl idős beteget a háziorvosa eleve nem utalta művesekezelésre. Első pillanatban úgy tűnik, hogy ez egyszerűen a beteg becsapása volt, hiszen azt mondták neki, hogy számára nem létezik hasznos kezelés, holott a dialysis – az életkortól függetlenül – mindenkinek hasznos, akinek veseelégtelensége van. Kiderült azonban, hogy a helyzet ennél bonyolultabb. Az orvosok ugyanis valóban úgy érezték, hogy a beteg számára semmi hasznosat nem lehet tenni, vagyis ők nem úgy értelmezték, mintha egy betegüket egy szükséges kezeléstől megfosztották volna. Ez úgy magyarázható, hogy az orvosok általában nincsenek felkészülve arra, hogy ritka eszközök elosztásáról explicit módon döntsenek. A tradicionális orvosi etika is azt írja elő, hogy minden betegnek mindent adjanak meg, ami hasznos lehet. Ezért, ha egy orvos egy nyilvánvalóan ritka eszköz elosztásának problémája elé kerül, akkor ezt a problémát – sokszor a maga számára is öntudatlanul – igyekszik átfogalmazni közgazdasági vagy morális problémából orvosi problémává. Amikor néhány betegnek nem jut orvosi kezelés, mert más betegeknek abból több haszna lehet, és így őket inkább érdemesnek tűnik kezelni, akkor ezt az orvos a maga számára nem úgy fogalmazza meg, hogy az elutasított betegnek kevesebb haszna lett volna a kezelésből, és ezért utasította el, hanem úgy: a betegnek egyáltalán nem lett volna haszna a kezelésből. Így kétséges esetekben az orvos érveket keres, miért is nem érdemes kezelni a beteget, és ilyen érvek mindig akadnak[54]. Így Angliában a dialysis-centrumoknak ritkán kellett elutasítaniuk betegeket, mert az általános orvosok előszűrést végeztek: eleve nem utalták be azokat, akikről úgy gondolták, hogy egy szelekcióban háttérbe szorulnának és úgysem kapnának kezelést. Mindez a sorolás nemcsak a dialysisre igaz: Angliában 10 000 lakosra számítva 1984-ben csak negyedannyi parenteralis táplálást végeztek, mint amennyit az USA-ban, csak ötödannyi intenzív osztályos ágy állt rendelkezésre, s a coronaria-bypass műtétek száma is csak kb. 10%-a volt az USA-ban végzett műtéti számnak. Így nyilvánvaló, hogy a sorolás leírt puha módja általános gyakorlat Angliában, de mivel a sorolás puha, nem nyilvános, sokszor sem a betegek, sem az orvosok számára nem tudatos, így a probléma súlyával való szembenézés sem lehetséges. Ezért lehetséges az, hogy a megkérdezett orvosok nagy része Angliában úgy vélekedett, hogy náluk mindenki kap dialysist, aki arra orvosilag rászorul.

A puha sorolás hátránya nemcsak az, hogy sokszor elfogadhatatlan kritériumok alapján történik, és így igazságtalan, hanem az is, hogy mivel létéről a társadalom nem tud, így nem is bocsát több erőforrást az egészségügy rendelkezésére, amelyet esetleg megtenne, ha a probléma súlyának a tudatában lenne.

Aaron és Schwartz vizsgálatai szerint a következő elvek olvashatók ki az angol puha sorolási gyakorlatból[55]:

- Fontos sorolási elv a betegek kora. Idősek, mint láttuk, nem részesültek életmentő dialysiskezelésben.
- Másik fontos sorolási szempont a betegség láthatósága. A társadalmilag jól „látható" haemophiliát (duzzadt, fájdalmas ízületek) sokkal általánosabban kezelik, mint például az angina pectorist.
- Fontos sorolási szempont egy adott betegségkategória kezelésének összköltsége. A haemophilia kezelése például drága, de mivel kevés haemophiliás beteg van, kezelésük összköltsége viszonylag csekély.
- További lényeges szempont, hogy mi egy betegség nem kezelésének a költsége. Például a csípőízületi protézis beültetését széles körben végzik, mert ez olcsóbb, mintha az ilyen betegeket nem operálnák meg, hanem ehelyett konzervatív kezelésben részesítenék.

Hangsúlyozni kell, hogy a felsoroltak implicit elvek, vagyis ezeket senki nem vitatta meg, nincsenek hivatalosan deklarálva, sőt a vizsgálati eredmények közzététele előtt nem is volt ismert az érintettek számára sem, hogy ezek az elvek olvashatók ki az angol egészségügyi rendszer működéséből.

A vizsgálatok szerint az orvosnak Angliában nemcsak arra van lehetősége, hogy bizonyos betegeket bizonyos kezelésekből kizárjon, hanem arra is, hogy a várakozási listán sorban álló beteg kezelését felgyorsítsa. Például ha a beteg családorvosa úgy gondolja, hogy betegének a várakozólistán reméltnél gyorsabb vizsgálatra lenne szüksége egy specialista által, akkor telefonon megbeszélheti ezt az adott kollégával. Ezzel sokkal valószínűbb, hogy ki tudja eszközölni betege számára a gyorsabb konzíliumot, mintha a specialistát a soron kívüli vizsgálatra például csak levélben kérné meg. Ha még gyorsabb konzíliumot akar, akkor – némi túlzással – kijelentheti, hogy betege nincs utazásra képes állapotban, ezért otthoni vizsgálata indokolt. Az otthoni vizsgálat soronkívüliséget élvez, így azonnal teljesítik[56].

Az angol gyakorlatot – leírása óta – sok kritika érte. Ugyanakkor látni kell, hogy puha sorolás minden egészségügyi rendszerben történik, és az angol gyakorlatot csak azért említik olyan gyakran a szakirodalomban, mert ez az egyik legjobban vizsgált, legjobban dokumentált sorolási rendszer. Hangsúlyozni kell azonban, hogy a puha sorolás minden egészségügy inherens része, hiszen nem képzelhető el olyan ország, ahol az egészségügy minden beteg számára korlátozás nélkül biztosítani tud minden lehetséges eljárást, amely hasznos lehet.

Miért lényegesen elterjedtebb ma a puha sorolás, mint a kemény sorolás?
A fő oka annak, hogy a legtöbb országban ma a puha sorolás jellemző és nem a nyilvánosan deklarált kritériumok alapján, nyíltan végzett kemény sorolás, az, hogy ez

pszichológiailag mind az orvosok, mind a betegek számára elfogadhatóbbnak tűnik, hiszen itt senki nincs tudatában annak, hogy valójában mi történik. Vannak, akik úgy gondolják, hogy a kemény sorolás sohasem lehet sikeres, a sorolás olajozottan csak puha formában végezhető, amelyhez azonban mindig szükségszerűen hozzá tartozik a beteg becsapása is, és ezért erkölcsileg elfogadhatatlan[57]. Eszerint tehát a sorolás problémája erkölcsösen nem oldható meg, mert a puha sorolás erkölcstelen, a kemény sorolás pedig társadalmilag kivihetetlen. Ennek indoka az, hogy ha valahol kemény sorolást folytatnának, akkor nyíltan meg kellene mondani bizonyos betegeknek, hogy ők nem fognak mindent megkapni, amit a medicina elvben nyújtani tud. Ezt azonban a gazdagok nem fogadnák el, és a magánegészségügy keretében megvennék a tőlük megvonni akart beavatkozást, illetve ha ezt nem tehetnék legálisan, akkor feketepiac alakulna ki, s annak keretében jutnának hozzá a gazdagok a sorolni kívánt beavatkozáshoz. A végeredmény mindenképpen az lenne, hogy csak a szegényekre terjedne ki a sorolás, a gazdagokra nem, ez pedig társadalmilag nagy feszültségekhez vezetne[58]. Így – szól az érvelés – komolyabb társadalmi feszültségek nélkül csak puha sorolás lehetséges (ez is az uralkodó sorolási forma mindenütt), ez viszont – mint az angol példa mutatja – csak a betegek becsapásával vihető keresztül.

Tagadhatatlan, hogy a kemény sorolás rossz érzéseket kelt, drámai döntéseket követel, és akárhogy döntenek is, az emberek elégedetlenséget éreznek, hiszen mindig elfogadhatatlannak tartják, ha betegek hasznos kezelésben nem részesülhetnek. Ugyanakkor a kemény sorolás mégis két rossz közül a kisebbik, és mivel a mai egészségügyi rendszerekben a sorolás elkerülhetetlen, vagyis nem lehet mindenkinek mindent megadni, amire szüksége lenne, ezért elkerülhetetlen annak tisztázása, hogy ha sorolni szükséges, akkor ez milyen elvek alapján menjen végbe, és ki végezze azt el? Hogyan épüljön fel egy mai egészségügy, amely a sorolást igazságosan tudja elvégezni? Ez már a kemény sorolás problémájához vezet el.

A kemény sorolás

A kemény sorolás egyik legdokumentáltabb példája a dialysiskezelés elosztása volt az USA-ban a hatvanas évek elején. Mivel kevés volt a rendelkezésre álló művesekészülék, ezért a seattle-i (Washington állam) Művese Központban két fázisban végezték el a betegek kiválasztását. Az első fázisban egy orvosokból álló bizottság kiszűrte azokat, akik orvosilag alkalmatlannak tűntek a dialysiskezelésre. Az akkori megítélés szerint szívbetegek, cukorbetegek vagy egyéb krónikus betegségben szenvedők nem kaphattak ilyen kezelést[59]. A szelekció második fázisában az orvosilag alkalmasnak talált betegek közül választotta ki a legmegfelelőbbeket egy héttagú bizottság. A bizottság tagjainak névsora titkos volt, hogy ne lehessen

nyomást gyakorolni rájuk, illetőleg lobbizni bizonyos betegek érdekében. A bizottság 7 tagja közül egy egyházi személy, egy nem dolgozó feleség, egy bankár, egy vezető pozícióban dolgozó munkás és két orvos volt[60]. A bizottság döntött arról, hogy a sok rászoruló közül ki fog az életmentő kezelésben részesülni, s ki marad kezelés nélkül. A döntés megkönnyítésére kritériumokat dolgoztak ki; a következő feltételek voltak szükségesek ahhoz, hogy valaki a jelentkező rászorulók közül művesekezelést kaphasson[61]:

1. A vesefunkció lassú romlása.
2. A beteg ne legyen régi hypertoniás, illetve ne szenvedjen a hypertoniabetegség valamilyen szövődményében.
3. A beteg érzelmi érettsége, felelősségérzete.
4. A beteg nyilvánvaló hajlandósága a kezelőszemélyzettel való együttműködésre.
5. 17–50 év közötti életkor.
6. Legalább már korábbi 6 hónapi tartózkodás a Washington állam körüli 5 állam valamelyikében.
7. A betegnek – saját fenntartására – megfelelő anyagi erőforrások álljanak rendelkezésére.
8. A beteg értékes legyen a közösség számára.
9. Lehetőség legyen a rehabilitálására.
10. Megfelelő pszichológiai, pszichiátriai állapot.

Nézzünk néhány jelentkezőt, akit a bizottság nem talált alkalmasnak a művesekezelésre[62]:

- Huszonéves beatnik, főiskolai hallgató, akinek rosszak voltak a tanulmányi eredményei, pénze alig volt, és nem voltak tervei sem saját jövőjét illetően. A bizottság nem látta őt elég értékesnek a közösség számára.
- Egy erkölcsileg rossz hírű asszony, akinek megfelelő anyagi háttere volt ugyan, de nem látszott elég erkölcsös állampolgárnak, és úgy látták, hogy a gyógyulása iránt érzett felelősségérzete is korlátozott.
- Egy rönkvágó munkás, aki – bár minden tekintetben alkalmasnak látszott – nem rendelkezett megfelelő anyagi körülményekkel ahhoz, hogy folyamatos megélhetése biztosítva legyen. Bár az osztály dolgozói gyűjtést rendeztek a számára, nem gyűlt össze elegendő pénz. A beteg aznap halt meg, amikor a kezelési programra való felvételét elutasító levelet megkapta.

Egy másik nehéz döntésről a bizottság egyik laikus tagja így írt: „Nagyon nehéz volts dönteni. Emlékszem, hogy egyszer egy fiatalasszony ellen szavaztam, aki jól

ismert prostituált volt. Úgy éreztem, hogy nem tudok rá szavazni, mikor egy másik jelölt is volt, egy fiatal anya és feleség. Egy fiatalember ellen is szavaztam, aki vesebetegsége előtt mihaszna életet élt, afféle »playboy« volt. Azt ígérte, hogy ha kiválasztanánk kezelésre, megváltozna, visszamenne az iskolába, folytatná tanulmányait. Úgy éreztem azonban, hogy már elég öreg vagyok ahhoz, hogy tudjam, egy ilyen ember nem fogja azt tenni, amit most megígért."[63].

A bizottság tagjai különbözőféleképpen ítélték meg, hogy milyen kritériumok alapján lehet valakit a társadalom hasznos tagjának tekinteni. Volt, aki azt részesítette előnyben, aki vöröskeresztes aktivista volt, más azt, aki cserkészcsapat vezetőjeként mutatott társadalmi aktivitást, megint más (és nem a bizottságban ülő egyházi személy!) úgy gondolta, hogy a rendszeres templomba járás a legbiztosabb jele annak, ha valaki megfelelő erkölcsiséggel rendelkezik, ezért őt kell előnyben részesíteni[64].

A bizottság munkáját sok kritika érte. Azzal vádolták a tagjait, hogy „Istent" játszanak, hiszen ők döntik el, ki éljen és ki haljon meg. Főképpen a bizottság által alkalmazott nem szigorúan orvosi kritériumokat érte sok támadás, a betegek szociális és gazdasági szempontok alapján való osztályozása miatt. A seattle-i kritériumok és gyakorlat által keltett óriási vihar és a nyomában kibontakozó vita azonban fontos szerepet játszott abban, hogy 1972-ben az USA kongresszusa törvényt hozott, amelyben kötelezte a szövetségi kormányt, hogy biztosítsa az anyagi feltételeket ahhoz, hogy azontúl minden művesekezelésre szoruló beteg az USA-ban részesülhessen a kezelésben.

E döntés is mutatja, hogy egy társdalom mikro- és makroallokációs döntései kölcsönösen befolyásolják egymást. A makroallokációs döntések már meghatározzák azokat a kereteket, amelyek között mikroallokációs döntéseket kell hozni, vagyis az egyes betegek sorsáról kell dönteni, viszont a fájdalmas mikroallokációs döntések nyilvánosságra kerülése befolyásolhatja a makroallokációt, ezáltal megoldva bizonyos mikroallokációs etikai dilemmákat[65].

A példa a kemény sorolás egyik erkölcsileg vitatható formáját mutatta be. Jól bizonyítja azonban a kemény sorolás fő előnyét: mivel nyilvános, széles körben vitatható, ezért egy döntés erkölcsi elfogadhatatlansága, igazságtalansága gyorsan kiderülhet és így az orvoslására is lehetőség nyílik. Éppen ez az, amire a puha sorolásnál nincs mód.

Érvek és ellenérvek a sorolás nyilvánosságával kapcsolatban

Sokan érvelnek amellett, hogy a sorolás problémájának nyilvánosságra kerülése káros, mert demoralizáló hatású[66].

Az ezt vallók szerint meg kell őrizni a nyilvánosság számára azt a hitet, hogy az emberi élet végtelen érték. A döntéshozóknak természetesen közgazdasági számí-

tásokat is kell végezniük annak eldöntésére, hogy a források mely elosztása a leghatékonyabb, de ezt nem kell nyilvánosságra hozni, mert demoralizáló lenne a társadalom számára megtudni, hogy bizonyos betegségekben szenvedő betegek kezelése kevés pénzt kap, mert megmentésük nagy költséggel kis számú embert mentene meg. Jobb, ha a nyilvánosság úgy gondolja – szól az érvelés –, hogy az ilyen döntéseket a döntéshozók tisztán orvosi szempontok alapján hozzák meg, s nem közgazdasági, megkérdőjelezhető etikai stb. szempontok alapján[67]. Összefoglalva tehát az érvelés úgy szól, hogy a társadalmat morálisan sokkolja, ha megtudja, hogy nem minden életet mentenek meg, amelynek megmentésére technikailag lehetőség lenne.

Ez az érvelés azonban több szempontot nem vesz figyelembe. Először is csak a sorolást illető nyilvánosság morális költségeivel számol, viszont nem veszi figyelembe a sorolás tényének eltitkolásával és a betegek becsapásával járó morális költségeket. Mint mindenütt, itt is a nyilvánosság melletti legfőbb érv az, hogy alternatívája, a titkolódzás morálisan mindenféle szempontból költségesebb. Költségesebb azért, mert a titokban tartani kívánt dolgok előbb-utóbb úgyis kiderülnek, morális kiábrándulást okozva az emberekben. A legfőbb érv a nyilvánosság mellett pedig az, hogy így a döntések erkölcsileg jobbak, védhetőbbek lesznek, mint a titkolódzással.

Egy sajátos optikai csalódás azonban előáll akkor, amikor egy társadalomban a sorolás problémáját nyilvánosan kezdik vitatni. Az emberek ezt sokszor visszaesésként élik meg, mert azt gondolják, hogy eddig nem volt sorolás, minden szükséges orvosi kezelés mindenki számára biztosított volt, és csak most, a vita kezdetekor veszi kezdetét a sorolás is. Világossá kell tehát tenni, hogy sorolás mindig volt, s a különbség az egyes egészségügyi rendszerek között nem az, hogy némelyikben van sorolás, másokban pedig nincs, hanem az, hogy a sorolás nyílt-e vagy rejtett[68]. Ma már a kérdés nem is úgy szokott felvetődni, hogy kell-e nyilvánosság ezekben a döntésekben, hanem úgy, hogy ezt technikailag hogyan lehet a legmegfelelőbben biztosítani. Itt többféle modell lehetséges[69]:

- A beteg különböző biztosítási rendszerek között választhat, tudva, hogy minél drágább a biztosítás, annál szélesebb körű, teljesebb ellátásra nyújt az fedezetet. Ez a sorolás piaci formája, ahol a ritka eszközök elosztását a fizetőképesség elve alapján végzik.
- Kötelező és elvben minden szükséges ellátásra kiterjedő biztosítási rendszerben a betegnek az orvos minden diagnosztikus és kezelési lehetőséget megmond, de ha a beteg az orvos szerint indokolatlan vagy túlzottan igényes eljárást kér, akkor ezt a biztosító nem téríti. Itt tehát az orvos végzi a sorolást, de a beteg tisztában van azzal, milyen lehetőségek vannak, és mit nem tartanak indokoltnak az ő esetében. Ebben a formában azt szokták vitatni, hogy valóban mindent közölni

kell-e a beteggel? Meg kell-e például mondani neki, hogy az őt kezelő kórház – takarékossági okból – nem a legjobb varróanyaggal varr sebet, vagy hogy egy költséges, de biztos diagnosztikus eljárás a kórházban nem érhető el? A nyilvánosság elve mindenképpen e tények elmondását is megkövetelné. A probléma itt az, hogy ha a beteg tudomására hoznak egy létező drága, de hasznos kezelést, amelyet a biztosító nem fizet, a beteg pedig anyagilag nincs abban a helyzetben, hogy megvehesse, akkor nem kegyetlenség-e vele szemben az, hogy erről a lehetőségről tájékoztatják?

- A betegnek előre megmondják, hogy nem fogják minden alternatíváról tájékoztatni, s bizonyos – költséges – kezeléseket gazdasági okokból nem alkalmaznak. Ez azonban nem fogadható el, mert lehet, hogy a beteg meg akarja venni az illető kezelést, de ehhez először tudnia kell róla.
- Szakmai testületek tudományos fórumokon, konferenciákon döntik el, hogy különböző diagnosztikus és kezelési eljárások költségeinek, illetve hasznának a figyelembevételével mit célszerű adni, és a betegnek már eleve csak az így elfogadott eljárásokat ajánlják fel. Ez az eljárás azonban csak akkor fogadható el, ha a betegek és általában a társadalom tudja, hogy az orvosi döntésekben költséghatékonysági szempontok is szerepet játszanak[70].

Komoly érv a betegek széles körű tájékoztatása mellett az, hogy ha egy betegnek olyan vizsgálatot vagy beavatkozást ajánlanak, amelyet ő nem tart szükségesnek, akkor ez ellen mindig van védekezési lehetősége: a beavatkozásba való beleegyezés megtagadása. Sokkal védtelenebb azonban akkor, ha bizonyos beavatkozások, diagnosztikus, terápiás lehetőségek létéről nem tájékoztatják, az ő számára azokat nem ajánlják fel. Ilyen esetben ugyanis a beteg nincs tudatában, hogy elvileg még lennének lehetőségek állapota javítására, amelyeket azonban az ő esetében nem akarnak használni[71]. Mivel ez ellen a beteg védtelen, ezért indokolt őt a lehetőségekről kimerítően tájékoztatni, még akkor is, ha azok nem elérhetők az adott kórházban, hátha a beteg akar és tud is lépéseket tenni a kérdéses kezelés megszerzése érdekében.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI KÖZGAZDASÁGTAN ÉS AZ ORVOSI ETIKA

Amennyiben egy társadalom úgy dönt, hogy az egészségügyi prioritásokat nyilvános vita segítségével határozza meg, illetve a betegek sorolását is nyilvános kritériumok segítségével, tehát kemény sorolással próbálja megvalósítani, előtérbe kerül a döntések megalapozása egzakt, közgazdasági módszerekkel. A közgazdaságtan bevonulását az egészségügyet érintő döntésekbe az egészségügyi költségrobbanás is indokolja. Ettől a megközelítéstől azonban sok egészségügyi szak-

ember ódzkodik, mondván, hogy a közgazdasági megfontolások alapvetően ellentétesek az orvosi etika sok ezer éves elveivel. A következő három fő kifogást szokták megfogalmazni az egészségügy közgazdasági megközelítésével szemben[72]:

1. Az orvosi etika azt követeli az orvostól, hogy mindig azt tegye, ami betegének orvosilag a legjobb, tekintet nélkül a költségekre. Ezért a költséghatékonyság, illetve a költségek mérséklésének a követelménye, és egyáltalán, a költségek puszta figyelembevétele az orvosi gyakorlatban etikátlan, mert azt követeli az orvostól, hogy döntését ne kizárólag a betege érdeke határozza meg, hanem anyagi-pénzügyi megfontolások is.
2. Az élet tiszteletének az elve háttérbe szorul, ha anyagi megfontolások alapján nem alkalmazunk bizonyos kezelési formákat.
3. Az emberi élet értéke pénzben nem kifejezhető, ezért a pénzügyi-anyagi megfontolásokat elvileg el kell utasítani az orvosi döntések során mint az emberi élet végtelen értékéhez képest jelentéktelen költségeket.

Ezek az érvek azt a romantikus szemléletet képviselik, amelyik nem veszi figyelembe, hogy az egészségügy iránti igények gyakorlatilag végtelenek, ugyanakkor a társadalom és az egészségügy erőforrásai végesek, ezért a költségszempontoknak megszüntethetetlenül jelen kell lenniük a felelős egészségügyi döntésekben is. Reálisan szemlélve semmiképpen sem lehet egyetérteni az első érvvel, hiszen bármennyire is a költségek figyelmen kívül hagyása lenne kívánatos, mégsem áll rendelkezésre egyetlen egészségügy számára sem annyi pénz, hogy minden beteg számára minden szükségest biztosítani tudjon, ezért a szükségletek rangsorolása és költségszempontú elemzése elkerülhetetlen[73].

Ami a második érvet illeti, az emberi élet tiszteletének az elve kétségtelenül alapvető elv, értelmezése azonban többféle lehet. Azt parancsolja-e például ez az elv, hogy az orvos egy adott betege életéért tegyen meg mindent, vagy azt, hogy vegye figyelembe más betegek érdekét is (például ritka eszközök elosztásakor), és így minél több életet igyekezzen megmenteni akár az adott beteg érdekeinek a rovására is? Továbbá az élet tiszteletének az elve az élet meghosszabbítását tekinti-e fontosabbnak vagy a megfelelő életminőség biztosítását? A különböző értelmezési lehetőségek azt sugallják, hogy a közgazdasági, utilitarisztikus megfontolások nem feltétlenül sértik az élet tiszteletének az elvét, és így helyük lehet az orvosi etikában[74].

A harmadik kérdéssel kapcsolatban érdemes megkülönböztetni az emberi személyiséget, aki mással helyettesíthetetlen, akinek értéke végtelen és pénzben kifejezhetetlen a személy bizonyos jellegzetességeitől, tulajdonságaitól, amelyekhez sokszor anyagi értéket is lehet rendelni. Egy titkárnő mint egyén, mint személy pótolhatatlan, és értéke pénzben kifejezhetetlen, viszont ugyanez a titkárnő mint

titkárnő pótolható, és titkárnői ügyességének értéke pénzben kifejezhető. Hasonlóképpen az emberi egészség, illetve élet bizonyos aspektusai közgazdaságilag is elemezhetők, és sokszor pénzben is kifejezhetők[75]. Nem meggyőző tehát az az érvelés, amely a közgazdasági megfontolásokat eleve ki akarja iktatni az egészségügyi-orvosi döntésekből, és mint láttuk, a gyakorlatban ilyen megfontolások – bár legtöbbször rejtetten – jelen is vannak egyedi orvosi döntésekben is. Ugyanakkor aligha vitatható, hogy a közgazdasági szempontok és az etikai szempontok sokszor szemben állnak egymással. A nagyrészt az utilitarizmus talaján álló közgazdasági szemlélet a hatékonyság elmélete és nem az igazságosságé[76]. Az orvos tevékenysége során elsősorban azzal törődik, hogy az általa alkalmazott beavatkozás hatásos-e annál a betegnél, akit éppen kezel, ezzel szemben a közgazdaságtan fő kérdése: az alkalmazott beavatkozás költséghatékony-e, vagyis a haszon elég nagy-e a költségekhez viszonyítva. Röviden megfogalmazva: a orvosi etika legfőbb (bár nem kizárólagos) szempontja az adott, éppen kezelt beteg érdeke, míg a közgazdaságtani – a költséghatékonyságon alapuló – megközelítés legfőbb szempontnak az összes beteg (a társadalom) érdekét látja. Az éppen egy betegét kezelő orvos kérdése így hangzik: melyik kezelés a leghatásosabb a betegem számára? A közgazdasági megközelítés kérdése ezzel szemben így: ha csak adott mennyiségű pénz áll rendelkezésre, akkor melyik az a kezelés, amelyik – ha nem is feltétlenül a legjobb orvosilag, viszont – olcsósága miatt a legtöbb betegnek biztosítható, és így összességében a legtöbb hasznot hozza létre.

A közgazdaságtan költséghatékonyságra való törekvése voltaképpen a többi beteg és így a társadalom érdekeinek a figyelembevételét jelenti, hiszen az erőforrások olyan elosztására törekszik, amelyik a társadalom számára maximális hasznot eredményez[77]. A költséghatékonyság szempontjának háttérbe szorítása azt jelenti, hogy kevesebb életet mentünk meg, mint amennyi az adott erőforrásokkal megmenthető lenne.

Az orvos alapvetően az általa éppen kezelt beteg érdekét veszi figyelembe, és bár, mint láttuk, nem hagyja teljesen figyelmen kívül eközben más betegek és így tágabban a társadalom érdekeit sem, döntéseinek meghatározó szempontja az adott beteg érdeke. Ez az orvosi etika sok ezer éves elve, és alapvetően a mai napig megfelelőnek bizonyult. A mai, költségtudatosabb korszakban is fenntartható az az érvelés, hogy az orvos alapvető szempontjának továbbra is az általa éppen kezelt beteg érdekének kell lennie, a költségszempontokra való tekintet nélkül. A költségszempontokat és így a többi beteg érdekét pedig a források elosztásával foglalkozó politikusi, menedzseri réteg képviselje. Így az ő döntéseik határozzák meg azt a lehetőségtartományt, amelyen belül a kezelőorvos mindent megtehet betege gyógyítása érdekében. Itt tetten érhető minden nonprofit egészségügyi intézmény vezetőinek erkölcsi dilemmája: egyfelől az intézmény alapvető célja a betegek gyógyítása, lehetőleg anyagi szempontokra való tekintet nélkül, ugyanakkor minden egész-

ségügyi intézmény egyben gazdálkodó szervezet is, amelynek gazdaságilag egyensúlyban kell lennie. Így ellentét keletkezhet egy adott beteg orvosi érdeke és az egészségügyi intézmény anyagi érdeke között[78]. Ezt az érdekellentétet etikailag megnyugtatóan csak a szerepek említett megosztásával lehet megoldani. CHARLES FRIED nyomán sokan vallják, hogy a gyakorló orvos és az egészségügyi menedzservezető viszonyának a jogi gyakorlatban annyira bevált védőügyvéd–ügyész típusú munkamegosztáshoz hasonlónak kell lennie. Akárcsak a védőügyvéd, aki a vádlott érdekeit képviseli, őt minden lehetséges törvényes módon védve, miközben a társadalom érdekeinek a védelme az ügyész feladata, az orvosnak is az éppen kezelt beteg érdekei elfogult védőjének kell lennie, míg vele szemben a menedzser-intézményvezető képviseli a többi beteg és így a társadalom érdekeit[79]. Kétségtelen tehát, hogy az adott beteg érdekeire koncentráló orvosi etika sokszor szembekerül a közgazdasági szemlélettel. Végül is az egészségügy és nem az egyes orvos szintjén azt mondhatjuk, hogy az egészségügynek nemcsak hatásos kezelést kell nyújtania (ez a kezelés orvosi szempontja), és nem is csak költséghatékony kezelésre kell törekednie (ez a kezelés közgazdasági szempontja), de igazságosnak is kell lennie (ez az egészségügyi rendszer etikai aspektusa), és így a közgazdasági nézőpontot mindig meg kell haladnia (még ha a források elosztásakor figyelembe is kell venni közgazdasági szempontokat) az igazságosság érdekében. Az egészségügyi rendszert mint egészet jellemző etikának azonban szükségszerűen túl kell lépnie a tradicionális orvosi etika individualizmusán, amelytől idegenek voltak a költségszempontok és az igazságossági szempontok, és egy jóval költségtudatosabb etikává kell válnia. Az egészségügy szintjén nem fogadható el a közgazdasági szempontok figyelmen kívül hagyása.

A mai egészségügyben egy, az eddigieknél sokkal költségtudatosabb etikát kell meghonosítani, amelyik nem abból indul ki, hogy soha nem szabad kevesebbet tenni, mint ami az adott betegnek a legjobb, hanem abból, hogy sok esetben nem lehet mindent megtenni, ami a beteg érdekében állna, mert ennek költségei túl nagyok lennének. Közgazdasági szempontból egy orvosi eljárás elfogadhatóságának csak egyik feltétele, hogy az illető eljárás orvosilag hatékony legyen. Közgazdaságilag az orvosilag hatásos eljárás ugyanis csak akkor fogadható el, ha alkalmazásának haszna arányban áll költségeivel, és ez utóbbi azt a hasznot jelenti, amelyet ugyanakkora költség legjobb alternatív felhasználása produkálna[80].

A közgazdasági szemlélet háttérbe szorításának egyik oka az egészségügyben az, hogy a statisztikai életek megmentésének sokszor kisebb jelentőséget tulajdonítanak, mint az egyedi élet megmentésének.

Statisztikai életek megmentése vagy személyesen ismert életek megmentése

Furcsa, de pszichológiailag jól ismert jelenség, hogy mind az egyén, mind a társadalom többet tesz azért, hogy személyesen ismert, egyes emberek életét mentse meg, mint statisztikai életek megmentéséért. Ez jól látható például bányaszerencsétlenségeknél, ahol a bányarobbanás után semmilyen költséget nem kímélnek a bent rekedt bányászok kimentésére, ugyanakkor a szerencsétlenség előtt esetleg a mentésre költött összeg töredékét sem voltak hajlandók áldozni a bánya biztonságának a javítására[81]. Ugyanez jól látható a medicinában is, ahol deklarált elv, hogy semmiféle költséget nem szabad sajnálni egy ember életének a megmentéséért, miközben a betegségek megelőzése, prevenciója, amely statisztikai életeket mentene meg, a gyakorlatban ritkán kap elég figyelmet. Legjobban talán a szervátültetés gyakorlata testesíti meg a medicina eme modern ellentmondását. Egyfelől semmilyen összeget nem sajnálnak egyetlen ember életének a megmentéséért, másfelől az erre költött összegek töredékét sem fordítják arra, hogy betegségeket megelőzzenek. Egyetlen májátültetés költsége 100 ezer és 300 ezer dollár között mozog[82], amely egyetlen emberi élet megmentésének a költsége. Ugyanez a pénz használható lenne például arra, hogy gyerekek körében végzett dohányzásellenes egészségnevelő programokat finanszírozzanak, ami által valószínűleg nagyságrendekkel több életet lehetne megmenteni. Pszichológiailag mégis sokan a májátültetés finanszírozását érzik ilyenkor indokoltnak, mert az új májra váró, szenvedő beteg személyesen ismert, szenvedéseivel azonosulni tudunk, családját ismerjük, egyszóval halálfélelme, halálának tragédiája személyesen átélhető. Ha ezzel szemben nem költünk egy gyerekeknek szóló dohányzás elleni programra, akkor ennek eredményeként ugyan sok gyerek rá fog szokni a dohányzásra, akik a program hatására nem szoknának rá, és felnőtté válva sokan idő előtt meg is fognak halni közülük a dohányzás okozta betegségek valamelyikében, ezt azonban nem tudjuk személyesen átélni, mert ezek számunkra csak rideg statisztikai adatok maradnak, hiszen nem tudjuk pontosan, kik halnak meg majd korábban a program elmaradása következtében. Az egész modern medicina inkább a kezelés, mint a prevenció körül fejlődött ki, és ennek részben éppen ez a sajátosság az oka: az éppen előttünk lévő, általunk átélt szenvedés sokkal megindítóbb, sokkal inkább képes cselekvésre ösztönözni, mint a statisztikai adatok. Ez nem csak az egészségügyben van így. GLOVER említi, hogy a II. világháború után a jaltai szerződés előírásai szerint sok Nyugaton élő szovjet állampolgárt hazatoloncoltak. A hazaküldöttekre vagy munkatábor, vagy biztos halál várt. Egy hivatalnokhoz azonban, aki százával írta alá a hazatoloncolási okmányokat, egyszer bejutott egy asszony, és a lába elé térdelve, sírva könyörgött, hogy ne küldje őt haza. Megmenekült[83]. Sokkal könnyebb tehát aláírásokkal halálba küldeni személyesen nem ismert emberek százait, mint egyetlen embert, aki az aláíró lába előtt térdel.

A személyesség jelentőségére az egészségügyből is idézhető példa. Amikor az USA kongresszusa 1972-ben megszavazta, hogy a haemodialysis általánosan elérhető legyen mindenki számára, a döntő hatást ehhez az adta, hogy egy kongresszusi bizottság előtt nyilvánosan dialyzáltak meg egy beteget. Így a bizottságnak személyes élménye lett arról, milyen segítséget ad az eljárás egy adott ember látható, észlelhető szenvedéseinek a megszüntetéséhez[84].

Mindezt figyelembe kell venni az egyedi orvosi döntések megítélésében is. Az az orvos ugyanis, aki azt vallja, hogy az általa éppen kezelt beteg számára mindent meg kell tenni, bármekkorák is legyenek ennek költségei, természetesen nem tapasztalhatja meg azok szenvedését, akiknek a kezelésére egy ilyen döntés miatt nem marad pénz. Az előtte álló beteg konkrét szenvedése – pszichológiailag érthető módon – sokkal nagyobb hatást gyakorol rá, mint az általa nem látható többi beteg szükségletei. Mindez természetesen megmagyarázza, miért részesítjük előnyben az ismert szenvedést a statisztikainál, a kurációt a prevenciónál, de semmiképpen sem indokolja azt. Racionális döntéshozónak mindig figyelembe kell vennie a statisztikai szenvedéseket is, és arra kell törekednie, hogy ezek ugyanolyan súllyal szerepeljenek a döntésében, mint az ismert egyéni életek. Nemcsak az orvos–beteg kapcsolat, hanem minden igazi emberi kapcsolat jellemzője bizonyos fokú elfogultság. A szülő jobban figyelembe veszi saját gyerekei érdekeit, mint más gyerekekét, a férj előnyben részesíti felesége érdekeit más nőkénél, és az orvos is előnyben részesíti saját betege érdekét az általa nem ismert betegek érdekeinél. Az erkölcs azonban nemcsak az ilyen típusú, elfogult szeretetet kívánja meg, vagyis nemcsak azt, hogy az általunk szeretett emberek érdekeit jobban figyelembe vegyük, mint mások érdekeit, hanem azt is, hogy az összes érdeket pártatlanul figyelembe vegyük, a sajátunkkal, illetve az általunk szeretettekével azonos súllyal. Mivel erre a személyes emberi kapcsolatok hálójában élő ember nem képes, ezért ezt intézmények, törvények, személytelen mechanizmusok garantálják. Így egyéni szinten érthető, hogy valaki az általa megtapasztalt szenvedést jobban igyekszik csillapítani, mint a csak statisztikailag ismert szenvedéseket, a döntéshozók – politikusok, menedzserek – feladata azonban éppen az, hogy az érthető egyéni elfogultságokat kiküszöböljék, és a statisztikailag ismert szükségleteknek is megfelelő súlyt biztosítsanak. Ma – az említett okok miatt is – a medicinában jóval többet költenek személyesen ismert életek megmentésére, és jóval kevesebbet statisztikai életek megmentésére, mint az indokolt lenne[85].

A személyes szenvedés mozgósító ereje más területen is komoly etikai problémákat vet fel. Szervátültetésre várók az átültethető szervek hiánya miatt sokszor várakozási listán vannak az átültetésre alkalmas szerv felbukkanásáig. Előfordult ilyenkor az USA-ban (különösen ha gyerekek várnak a szervre), hogy az egyik gyerek kétségbeesett szülei személyes sajtókampányt indítanak, hogy így jusson gyerekük a vágyott szervhez. Ez sokszor hatásos, hiszen a televízióban megmutatott

beteg gyerek sokkal jobban megindítja az embereket, mint annak a statisztikának a puszta tudata, hogy egy adott számú gyerek vár szervre egy adott időszakban. Így egy ilyen kampány sokszor szervhez juttatja a gyereket, ugyanakkor a többi szülő, aki türelmesen vár a sorban, ezt igazságtalanságnak érzi, hiszen az ő gyereke, akit nem mutattak be a televízióban, így háttérbe szorult. Ezek a példák is mutatják, milyen nagy a személyesen ismert emberek szenvedésének mozgósító ereje, és ugyanakkor ez mennyire háttérbe szoríthatja mások hasonló szenvedésének a figyelembevételét, akiket személyesen nem ismerünk, csak statisztikákból tudunk a létezésükről. Ezek a megfontolások sok esetben a ridegebb, közgazdasági jellegű érvelés mellett szólnak, hiszen a közgazdasági hatékonyság növelése éppen azt teszi lehetővé, hogy az adott erőforrásokból a lehetséges legnagyobb számú embert kezeljenek, illetve a lehető legtöbb életet mentsék meg. Így tehát a közgazdasági szempont a statisztikai életek megmentésének kellő súlyt biztosít.

A következőkben megvizsgáljuk a közgazdaságban alkalmazott két gyakori döntési segédeszköz, a költség–haszon elemzés és a költség–hatékonyság elemzés etikai kérdéseit.

A költség–haszon elemzés etikai kérdései

A költség–haszon elemzés (cost–benefit analysis, CBA) azt vizsgálja, hogy egy adott forrásból hogyan lehet maximális hasznot elérni[86]. Itt tehát célok nincsenek kitűzve, hanem a rendelkezésre álló források ismeretében azt lehet vizsgálni, hogy a pénz különböző célú felhasználása mennyi előnyt eredményezne, és így melyik alternatíva produkálná a legtöbb hasznot. A költség–haszon elemzés célja, hogy fontos döntéseket ne az intuíció, hanem a számolás alapozzon meg[87].

A CBA mind a költségeket, mind a hasznot pénzben méri, és ez egyszerre előnye és fogyatékossága. A haszon pénzben való mérésének az az előnye, hogy így egy egészségügyi program haszna összemérhető például egy oktatási programéval, és így elvben eldönthető lenne, hogy a rendelkezésre álló pénzmennyiség egészségügyi vagy oktatási célú felhasználása hozná-e a legtöbb hasznot. E módszer hátránya az, hogy sok területen (és az egészségügy is ilyen) nagyon nehéz a hasznot pénzben kifejezni. Ennek illusztrálására hadd mutassuk be azokat a kísérleteket, amelyek emberi életek megmentésének anyagi hasznát, vagyis az emberi élet pénzbeli értékét próbálják kifejezni a közgazdasági elemzés számára.

Próbálkozások az emberi élet pénzbeli értékének meghatározására. Már az ilyen próbálkozásokat is sokan kritizálják, mondván, hogy az emberi élet értéke pénzben kifejezhetetlen, és ha mégis ki akarjuk fejezni így, akkor ez sérti az élet tiszteletének és az emberi méltóságnak az elvét. Ez a kritika nemcsak az egészségügy

területén fogalmazódott meg. Amikor például a XIX. század elején az USA-ban üzletemberek megpróbálták az életbiztosítás intézményét bevezetni, ezt sokan szentségtörésnek érezték, hiszen az életbiztosítás funkciójának azt látták, hogy az általa adott pénz kárpótoljon az apa vagy a férj haláláért. Úgy érezték, hogy az életbiztosítás az életet puszta kereskedelmi árucikké alacsonyítja le, és emiatt elfogadhatatlan[88]. Ezért az életbiztosítás első terjesztői elkerülték a mellette szóló közgazdasági érvek hangsúlyozását, és inkább azt emelték ki, mennyire erkölcsös egy apa részéről, ha ily módon is gondoskodik családjáról, hiszen nem helyes dolog, ha egy családapa a halála után úgy megy a mennybe, hogy közben felesége és gyerekei a szegényházba költöznek[89].

Az életbiztosítás intézménye csak a XIX. század végén vált annyira elfogadottá, hogy már közgazdasági érvekkel is lehetett propagálni. Mindazonáltal a mai napig húzódozást és kényelmetlenséget érzünk olyan szerződések megkötésekor, amelyek teljesítése egy ember halálával függ össze. (Gondoljunk például az életjáradéki, eltartási szerződésekkel kapcsolatos ellentmondásos erkölcsi megítélésre.) Hasonló mindehhez a mai egészségügy húzódozása is az élet közgazdasági értékét vizsgáló megközelítéstől. A gyakorlatban azonban nehezen kerülhető el az ilyen megközelítés, és az élet más területein is gyakran szükséges. Bíróságoknak sokszor kell dönteniük például abban, mennyi nem vagyoni kártérítést ítéljenek meg egy áldozat rokonainak. Ennek kapcsán két ellentétes módon szoktak érvelni. Az egyik érvelés szerint, mivel egy emberi élet értéke pénzben kifejezhetetlen, és mivel pénzzel úgysem pótolható a hozzátartozók vesztesége, ezért azok dokumentálható anyagi veszteségén túl miért fizessenek bármit is a rokonoknak? Ezzel ellentétes érvelés az, hogy mivel egy emberi élet értéke pénzben kifejezhetetlen, ezért csak extrém nagy összegek jelenthetnek a hozzátartozók részére valamiféle kárpótlást, és ezért semmiféle felső határ nem létezik a kárpótlás anyagi értékének a meghatározásakor[90].

A bíróságok módszere az USA-ban egy áldozat rokonainak fizetendő kártérítés mértékének a meghatározására. Szisztematikus módszerről nem beszélhetünk. A bíróságok egyrészt kiszámítják a hozzátartozók anyagi veszteségét. Ehhez az áldozat valószínű jövőbeli keresetének diszkontált értékét veszik alapul, amelyből levonnak annyit, amennyit az áldozat az élete során elfogyasztott volna, hozzáadják viszont annak a munkának a piaci értékét, amelyet az áldozat a családja számára valószínűleg elvégzett volna, és melyet most a családnak kell elvégeznie vagy mással pénzért elvégeztetnie (például gyermekfelügyelet, otthoni, ház körüli munka stb.)[91]. Ez az összeg, vagyis a hozzátartozók tényleges anyagi vesztesége általában 500 ezer dollár körüli értéknek adódik. Ez a halál közvetlen anyagi költsége. Ennél az összegnél azonban a bíróságok többet szoktak megítélni, mert figyelembe veszik, hogy az elhunyt a családja, házastársa számára társ lett volna, aki szeretetet,

boldogságot, szexuális partnert stb. biztosított volna számára, és ennek elvesztéséért is kártérítés jár. (Ez az ún. consortium.) Összesen a bíróságok általában ilyen ügyekben kb. 1 millió dollár kártérítést szoktak megítélni, vagyis a bírósági gyakorlatból az olvasható ki, hogy körülbelül ekkora pénzbeli értéket rendelnek egy emberi élethez.[92]

Az élet anyagi értékének meghatározására szolgáló közgazdasági módszerek

Az ilyen közgazdasági megközelítés abból indul ki, hogy az a kijelentés, miszerint az emberi élet végtelenül értékes, bár retorikailag helyénvaló, mégsem írja le azt, ahogyan erről a kérdésről az emberek a valóságban vélekednek. Sokan azt az érvet hozzák fel az élet végtelen pénzbeli értéke mellett, hogy senki nem vállalná az azonnali halált bármilyen mennyiségű pénzért is cserébe. Ez azonban csak annyit bizonyít, hogy a pénznek semmi értéke nincs egy holttest számára[93]. Az azonban mindennapos tapasztalat, hogy az emberek életük egy részét feláldozzák valami másért cserébe. Például aki dohányzik, noha tudja, hogy az egészségkárosító, életéveket cserél el élvezetért[94]. Sokan űznek veszélyes sportot, vállalnak veszélyes munkát többletélvezetért vagy pénzért. Mindez azt bizonyítja, hogy az emberek a gyakorlatban nem tekintik életüket végtelenül értékesnek. Életünk meghosszabbítására mindig megkísérelhetnénk valamit tenni: még egy kicsit egészségesebben táplálkozni, gyakrabban járni egészségügyi szűrővizsgálatra, még egy kicsit biztonságosabb autót venni, még jobb levegőjű helyre költözni stb. Bárki, aki másra költi pénzét, mint életének meghosszabbítására, azt bizonyítja, hogy az életét nem tartja végtelenül értékesebbnek bármi másnál[95]. Erre persze lehetne azt válaszolni, hogy bár az emberek valóban nem tekintik életüket végtelenül értékesnek, de ezt helytelenül teszik, mert annak kellene tartaniuk. Ez azonban – megvalósulása esetén – abszurd következményekhez vezetne, ugyanis az élet végtelen értékének elvét a gyakorlatba átültető társadalomnak minden más értéket fel kellene áldoznia az élet végtelen értékének a kedvéért, és így a nemzeti jövedelem 100%-át az élettartam maximalizálására kellene fordítania[96]. Csak olyan szórakozás lenne például megengedhető, amely az élettartamot növeli, enni, inni csak táplálkozási célból lehetne, de sohasem örömszerzési célból, nem lehetne elkerülhető veszélyt vállalni az élet semmilyen területén, minden olyan tevékenységről le kellene mondani, amely az egészséggel nincs közvetlen kapcsolatban (például a művészet, a tudomány sok formájáról), és a társadalomnak minden rendelkezésre álló pénzt lakosai egészségére kellene költenie[97]. Mivel azonban nem az egészség az egyetlen értékes dolog az életben, nem lenne racionális, hogy minden erőforrást erre áldozzanak.

Mivel tehát a valóságban az emberek sokszor hoznak implicit döntéseket saját vagy mások életének értékéről, ezeket a módszereket próbálják explicitté tenni az

élet pénzbeli értékét meghatározni próbáló kísérletek. Két alapvető módszert alkalmaztak erre a célra: az életkereset (human capital) módszert és a fizetési hajlandóság módszert.

Életkereset-módszer. Eszerint egy emberi élet pénzbeli értéke annak jövedelemtermelő képességétől függ, és az jövőbeli keresetének inflációval korrigált, diszkontált értékével egyenlő. E módszer problémája, hogy eszerint az emberi élet értéke kortól függő lenne, hiszen a fiatal jövőbeli összkeresete általában több, mint az idősebbeké. További probléma, hogy a nők, hátrányos helyzetű csoportok fizetése általában kisebb, ezért az ő életük értéke is kisebbnek adódna. A módszer fő problémája azonban az, hogy csak az emberi élet gazdasági értékét veszi számításba, és eltekint annak pszichológiai, szimbolikus és egyéb komponenseitől[98].

A fizetési hajlandóság módszer. Eszerint az, hogy ki mennyire értékeli saját életét, kiolvasható választásaiból. Meg lehet például vizsgálni, hogy mennyit hajlandó valaki fizetni azért, hogy az életére leselkedő veszélyeket csökkentse, vagy pedig mennyiért hajlandó életét veszélyeztető többletrizikót vállalni.

Vizsgálni lehet például, hogy valaki egy olyan munkát, amelyik halálozási esélyeit bizonyos százalékkal növeli, mennyi többletpénzért vállal el egy olyanhoz képest, amelyik mentes az adott vonatkozásban a halálozás veszélyétől.

Egy másik példa: ha valaki 100 dollárt hajlandó fizetni azért, hogy az életére leselkedő 1:10 000 nagyságú veszélyt megszüntesse, akkor ő ebben a vonatkozásban életének értékét 1 millió dollárra teszi. Ennek a megközelítésnek problémája, hogy így a gazdagabb életének értéke nagyobbnak adódna, hiszen ő többet lenne hajlandó fizetni ugyanakkora veszély megszüntetéséért. Ez az igazságtalanság azonban kiküszöbölhető úgy, hogy azokat a pénzbeli értékeket vennénk az emberi élet értéke kiszámítása alapjául, amelyet a leggazdagabbak hajlandók fizetni biztonságuk növelése érdekében[99]. Az ezzel a módszerrel kapcsolatos fő probléma azonban az, hogy minél nagyobb a rizikó, annál megbízhatatlanabb a módszer. Például lehet, hogy valaki az életét 60%-os valószínűséggel fenyegető rizikó megszüntetéséért már bármekkora összeget hajlandó lenne kifizetni, ami rendelkezésére áll, és így már nem tudna többet fizetni akkor sem, ha az életére 80%-os valószínűséggel leselkedő rizikót akarná megszüntetni. Így nagyobb valószínűségű veszélyek esetén a módszer nem megbízható, és ez megkérdőjelezi a módszer egészének a megbízhatóságát is. Mindenesetre érdekes, hogy az említett közgazdasági módszereket használva az emberi élet pénzben kifejezett értéke általában 1 millió dollár körüli értéknek adódik, vagyis megközelítőleg ugyanakkora összegnek, amekkorát bíróságok szoktak megítélni nem vagyoni kártérítésként vétlen áldozatok hozzátartozóinak[100].

Mint e példákból is látható, a költség–haszon elemzések alapvető problémája az egészségügyben az, hogy olyan jellemzőkhöz próbálnak pénzbeli értéket rendelni (egészség, emberi élet), amelyek pénzben való kifejezése közgazdaságilag rendkívül nehéz, etikailag pedig sokszor nem elfogadható. Kecsegtetőbbnek tűnnek ezért a költség–hatékonyság szempontjaiból kiinduló megközelítések.

A költség–hatékonyság elemzés etikai kérdései

Ez a módszer azt vizsgálja, hogy egy adott célt hogyan lehet a legkisebb költséggel elérni. Itt a költséget pénzben, az eredményt viszont vagy valamilyen természetes egységben (például a megmentett életévek számában), vagy valamilyen mesterségesen kialakított haszonegységben (például QALY-ban) mérik.

A költség–hatékonyság elemzés elkerüli a költség–haszon elemzés fő problémáját, azt, hogy a megmentett életekhez vagy életévekhez közgazdaságilag nehéz, etikailag pedig problematikus pénzbeli értéket rendelni. Fő problémája azonban az, hogy mivel itt a hasznot nem pénzben mérik, ezért az egészségügy területén keletkező hasznot nehéz összehasonlítani például az oktatás területén keletkező haszonnal, sőt még azt sem lehet tudni, hogy a keletkező haszon egyáltalán nagyobb-e, mint a költség, vagyis közgazdaságilag egyáltalán elfogadható-e a beruházás. Ezért míg a költség–haszon elemzés főleg az erőforrások különböző ágazatok közötti (például egészségügy, oktatás stb.) elosztásához nyújthat segítséget, addig a költség–hatékonyság elemzés a források egészségügyön belüli elosztásának jó segítője.

A költség–hatékonyság elemzés ma legígéretesebbnek tűnő válfaja a QALY módszere, ezért ennek ismertetésén keresztül kíséreljük meg bemutatni az ennek kapcsán felvetődő etikai problémákat.

A QALY

A QALY szót az angol quality adjusted life years (életminőségre standardizált életévek száma) szavak kezdőbetűiből hozták létre. Egy ma már meglehetősen elterjedt és sokat vitatott számolási technikát jelent, amelyet a hetvenes évek végén fejlesztett ki az USA-ban az Office of Technology Assessment[101]. Ezt Angliában a nyolcvanas években továbbfejlesztették, és a gyakorlatban is alkalmazták. A módszert a költséghatékony orvosi kezelések kiválasztására, terápiás alternatívák, illetve technikák költséghatékonyság szerinti rangsorolására hozták létre. A QALY azt igyekszik mérni, hogy mennyi jót tesz egy embernek egy orvosi kezelés, vagyis orvosilag mennyire sikeres, és ennek mekkora a költsége. Eme két adat

figyelembevételével azokat a terápiákat ajánlja, amelyek adott összegből a legtöbb orvosi hasznot hozzák létre. Alapelve a következő: két orvosi kezelés közül az a jobb, amelyik több életévet ment meg, illetve jobb életminőséget biztosít a beteg számára. A QALY a megmentett életévek számát és a megmentett élet minőségét egyetlen számban foglalja össze. Abból az alaptételből indul ki, hogy ha egy betegnek választási lehetősége lenne, akkor inkább egy valamivel rövidebb, de egészséges életet választana, mint egy hosszabb, de fájdalmakkal, szenvedésekkel terheltet[102]. Empirikusan vizsgálható, hogy hány fájdalommal, mozgáskorlátozottsággal sújtott évet lenne valaki hajlandó életéből feláldozni azért, hogy hátralévő éveit teljes egészségben élhesse le. Így a QALY módszerének kiindulópontja az, hogy egy egészséges életév egyet ér, egy nem teljesen egészséges, vagyis nem 100%-os életminőségű életév egynél kevesebbet, mégpedig annál kevesebbet, minél rosszabb az illető életének a minősége[103]. Ha például valakinek egy kezelés 2 évvel meghosszabbítja az életét, de életminősége az egészségesnek csak az 50%-a lesz, akkor 2 x 0,5 =1 QALY, vagyis 1 minőségi életév lesz a beteg „nyeresége". A QALY számítása szerint tehát egy egészségesen leélt év ugyanannyit ér, mint két 50%-os életminőséggel leélt év. Másképp megfogalmazva a QALY „filozófiája" például a következő kijelentés elvi elfogadhatóságából indul ki[104]:

„Egy normális, egészségben leélt év megfelel kb. 18 olyan hónapnak, amelyet deréktól lefelé megbénulva élek le."

Minden egyes kezelésre meg lehet állapítani, hány QALY-t nyerne a beteg, ha nem kezelnék, és hányat nyer a kezeléssel. Az utóbbiból az előbbit kivonva kapjuk meg a kezelés nettó QALY nyereségét. Ha ezt követően a kezelés költségét is figyelembe vesszük, akkor minden egyes kezelésre egy költség/QALY érték adódik. Az a kezelés lesz a legköltséghatékonyabb, amelynek a költség/QALY értéke a legkisebb, vagyis amelyik 1 QALY-t a legkisebb költséggel állít elő.

A QALY módszerének leírása. Első megközelítésben egy egyén életminősége két tényezőtől függ: fizikai teljesítőképességének mértékétől, amely meghatározza azt is, hogy képes-e a mindennapi élet feladatainak az ellátására, normális társadalmi szerepeinek vitelére, másrészt szenvedésének, fájdalmának mennyiségétől.

A fizikai teljesítőképesség foka, illetve a társadalmi szerepek ellátására való képesség mértéke szerint nyolc fokozatot lehet elkülöníteni[105]:

- I. A fizikai terhelhetőség normális.
- II. A társadalmi szerepek ellátásának képessége enyhén csökkent.
- III. A társadalmi szerepek ellátásának képessége komolyan vagy a munkateljesítmény enyhén csökkent. Házimunka végzésére – a nagy megerőltetést kívánóktól eltekintve – képes.
- IV. Munkateljesítménye komolyan csökkent. Csak könnyű házimunka elvégzésére, például bevásárlásra képes.

– V. Bármilyen fizetett munka vagy tanulás végzésére képtelen. Idős ember lakáshoz kötött, ház körüli séta csak kísérettel lehetséges. Bevásárolni nem képes.
– VI. Tolószékkel képes csak helyváltoztatásra.
– VII. Ágyhoz kötött.
– VIII. Eszméletlen.

Az életminőség másik dimenziója a betegség kiváltotta fájdalom, szenvedés mértéke. Ez alapján négy kategóriát lehet elkülöníteni:

– A: Nincs fájdalom.
– B: Enyhe fájdalom.
– C: Közepes fájdalom.
– D: Erős fájdalom.

Az előbbi két dimenzió segítségével mátrixot szerkeszthetünk, és megfelelő számú embert felkérve megkérhetjük őket, rendeljenek numerikus értéket a mátrix által biztosított 32 lehetőség mindegyikéhez úgy, hogy az egészséges élet életminősége legyen 1, a halálé 0, a halálnál is rosszabb testi állapot (életminőség) pedig negatív értéket kapjon.

A következő értékek születtek[106]:

	A	B	C	D
I.	1,00	0,995	0,990	0,967
II.	0,990	0,986	0,973	0,932
III.	0,980	0,972	0,956	0,912
IV.	0,964	0,956	0,942	0,870
V.	0,946	0,935	0,900	0,700
VI.	0,875	0,845	0,680	0
VII.	0,677	0,564	0	–1,486
VIII.	–1,028		értelmetlen	

A táblázat segítségével a QALY kiszámítása a következőképpen végezhető: megvizsgáljuk, hogy egy adott betegség esetén kezelve, illetve kezelés nélkül hány életévet élhet még a beteg átlagosan és milyen életminőséggel. A két értéket kivonjuk egymásból, és megkapjuk az illető kezelés QALY-értékét. A kezelés költségét ismerve megkaphatjuk az adott kezelés költség/QALY értékét, és ez az adott kezelés költséghatékonyságának a mérőszáma. Így természetesen különféle kezelések költséghatékonyság szempontjából összehasonlíthatók és rangsorba állíthatók.

Példák a QALY kiszámítására

1. példa

A betegnek csípőízületi arthrosisa van. Emiatt munkaképtelen, és erős fájdalmai vannak, így a táblázatból kiolvasható érték (0,7) szerint életminősége csak az egészséges 70%-a. A statisztika szerint várható élettartama még kb. 10 év. Így QALY-értéke 10 x 0,7 = 7 év. Vagyis 10 évnyi, súlyos fájdalmakkal teli hátralevő élete 7 egészséges évnek számít.

Ha csípőízületi protézist kap, akkor ezzel életminősége ismét normális (100%-os) lesz, várható élettartama nem változik, így QALY-értéke: 10 x 1 = 10. A csípőízületi protézissel tehát a beteg 3 QALY-t nyer, amelynek költsége 2250 angol font, így a költséghatékonyság 2250/3 = 750 font/QALY[107].

2. példa

B beteg krónikus veseelégtelenségben szenved, és kétszer egy héten dialysisre szorul. Munkaképtelen, és közepesen szenved, aminek értéke a táblázat alapján 0,9. Dialysis nélkül napokon belül meghalna, dialysissel azonban még kb.10 évet élhet. Mivel életminősége a táblázat alapján csak 90%-os, így a hátralevő 10 év csak 10 x 0,9 = 9 QALY-nak (minőségi életévnek) felel meg. A kezelés költsége 126 000 angol font, így a költséghatékonyság 126 000/9 = 14 000 font/QALY[108].

A példákból látható, hogy a csípőízületi protézis sokkal költséghatékonyabb kezelés, mint a dialysis.

Ezzel a módszerrel különböző terápiás eljárások költség/QALY értékeit ki lehet számolni, és ezeket – költséghatékonyság szerint – rangsorba lehet állítani. Az Angliában végzett számítások alapján a következő értékek adódtak[109]:

	Költség/QALY (angol fontban)
A családorvos tanácsa a dohányzás abbahagyására	167
Pacemaker beültetése pitvar-kamrai blokkban	700
Csípőízületi protézis	750
Műbillentyű beültetése aortastenosis kezelésére	900
Coronaria-bypass műtét a betegség és a műtét típusától függően	1040–2520
Hypertonia egyensúlyban tartása családorvos által	1700
Koleszterinszint beállítása a családorvos által	1700
Vesetranszplantáció	3200
Szívtranszplantáció	5000
Kórházi haemodialysiskezelés	14 000

A QALY módszere, mint általában a költséghatékonysági számítások, abból indul ki, hogy az egészségügy rendelkezésére álló pénzt a leghatékonyabban kell felhasználni, a lehető legtöbb haszon (QALY) elérése céljából. Olyan egészségügyet kell létrehozni, amelyben a költség/QALY arány a legkedvezőbb, vagyis az egészségügynek azokat az ágait, illetve azokat a kezelési formáit kell előnyben részesíteni a finanszírozásnál, amelyeknek a költség/QALY aránya a legkisebb, azokat pedig háttérbe kell szorítani, vagy egyáltalán nem kell finanszírozni, ahol a költség/QALY arány nagy[110]. Az előbbi táblázat adatait tanulmányozva az egészségügyi prioritások maguktól adódnak. A rendelkezésre álló pénzt – ha a hasznot maximalizálni akarjuk, vagyis a legtöbb minőségi életévet szeretnénk a betegek számára „létrehozni" – inkább a dohányzás elleni kampányra, csípőízületi protézis műtétre vagy szívbillentyű-beültetésre kellene költenünk, és nem a dialysisprogram finanszírozására. Ha például egy adott terület egészségügyi menedzsere kap 1 millió fontot az egészségügyi programok fejlesztésére, akkor az előbbi táblázat alapján ezzel a pénzzel 5988 QALY-t tud létrehozni, ha a pénzt a dohányzás elleni hatékonyabb tanácsadás kifejlesztésére fordítja, 1333 QALY-t, ha csípőízületi protézis beültetésének finanszírozására, és csak 71 QALY-t, ha az összeget az életmentő dialysisprogram kiterjesztésére fordítja[111]. Elfogadható ez a prioritás?

Viták a QALY módszerével kapcsolatban. A QALY-val kapcsolatos ellenvetések egyrészt technikai, másrészt etikai jellegűek. A technikai jellegű kritika a módszer pillantnyi tökéletlenségeire hívja fel a figyelemet. Hangsúlyozzák, hogy a számítás alapjául szolgáló mátrix numerikus értékeit túl kisszámú ember megkérdezése alapján nyerték, így az nem megbízható[112]. Mások arra hívják fel a figyelmet, hogy a megkérdezettek egészséges emberek voltak, akik úgy nyilvánítottak véleményt az egyes testi állapotok életminőséget csökkentő hatásáról, hogy maguk az illető állapotot át sem élték. Így a mátrixból kiolvasható értékek csak az objektív életminőséget mérik, vagyis azt, hogy milyennek gondolja egy adott állapotú beteg életminőségét a társadalom. Ami viszont fontos lenne, és amit a QALY nem tud mérni, az a betegek szubjektíven átélt életminősége. Lehet valakinek az objektív életminősége rossz, a szubjektív jó, mert megtanulta elfogadni állapotát, alkalmazkodott hozzá. Vagyis megbízhatóbb lett volna az adott, mérni kívánt állapotban lévő betegek véleményét vizsgálni életminőségükkel kapcsolatban[113]. További kritika, hogy a QALY módszere nem rendel pénzbeli értéket az élethez magához, vagyis annak QALY szerinti értéke 0. Innen származik az a roppant furcsa rangsor, amely előnyben részesíti a dohányzás elleni tanácsot egy életmentő beavatkozás (dialysis) kifejlesztésével szemben[114].

A kritika azonban nem kérdőjelezi meg alapvetően a QALY-t mint módszert, csak annak tökéletesítését, finomítását követeli. Így nem jelent döntő ellenérvet az alkalmazásával szemben. Sőt MAYNARD szerint a felsorolt ellenérvek puszta léte

már a QALY mellett szól, hiszen nagy eredmény, ha az egészségügyi prioritások megfogalmazásakor konkrét, mérhető dolgokon vitatkozunk és nem szubjektív, nehezen konkretizálható, bár fennkölt etikai elveken[115]. A QALY mint módszer, mondják pártolói, bár még tovább finomítandó (és sok szempontból ténylegesen továbbfejlesztették már létrejötte óta), elvileg megfelelő módszer az egészségügyi prioritások költséghatékony megállapítására. Mivel pedig a QALY kapcsán a prioritások felállításának kritériumai explicitek, így vitathatók, pontosíthatók, tökéletesíthetők, és ilyen explicit kritériumok alapján vitatkozni jobb, mint ha a kérdéseket az egyes orvosi lobbik ereje vagy nehezen operacionalizálható szubjektív etikai elvek döntik el[116].

A QALY-val szemben megfogalmazott technikai jellegű ellenérveknél azonban sokkal alapvetőbbek az etikai ellenérvek, amelyek nem a módszer pillanatnyi (és ezért a jövőben még kiküszöbölhető) fogyatékosságaira mutatnak rá, hanem arra, hogy elve mint olyan etikailag elfogadhatatlan, mert súlyosan diszkriminál, és így igazságtalan.

Etikai ellenérvek a QALY ellen. A QALY elve alapvetően szemben áll az orvosi etika sok ezer éves elvével, amely szerint egy egyén orvosi ellátását orvosi szükségleteinek kell meghatároznia. A QALY ugyanis nem annak juttat kezelést, aki arra a leginkább rászorul, hanem annak, aki a legköltséghatékonyabb módon kezelhető[117]. Ennek nyilvánvaló igazságtalansága szembetűnik, ha megnézzük, hogyan működne egy hasonló módszer a közoktatás területén. Igazságos lenne-e például egy olyan oktatási rendszer, amelyik a közoktatási rendszeren belül azoknak az ágaknak nyújtana kiemelt támogatást, amely adott költségráfordítással a legtöbb tudást hozza létre? Egy ilyen rendszer nyilván az elitiskolák bőkezű finaszírozását jelentené a gyógypedagógiai iskolák elsorvasztása árán.

Visszatérve az egészségügyhöz nézzük a következő fiktív példát[118]: Péter, János, Erzsébet, Nóra, Gábor és Mariann egyaránt olyan betegségben szenved, amelyik nem kezelve napokon belül halálukat okozza. Mind a hat beteg számára létezik kezelés, de nem egyformán hatékony. A kezeléssel Mariann még 7 évig élhet, és kezelésének költsége 500 ezer forint. A többiek – kezelésük után – csak 1-1 évet élnek, és kezelésük egyenként 100 ezer forint. Tételezzük fel azt is, hogy mind a hat beteg életminősége 100%-os marad. Ha nem tudunk egyszerre mindenkit kezelni, mert csak 500 ezer forint áll rendelkezésre, ki(k)nek az életét mentsük meg? Ha a QALY számítást vesszük alapul, akkor Mariann életét kellene megmenteni, hiszen esetében 500 000/7 = 77 777 Ft/év arány jön ki, a többiek esetében 100 000 Ft/év. Így Mariann életének a megmentésével ugyanannyi pénzből több életévet lehet megmenteni, mint a másik öt beteg életének a megmentésével együttvéve! Igazságos ez azonban így? Fel lehet áldozni 5 ember életét 1 megmentése kedvéért, ha mindannyian egyaránt élni akarnak? A példából is jól kitűnik a QALY módszer fő

furcsasága: nem a lehető legtöbb emberi életet, hanem 100%-os életminőség esetén a lehető legtöbb életévet akarja megmenteni! Alapelve az, hogy azonos életminőség esetén minden egyes emberi életév értéke egyenlő, és nem az, hogy minden egyes ember életének az értéke egyenlő[119]. Ennek azonban komoly következményei vannak, hiszen alkalmazása súlyosan diszkriminatív. A QALY módszerének alkalmazása a következő diszkriminációkkal jár:

- Diszkriminál az idősekkel szemben, hiszen a megmenthető életévek számából indul ki, és egy életmentő beavatkozás egy fiatalnál sokkal több életévet ment meg, mint egy idősnél, így a megmentett QALY-k száma fiatalok kezelésekor általában több lesz.
- Szexista lehet, hiszen például a nők átlagosan tovább élnek, mint a férfiak, így egy azonos korú, állapotú, életminőségű férfi és nő közötti választás során a QALY alapján mindig a nőt kellene megmenteni.
- Rasszista lehet, hiszen az egyes rasszok egyes életkorokban várható élettartama nem egyforma, így a QALY alapján az előnyösebb helyzetű rassz tagjait előnyben kellene részesíteni a hátrányosabb helyzetűekkel szemben.
- Diszkriminatív azokkal szemben is, akik szerencsétlenségükre olyan betegségben szenvednek, amely csak drágán és így nem költséghatékony módon gyógyítható[120].

A QALY igazságtalan, diszkriminatív jellemzői abból erednek, hogy abból indul ki, hogy nem emberek az értékesek, és nem embereket kell az egyenlőség elvével védeni, hanem életéveket. Eszerint tehát minden ember minden egészséges életéve egyenlő értékű és egyenlő védelmet érdemel. Ez az elv azonban nem azonos a modern, demokratikus társadalmak alapelvével, amely szerint minden ember élete számít, és minden ember élete egyenlően számít, tekintet nélkül arra, hogy az illető fiatal vagy öreg, szenvedő vagy egészséges, férfi vagy nő stb. Vagyis a mai demokratikus társadalmak alapelve az, hogy minél több emberi életet kell megmenteni, és nem az, hogy minél több emberi életévet kell megmenteni. Mivel a QALY ez utóbbira koncentrál, ezért vezet elfogadhatatlan következményekhez[121].

A QALY elve tagadja azt, hogy mindenki élete egyformán fontos lenne, hiszen a módszer szerint egy ember életét annál nagyobb mértékben kell előnyben részesíteni, minél hosszabb ideig élhet még a kezeléssel, minél jobb lesz az életminősége, illetve minél kisebb lesz kezelésének a költsége. Így a QALY a különböző életkorú és életminőségű emberek életét nem tekinti egyformán értékesnek[122].

A QALY elfogadása messzeható egészségpolitikai következményekkel is járna. Előnyben kellene részesíteni ugyanis az újszülött-, csecsemő- és gyermekgyógyászati intézmények fejlesztését a geriátriai intézményekkel szemben, a fiatalokat megbetegítő betegségek megelőzését és kutatását az idős korúak betegségeinek

(például daganatos és szív-, érrendszeri megbetegségek) kutatásával szemben stb., hiszen így lehetne maximalizálni a megmentett QALY-k számát[123]. Sőt, ha a lehető legtöbb QALY létrehozása a cél, vagyis a lehető legtöbb emberi életév megmentése, akkor ez valószínűleg hatékonyabban biztosítható új emberi életek keletkezésének elősegítésével, mint a már létező emberek gyógyításával. Így a QALY maximalizálásának az elve azt követelné, hogy a rendelkezésre álló szűkös erőforrásokat a népszaporulat növelésére fordítsuk. A születésszabályozás, a nemi felvilágosítás, az abortus megengedhetetlen eljárás lenne, ha az egészségpolitika céljává a QALY maximalizálása válna[124, 125].

Az ellenérvek közös irányba mutatnak: a QALY az egészségügyi erőforrások hatékony elosztását lehetővé teszi ugyan, de azon az áron, hogy az erőforrások elosztása, a prioritások felállítása végső soron igazságtalan és diszkriminatív lesz. Elég érv-e ez azonban a QALY ellen? Hiszen a nem hatékony egészségügy szintén erkölcstelennek tűnik, mert nem maximalizálja a hasznot, így az erőforrások pazarlását jelenti. Az erőforrások pazarlása pedig azzal jár, hogy nem kezelnek betegeket, akiket az erőforrások hatékonyabb elosztásával kezelni lehetett volna[126].

Nézzünk egy példát: Tételezzük fel, hogy ötféle különböző kezelés létezik, és mindegyikkel 100-100 életet lehet megmenteni. A kezelés betegenként *A* 10 000, *B* 20 000, *C* 30 000, *D* 40 000, végül *E* 50 000 Ft-ba kerül. Ha 3 millió forint áll csak rendelkezésünkre, hogyan döntsük el, hogy kiket kezeljünk?

Ha az igazságosság, a diszkriminációmentesség (de nem a hatékonyság!) elvéből kiindulva akarjuk kiválasztani a megmentendő betegeket, akkor mindegyik csoportból 20 beteget kell kiválasztanunk véletlenszerűen, és ennek összköltsége: (20 x 10 000) + (20 x 20 000) + (20 x 30 000) + (20 x 40 000) + (20 x 50 000) = 3 000 000 Ft. Ez a módszer azért igazságos, mert itt minden betegcsoport egyenlő esélyt kap a kezelésre, nincsenek „büntetve", háttérbe szorítva a drágább betegségben szenvedők. A probléma azonban ezzel az igazságos megoldással az, hogy itt 3 millió forintért 100 embert mentettünk csak meg, a kevésbé igazságos, de költséghatékonyabb megoldással viszont (azt a százat kezelni, akik fejenként 10 000 Ft-ért + azt a százat, akik fejenként 20 000 Ft-ért gyógyíthatók) ugyanezzel a 3 millió fortinttal 200 embert menthettünk volna meg! Így az igazságosabb megoldás emberéletben számolva igen költségesnek bizonyult, 100 ember életének feláldozását követelte meg[127]! Ebből a példából is látható, hogy az igazságosság és a hatékonyság sokszor szembenáll egymással, és a hatékonyság háttérbe szorítása az igazságosság kedvéért emberéletek feláldozását követelheti meg. Így a QALY mellett érvelők arra hivatkoznak, hogy bár kétségtelenül nem igazságos és kétségtelenül diszkriminatív, mégis az eszközök lehető leghatékonyabb elosztására biztosít lehetőséget, és a tőle való eltérés az igazságoság kedvéért emberáldozatokat követelhet. A morális dilemma a QALY-val kapcsolatban tehát úgy hangzik, hogy milyen mértékben korlátozható a hatékonyság (QALY) az igazságosság elvei által, illetve mi-

lyen mértékben mondhatunk le az igazságos elosztás elveiről a hatékonyabb (több emberi életévet megmentő) elosztás kedvéért?

A megoldás nyilván az igazságosság és a hatékonyság elve közötti kompromisszum. Ez a QALY esetében azt jelenti, hogy bár az fontos támpontot nyújthat az egészségügy területén a prioritások felállításában, de semmiképpen sem használható mint kizárólagos szempont. A QALY teljes figyelmen kívül hagyása az igazságosság kedvéért megengedhetetlenül sok emberáldozattal jár, ugyanakkor az igazságosság negligálása a hatékonyság (QALY) kedvéért súlyosan sérti a minden emberi élet egyenlő értékéről vallott alapvető elvet.

A QALY-val kapcsolatos etikai kétségek miatt ma sokan úgy tartják, hogy a QALY nem elfogadható módszer arra, hogy a különböző betegcsoportok, betegségkategóriák kezelésének finanszírozásával kapcsolatos prioritások megállapításának alapja legyen, mert ily módon felhasználva diszkriminatív. Amire leginkább használható, az az, hogy az egy és ugyanazon betegség különböző terápiás alternatívái közötti választást segítse a költséghatékonyság szempontjának a bevezetésével[128].

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ JOG PROBLÉMÁJA

A medicinában az egészségügyi ellátáshoz való jog gondolata meglehetősen új keletű. Hagyományosan a legtöbb társadalom a szegénységgel és a betegséggel összefüggő problémákat a jótékonyság és a könyörületesség érzésétől vezérelt karitatív cselekedetek révén tartotta megoldhatónak. Az, hogy egy állampolgárnak joga van arra, hogy az emberi létezés alapvető feltételei számára biztosítottak legyenek, először a francia forradalomban fogalmazódott meg. Itt deklarálták először az egyénnek azt a jogát, hogy szegénysége esetén fenntartási költségeinek előteremtésében az államtól segítséget kapjon, és azt, hogy mindenkinek joga van ingyenes és teljes egészségügyi ellátásra[129]. Ezeknek az elméletben megfogalmazott jogoknak azután a XIX. század végétől kezdve egyre nagyobb gyakorlati jelentősége lett. Amilyen mértékben nőtt ugyanis az egészségügy hatékonysága, vagyis amilyen mértékben tudott az orvosi ellátás ténylegesen is segíteni a betegnek, olyan mértékben érezte a lakosság az ahhoz való hozzájutás biztosítását alapvető fontosságúnak. Amíg az egészségügy (illetve az orvos) csak vigasztalni, ápolni tudott, amíg a medicinának alig voltak hatékony eszközei a gyógyításra (nagyjából egészen a XIX. század közepéig), addig sokkal kevésbé érezték jelentősnek, hogy orvosi ellátásban mindenki részesülhessen. Ma azonban, amikor a nagy hatású gyógyszerek és orvosi technikai eljárások mindenki számára nyilvánvalóan hatékony segítséget tudnak nyújtani az egészségi problémák megoldásában, az egészségügyi ellátáshoz való jog kérdése különösen fontos lett. Nem véletlen tehát, hogy századunk második felében ismét előtérbe kerültek az egészségügyi ellátásra való joggal, az egészségügy

igazságosságával kapcsolatos viták. Ezzel kapcsolatban alapvetően háromféle nézet fogalmazódott meg.

Libertariánus („laissez faire") felfogás

E nézet legreprezentatívabb elméleti megfogalmazója ROBERT NOZICK[130]. A libertariánus nézet szerint a magántulajdonhoz való jog alapvető, és az igazságosan szerzett magántulajdonnal való rendelkezési szabadság abszolút. Ezért egy adott társadalmi szituáció igazságosságának eldöntéséhez nem megfelelő a végeredmény (például bizonyos vagyoni egyenlőtlenségek meglétének vagy hiányának) megállapítása, hanem a döntő szempont az, hogy a végeredmény igazságosan jött-e létre vagy sem. Amennyiben a végeredményhez vezető folyamatok igazságosak voltak, akkor maga a végeredmény is igazságos, még akkor is, ha ez nagyon jelentős vagyoni és egyéb egyenlőtlenségeket jelent. A libertariánus nézet általában az élethez, magántulajdonhoz, szabadsághoz való jogot mint negatív jogot fogja fel[131]. Álláspontjuk szerint például az élethez való jog csak annyit jelent, hogy senkinek nem szabad más életét jogtalanul elvennie (ez az élethez való jog negatív felfogása), azt azonban már nem jelenti, hogy mindenkinek joga van mindarra, ami életének a fenntartásához szükséges (ez az élethez való jog pozitív felfogását jelentené). Így a libertariánusok szerint, ha a társadalomban vannak szegények, és a szegénység igazságosan jött létre, akkor a szegényeknek nincs joguk mások segítségére abban az értelemben, hogy másoknak kötelességük lenne nekik segítséget nyújtani. Szánalomból, könyörületből persze lehet segíteni a szegényeknek, de ez nem kötelesség. A libertariánus elméletek így elvetik a jóléti programok, segélyek finanszírozhatóságát szolgáló adózást, az állami redisztribúciós programokat, amelyeket végső soron igazságtalannak tartanak, hiszen az ilyen adózás azt jelenti, hogy állami kényszerrel fosztanak meg valakit jogosan megszerzett jövedelme egy részétől mások olyan bajainak (szegénység, betegség) az orvoslása céljából, amelyeket nem a megadóztatott okozott, és amelyekért ő semmilyen formában nem felelős. Egy ember egészségügyi ellátáshoz való joga egy másik ember megnövekedett adóterhe[132]. Egy egyénnek a libertariánusok szerint mindahhoz joga van, amit igazságosan megszerzett jövedelme számára a szabadpiacon biztosítani tud[133], és senkinek sincs joga arra, hogy ennek a jövedelemnek egy részét mások nyomorúságának a mérséklésére szolgáló adó formájában tőle elvegye. Ha valaki nem felelős mások szegénységéért, betegségéért, akkor milyen morális felhatalmazása van az államnak arra, hogy őt e szerencsétlenek segítésére, anyagi támogatására kötelező adó formájában kényszerítse?

A libertariánusok szerint az állam feladata a magántulajdon, az élet, a szabadság védelme az erőszakkal szemben, és morálisan csak annyi adózás elfogadható,

amennyi az e feladatokat megvalósító minimális államnak a fenntartásához szükséges. Az államnak azonban nem feladata az állampolgárok jólétének a biztosítása. Ha az állam elismerné a polgárok jóléthez való pozitív jogát, akkor ennek feltételeit biztosítani csak kötelezően kivetett, a jólétet a szegények számára finanszírozó adókkal lenne lehetséges, ez viszont a libertariánusok szerint a szabadság megengedhetetlen korlátozását jelentené, és tulajdonképpen államilag elrendelt lopásnak minősül[134].

FRIEDMAN hasonlatát módosítva[135] a libertariánus álláspont úgy lenne jellemezhető, mint amely szerint a legtöbb jószág elosztása során ugyanazoknak a szabadpiaci elveknek kellene érvényesülniük, mint amelyek például a házasság piacán érvényesülnek. A házasság piaca az a piac, ahol jövendőbeli férjek és feleségek találnak egymásra. A piac résztvevői (akárcsak az orvosi kezelés esetén), óriási jelentőséget tulajdonítanak jövendő házastársuk személyének, és az egyik személy döntése itt is alapvető hatással lehet a másik életére. Ennek ellenére ma általánosan elfogadott, hogy a házasságot a piaci törvényeknek kell irányítaniuk, vagyis házasság csak akkor lesz, ha ebbe mindkét fél önként beleegyezik. Általánosan elismerik a házassághoz való negatív jogot, vagyis minden felnőttnek azt a jogát, hogy házasságot köthessen, ha akar és ha tud. A házassághoz való pozitív jog elismerése azonban abszurd lenne, hiszen ez egy egyénnek azt a jogát jelentené, hogy számára az állam házastársat biztosítson, ha ő nem képes találni magának. Ha egy egyénnek pozitív joga lenne házastársra, akkor ez mások részéről államilag kikényszeríthető kötelességet jelentene arra, hogy házastársul szegődjenek ahhoz, aki nem talált magának párt. Ahogyan tehát a libertariánusok szerint az, hogy valaki nem talál magának házastársat, szerencsétlenség ugyan, amely az illető egész életét tönkreteheti, de nem igazságtalanság, amelyet másoknak orvosolni lenne kötelességük, ugyanúgy az egészségügyi ellátás is ilyen. A betegség szerencsétlenség, de nem igazságtalanság, ezért a betegek ellátása nem állami kötelesség, a betegnek ilyen ellátásra nincsen joga[136].

Összefoglalva tehát a libertariánus elmélet szerint az egészségügyi ellátáshoz való jog elméletileg nem alapozható meg, hiszen az, hogy egy társadalomban vannak beteg emberek, csak szerencsétlenség, de nem szükségszerűen igazságtalanság. Ha tehát mások nem járultak hozzá a betegek betegségéhez, akkor nem is lehet kötelességük másoknak betegségük miatt segítséget nyújtani. Megtehetik szánalomból, emberszeretetből, de ez nem kötelességük, és ilyenformán a betegeknek sincs joguk az államilag garantált egészségügyi ellátáshoz.

Szocialista (egalitariánus) felfogás

E felfogás szerint egy teljesen igazságos társadalom az egyenlők társadalma, amelynek alapelve: mindenkinek az élete számit, és mindenki élete egyenlően

számít[137]. Ebből az elvből kifolyólag mindenkinek joga van az élete fenntartásához szükséges alapvető szükségletei egyenlő kielégítéséhez, és ezt akár állami beavatkozással is biztosítani kell, még azon az áron is, hogy az egyéni szabadságjogok (például a magántulajdon szabadsága) csorbát szenvednek a nagyfokú adóztatás révén. A szocialista koncepció elutasítja a libertariánus felfogást, miszerint egy társadalomban elegendő deklarálni az élethez, a magántulajdonhoz, a szabadsághoz való negatív jogot. A szocialista koncepció szerint e jogok semmit sem jelentenek, ha gyakorlásuk feltételei nincsenek biztosítva. Hiába hangoztatják például a libertariánus koncepció hívei, hogy a szegény és a gazdag egyformán rendelkezik az élethez való joggal. Ha ugyanis valakinek nincs elegendő pénze ahhoz, hogy megfelelően táplálkozzék, lakjon vagy megfelelő színvonalú egészségügyi ellátást kapjon, akkor az élethez való jogának a hangoztatása üres szólam[138]. Az élethez való jog mit sem ér – így a szocialisták – az élet fenntartása feltételeinek a biztosítása nélkül. Ezért a szocialista koncepció a redisztributív állam ideálját hirdeti, az adózás által mindenki számára biztosított megfelelő jólétet, és így természetesen – egyebek mellett – az egészségügyi ellátáshoz való állampolgári jogot, mely fizetőképességtől függetlenül mindenkit megillet. A szocialista koncepció olyan fontosnak tartja az egyenlőség elvét, hogy az egészségügyben nem tartja megengedhetőnek a kétszintű egészségügyi ellátást. Úgy tartja, hogy az egyenlőség elve azt kívánja, hogy csak azt az egészségügyi ellátást tegyék elérhetővé, amely mindenki számára elérhető. Így nem engedhető meg egy olyan kétrétegű egészségügy, amelyben bizonyos egészségügyi szolgáltatások a gazdagabbak számára a szabadpiacon megvehetők, a szegények számára nem[139].

Liberális felfogás

A liberális felfogás mind a libertariánizmust, mind a szocialista felfogást túlságosan egyoldalúnak tekinti. A libertariánusok szerint a legfőbb érték a szabadság, a szocialisták szerint a legfőbb érték az egyenlőség. A liberálisok szerint mindkét érték egyformán fontos[140]. Így tehát szerintük a libertariánusok túlértékelik a szabadság jelentőségét, azt mintegy kizárólagos értéknek tekintve, és nem veszik figyelembe, hogy a szabadság – gazdasági feltételei nélkül – puszta illúzió. A libertariánusok a szabadságra hivatkozva utasítják el az egészségügyi ellátáshoz való jog gondolatát. A liberálisok szerint azonban az egészségügyi ellátás sok esetben a szabadság feltétele, hiszen egészség nélkül nincsen szabadság sem[141]. A liberálisok csak sokkal kisebb mértékű egyenlőtlenséget tartanak elfogadhatónak, mint a libertariánusok[142]. Ugyanakkor a szocialistákkal sem értenek egyet, akik viszont túl nagy hangsúlyt helyeznek az egyenlőség értékére, és ezzel a szabadságot megengedhetetlen mértékben veszélyeztetik. KARL POPPER szerint választani kell a sza-

badság és az egyenlőség között. Ha valaki az egyenlőséget választja, akkor ezt csak annak kikényszerítése, vagyis a szabadság megszüntetése árán lehet megvalósítani. Ahol viszont nincs szabadság, ott rövidesen egyenlőség sem lesz[143]. Ugyanakkor a fordított érvelés is igaznak látszik. Ha valaki a szabadság és az egyenlőség közül a szabadságot választja, akkor ez az egyenlőség megszűnéséhez vezet, ahol viszont nincs egyenlőség, ott a legrosszabb helyzetűek számára szabadság sem lesz. Így a két érték közötti valamiféle egyensúlyt kell megtalálni, ahol egyik érték sincs abszolutizálva, viszont mindkét értéket kellően tiszteletben tartják. Ezt kísérli meg a liberális felfogás megvalósítani, egyfajta középutat keresve a kettő között[144]. Egyik legreprezentatívabb képviselője, JOHN RAWLS elmélete szerint az igazságosság elve mindenekelőtt azt követeli, hogy egy állam minden polgára a lehető legnagyobb mértékű szabadsággal rendelkezzen, amely még összeegyeztethető a többiek hasonló szabadságával. Az igazságosság második elve RAWLSnál az ún. differenciaelv, amely szerint minden társadalmi értéket – például szabadság, lehetőségek, jövedelem, vagyon – egyenlően kell elosztani a társadalom tagjai között, és ettől az egyenlőtlenség irányába csak akkor lehet eltérni, ha a javak egyenlőtlen elosztása mindenki javát szolgálja, vagyis az egyenlőtlen elosztás következtében létrejövő állapot még a legrosszabb helyzetűeknek is jobb, mint amilyen az egyenlőség lenne[145].

Végső soron tehát a liberális koncepció is elismeri az egészségügyi ellátáshoz való jogot, de – eltérően a szocialistáktól – elfogadhatónak érez egy kétrétegű egészségügyi ellátást is, ahol mindenki államilag garantáltan hozzájut az egészségügyi ellátás egy tisztességes minimumához, vagyis mindenki számára biztosított egy, a többség számára adekvátnak érzett egészségügyi ellátás. Ha viszont valaki egy ennél magasabb színvonalú vagy több egészségügyi ellátásra vágyik, és ezért akar és tud is fizetni, az a szabadpiacon ehhez hozzájuthat.

Az egészségügyhöz való jogról folytatott viták összefoglalása

Látható tehát, hogy a libertariánus koncepció szerint elméletileg nem alapozható meg az egészségügyi ellátáshoz való jog, a szocialista és a liberális koncepció alapján igen. A libertariánusok a jogokat negatív jogként deklarálják, elképzeléseik alapján az élethez, a szabadsághoz való jog csak annyit jelent: jogunk van ahhoz, hogy életünket senki ne vegye el, szabadságunktól senki ne fosszon meg bennünket, és e jogunkat az állam köteles akár erőszakkal is megvédeni. Pozitív jogunk azonban az élethez, a szabadsághoz nincsen, vagyis nincs jogunk arra, hogy például az életünk fenntartásához szükséges feltételeket (élelem, hajlék, egészségügyi ellátás stb.) akár a gazdagabbaktól államilag kikényszerített adókkal is számunkra biztosítsák. Az államnak erre nincs morális felhatalmazása. A szocialista és a libe-

rális koncepció viszont a jogokat pozitív jogként is deklarálja, és elismeri az államnak azt a jogát, hogy mindenki számára biztosítsa – akár adóztatás révén is – például az élete fenntartásához szükséges minimális anyagi feltételeket. A szocialista és a liberális elvek gyakorlatba való átültetése vezetett a modern jóléti állam létrejöttéhez. Továbbra is jelentős különbségek vannak a szocialisták és a liberálisok között abban, hogy a jóléti állam milyen mértékű jólétet garantáljon az állampolgárok számára, de bizonyos minimális szint biztosításának kötelességét mindkét koncepció elismeri.

Ma már az egészségügyi ellátáshoz való jogot és általában a pozitív jogokat nemzetközi deklarációk is rögzítik. Az első ilyen deklaráció az ENSZ Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata volt 1948-ban, amelynek 25. cikkelye fogalmazza meg az orvosi ellátáshoz való jogot, és ezzel együtt egy olyan életszínvonalhoz való jogot, amely biztosíthatja az egészséget, illetve a jóllétet[146]. Bár elméletileg a libertariánus pozíció jelentős, a gyakorlatban sehol nem érvényesül az egészségügy területén. Még a gazdaságpolitikában libertariánus nézeteket valló THATCHER kormányzat alatt is megmaradt a szocialista elveken alapuló angol National Health Service, illetve REAGAN elnöksége alatt is megmaradt a szegények és az idősek egészségügyi ellátását államilag garantáló Medicaid és Medicare. Bár nem minden állam ismeri el az egészségügyi ellátáshoz való jogot (az USA Alkotmányából például ez hiányzik), a gyakorlatban minden ország biztosít a szegényeknek valamilyen szintű egészségügyi ellátást, vagyis implicite elismeri az ehhez való jogot. Elméletileg azonban az egészségügyi ellátáshoz való jogról folytatott vita nem bizonyult igazán termékenynek, mert az alapvető kérdéseket nem segített eldönteni. Mivel ugyanis – mint láttuk – ma alig van olyan ország, amelyik a gyakorlatban ne ismerne el valamiféle jogot az egészségügyi ellátásra, ezért a gyakorlat igazi kérdése ma már nem az, hogy létezik-e valamilyen jog az egészségügyi ellátásra, hanem az, hogy ez a jog pontosan mennyire átfogó, az egészségügyi ellátás mely formáira kell kiterjednie, és milyen mennyiségű egészségügyi ellátásra jelentsen jogosultságot. A mai társadalmak igazi kérdése tehát a gyakorlatban az, hogy az egészségügyi ellátás minden formájára joga van-e valakinek, ami állapotán javíthat, vagy csak egy ennél alacsonyabb szintű ellátásra, és eme utóbbi esetben pontosan hogyan lehet meghúzni azt az ellátási szintet, amely mindenkinek jár, meg lehet-e engedni a magánegészségügy működését, és ha igen, akkor ez miben nyújthat többet, mint a mindenkinek járó, államilag garantált egészségügyi ellátás.

SZABADPIACI VERSUS KÖZFINANSZÍROZÁSÚ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS

Egy egészségügyi rendszer alapvetően két módon épülhet fel. Az egyik lehetőség a szabadpiaci rendszer, amelynek alapelve az, hogy az egészségügyi szolgálta-

tásokban semmi speciális nincs, ezért elosztását egészében ugyanazoknak az elveknek kell meghatároznia, mint a bármely más jószághoz (például lakás, élelem, ruha stb.) való hozzájutást. Mivel a ritka eszközök leghatékonyabb elosztását a piac biztosítja, ezért ez a kiindulópont az egészségügy szabadpiaci rendszeréhez vezet, ahol az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutást a fizetőképesség határozza meg. A fogyasztók különböző magánbiztosítók között választhatnak, és a biztosított számára az egészségügyi ellátásnak ahhoz a formáihoz való hozzájutás, amelyeket az adott magánbiztosítás garantál, részlegesen ingyenes[147].

Egy egészségügyi rendszer felépítésének másik lehetséges módja az egészségügy közfinanszírozása vagy kötelező biztosítás (társadalombiztosítás), vagy adókból fedezett költségvetési finanszírozás alapján. A közfinanszírozáson alapuló egészségügyi rendszer abból indul ki, hogy az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás alapvető állampolgári jog, akárcsak például a szavazati jog, és nem függhet az egyén fizetőképességétől. Itt a fogyasztó nem fizetőképessége alapján, hanem egészségügyi szükségletei alapján jut ellátáshoz[148]. A fejlődés iránya általában a szabadpiaci rendszer felől az egészségügyi ellátáshoz való jog elismerése felé mutat, és általában olyan hibrid egészségügyi rendszer kialakulásához vezet, amelyben mind a piaci elveken működő magánegészségügy, mind a közfinanszírozású egészségügy megtalálható, az utóbbi dominanciájával[149].

A ma létező egészségügyi rendszerek tehát a piac szempontjából hibrid rendszerek. A költségvetési finanszírozású egészségügy mellett is általában létezik magánegészségügy (illetve ahol ezt nem engedik, valamiféle magánegészségügyet utánzó feketepiac), míg a magánegészségügy piaci jellegét is korlátozza az, hogy keretei között karitatív, humanitárius intézmények is működnek, amelyek a szegényeknek ingyenes ellátást adnak, és az orvosi etika is a szegények, rászorulók kezelését írja elő, anyagi lehetőségeiktől függetlenül[150].

Komoly vita folyik azonban arról, hogy mennyire kell és lehet fokozottabban piaci elvekre építeni az egészségügyet.

Az egészségügy szabadpiaci rendszere

A piacpártiak véleménye szerint a ritka eszközök leghatékonyabb elosztását a piac biztosítja, ezért minél fontosabb egy jószág vagy szolgáltatás, annál nagyobb mértékben kell piaci elvekre bízni az elosztását[151]. A piaci rendszer fő előnye az, hogy az egészségügyi szolgáltatások fajtáját, mennyiségét stb. nem kell központilag megtervezni, mert azt a kereslet–kínálat elve alapján a piac határozza meg. Így a fogyasztó (a beteg) szuverenitása a piaci rendszerben a legnagyobb, ő maga dönti el, milyen egészségügyi szolgáltatások fejlődjenek, a szolgáltatást milyen formában nyújtsák stb. Itt nem az orvos által definiált szükségletek, hanem a fogyasztó által definiált igények szerint szerveződik az egészségügyi rendszer[152].

Mindez az egészségügy területén azt jelentené, hogy magánbiztosítók között lehet választani a fizetőképesség elve alapján, a szegények pedig vagy készpénzt, vagy egészségügyi jegyeket kapnak, ami lehetővé teszi számukra, hogy beléphessenek az egészségügyi piacra, és így ők is egészségügyi ellátásban részesüljenek. A szegényeknek való segítséget azzal szokták indokolni, hogy ezáltal ki lehet védeni a piaci rendszer etikailag elfogadhatatlan következményeit. A piac ugyanis a javakat a fizetőképesség alapján osztja el. Ugyanakkor nem a legbetegebbek a leggazdagabbak, sőt általában minél szegényebb valaki, annál betegebb, így tehát egy tisztán piaci rendszerben – paradox módon – minél jobban rászorul valaki az egészségügyi ellátásra, annál kevésbé engedheti azt meg magának[153]. Ennek a kiküszöbölésére szolgálnak azok a javaslatok, amelyek az egészségügy szabadpiaci rendszerében a szegények számára is megpróbálnák az egészségügyi rendszert valamilyen módon hozzáférhetővé tenni.

Ellenérvek az egészségügyi szolgáltatások piaci elosztásával kapcsolatban

Az egészségügy szabadpiaci rendszere elleni legfontosabb érv az, hogy az egészségügyben – az orvoslás jellegzetességei miatt – a piac szükségszerűen és kiküszöbölhetetlenül tökéletlen, ezért tiszta piaci viszonyokról beszélni itt nem lehet.Többféle tényező akadályozza ugyanis az egészségügyben a tökéletes piac kialakulását.

Az egyik ilyen tényező a fogyasztók (betegek) tökéletlen informáltsága. Tökéletesen informált a vásárló csak olyan javakról vagy szolgáltatásokról lehet, amelyeket ismételten vásárol, és tulajdonságaik számára jól megismerhetők[154]. Aki gyakran vásárol például szőlőt, az gyorsan megtanulja már ránézésre megállapítani, hogy a piacon kínált szőlő minősége milyen, megéri-e azt az árat, amelyet kérnek érte stb. A legtöbb orvosi szolgáltatást azonban életünkben túl ritkán vesszük igénybe ahhoz, hogy megállapíthassuk a minőségét[155]. Honnan tudhatnánk például, hogy sérvműtétünket jól végezték-e el, hogy nem éltünk-e át több fájdalmat, nem jelentkezett-e több mellékhatás stb. abban a kórházban, amelyben kezeltek bennünket, mint amennyit egy másik kórházban átéltünk volna? A betegek nagyon jól meg tudják ítélni az orvosi ellátás körülményeit, azt például, hogy egy kórház mennyire kényelmes, milyen ízletes ételt kínál stb., de az orvosi ellátás minőségének megítélése laikusok számára nagyon nehéz.

Ezzel szemben azt az érvet szokták felhozni, hogy az informáltság elérése a piac más területein is nehéz, és ez mégsem akadályozza a piaci viszonyok kialakulását. Ha például valaki videomagnót akar vásárolni, a piacon nagyon sokféle készüléket talál, és ha nem műszaki szakember, nem tudja megítélni, hogy a kínált márkák és típusok közül melyik műszaki paraméterei a legjobbak az árához viszonyítva.

S ugyanez igaz ma a piacon kapható igen sok árucikkre. Egy autó, egy lakás, egy nyaraló minőségének a megítélése bonyolult szakmai feladat, amellyel laikus fogyasztó egyedül nem tud megbirkózni. A modern piac tehát nem olyan, mint a régi volt, ahol az áruk (például gyümölcs) minőségét mindenki első pillantásra megállapíthatta. Ma ennek megállapításához szaktudás szükséges. Mindez azonban mégsem akadályozza meg, hogy autók, videomagnók stb. vonatkozásában igazi piaci viszonyok alakuljanak ki, hiszen a piac megteremti a fogyasztók informálásának a piacát is. Sokféle olyan fogyasztói lap létezik ma már, amelynek profilja a piacon található áruk minőségének tesztelése, és így a fogyasztó informálása. Megvalósítható-e ez azonban az egészségügyben? Úgy tűnik, hogy igen korlátozottan. Az egészségügy területén a munka minőségének mérése azért nagyon nehéz, mert a fogyasztók szükségletei nagyon különböznek egymástól. Ha például egy autószerelő nem tudja az elromlott autót megjavítani, és újból és újból vissza kell azt hozzá vinni ugyanannak a hibának a kijavítására, akkor nyilvánvaló, hogy a szerelő rossz. De ha egy beteg nem gyógyul megfelelően az orvosi kezelés hatására, akkor nagyon nehéz eldönteni, hogy az orvos rossz-e, vagy a beteg túlságosan beteg, a szervezete túlságosan gyenge stb. Mindez nem jelenti azt, hogy az egészségügyben elvileg lehetetlen lenne mérni a munka minőségét, hiszen hasonló nehézségekkel másfajta piacon is találkozunk. Az oktatás például jól piacosítható (más kérdés természetesen, hogy elfogadhatók-e a piaci elvek az oktatás területén), noha egy adott tanárról sem könnyű például eldönteni, hogy ha egy diákja rosszul tanul, a tanár rossz-e, vagy a diák tehetségtelen. A védőügyvédek piacáról is lehet beszélni, noha ott is hasonló a probléma: ha a vádlottat mégis elítélik, nehéz eldönteni, hogy az ügyvéd volt rossz, vagy a vádlott ügye volt reménytelen. Mindez tehát nem azt jelenti, hogy lehetetlen az egészségügy területén olyan módszereket kialakítani, amelyek révén a betegek az ellátás minőségéről megfelelő információt szerezhetnek, csak azt, hogy ez túlságosan nehéz ahhoz, hogy normális piaci viszonyokra emlékeztető állapotok alakulhassanak ki. Akadályozza ezt az is, hogy az egészségügyi piacon az orvosok hagyományosan nem versenyeznek egymással, hanem egyfajta kollegiális kötelék fűzi őket össze, amelyben tilos például más munkájának a leszólása, tilos a hirdetés stb.[156]

A másik probléma az, hogy általában normális piaci körülmények között, ha a fogyasztó a kínált áru minőségéről nem is mindig kellően informált, a saját szükségleteiről azonban igen. A piaci filozófia egyik alapvető feltételezése, hogy saját igényeit legjobban a vásárló saját maga ismeri. Ez a jellegzetesség azonban az egészségügyi piacra nem áll. Itt a fogyasztó nemcsak a piacon kínált áru minőségét nem tudja megítélni, de azt sem, hogy neki ezen a piacon mire is lenne szüksége. Ezt az orvosnak kell meghatároznia. Miközben tehát az igazi piac a kereslet és a kínálat egymástól való függetlenségén alapul, addig ez az egészségügyi piacon nem érvényesül, mert itt az orvosok (a szolgáltatók) monopolhelyzetben vannak: nemcsak

a kínálatot, de a keresletet is ők határozzák meg. Az orvos és a beteg tudásbeli aszimmetriája miatt az orvos mondja meg, hogy milyen vizsgálatra, beavatkozásra, gyógyszerre stb. van a betegnek szüksége, és még azt is ő határozza meg, hogy a kapott kezelés (például vérnyomáscsökkentő) megfelelő volt-e a beteg számára vagy sem. A hagyományos piacon tehát a fogyasztó hozza a döntést, ő viseli a költségeket, és ő ítéli meg a fogyasztásból származó hasznot is, az egészségügyi piacon viszont az orvos (termelő) hozza a döntést, ő ítéli meg a beteg (fogyasztó) hasznát, a költségeket pedig egy harmadik fél viseli[157].

Mivel az orvos határozza meg az orvosi vizsgálatok, beavatkozások iránti keresletet, így általában ahogy nő az orvos-kínálat, úgy nő az orvosok iránti kereslet is, és ezzel az egészségügyi költség. Ez azért van így, mert az egészségügyi szolgáltatások iránti igény – az egészségfogalom tág értelmezése miatt – valószínűleg korlátlan. Végtelennek tűnnek már az orvoslás iránti szomatikus igények is (például az öregedés mindenkit sújtó probléma, és már önmagában is korlátlan igényeket képes gerjeszteni az öregedési folyamatot lelassító, tüneteit mérséklő stb. beavatkozási formák iránt), de ugyanez igaz a pszichológiai, emocionális problémák megoldása iránti igényre is. Ki ne szorulna rá például relaxáló, a stressz iránti tűrőképességét növelő, közérzetjavító stb. szolgáltatásokra, ki olyan szép, hogy ne lenne még szebbé tehető egy kozmetikai műtéttel, ki olyan fitt szellemileg és fizikailag, hogy ne vehetné hasznát valamilyen fittséget növelő egészségügyi programnak? És ha ezektől mind el is tekintünk, a medicina ősi feladata a bajba jutott, szenvedő emberhez való odafordulás, a vele való kapcsolat tartása, az erre való igény pedig valószínűleg semmilyen mértékű egészségügyi kapacitással nem elégíthető ki, vagyis végtelennek tekinthető, így a kínálattal párhuzamosan nő[158]. A kereslet és a kínálat tehát az egészségügyi piacon nem független egymástól, mindkettőt az orvos határozza meg, aki ezért monopolhelyzetben van, mert maga is képes a kereslet növelésére, amely azonban az egészségügyi piac természetéből eredően tendenciálisan amúgy is korlátlan.

További probléma, hogy a legtöbb emberi szükséglet előre látható, nagysága felbecsülhető, ezért kielégítésére előre fel lehet készülni. Mindenki tudja például, hogy holnap is szüksége lesz élelemre, és azt is, hogy kb. mennyi pénzt kell tartalékolnia ennek biztosítására. Senki sem ébred például egy reggel arra, hogy hirtelen 1 millió forint értékű élelemre van szüksége[159]. Az egészségügyi szükségletek azonban nagyon különbözők és előre kiszámíthatatlanok, ezért a fogyasztó szuverenitása sem akkora, mint a szokásos piacokon. A piac alapvető elve ugyanis a fogyasztói szuverenitás. Ugyanakkor az akutan beteg vagy sérült ember nincs alkupozícióban, nem tekinthető olyan racionális vásárlónak, aki szabadon válogathat a piacon megjelenő szolgáltatások között[160]. Egy példával illusztrálva ezt, ha valaki a gyerekét úszni akarja taníttatni, akkor szuverén vásárlóként válogathat az úszóiskolák és az önállóan vállalkozó úszómesterek piacán, egyszóval piaci alkupozícióban van.

Ha viszont egy gyerek beleesett a vízbe, és fuldoklik, a szülő pedig nem tud úszni, így a gyermekét maga nem tudja kimenteni, akkor kénytelen elfogadni bárki segítségét, aki erre hajlandó, még akkor is, ha például meg van győződve arról, hogy a gyermeke segítségére siető maga is gyenge úszó. Ebben a szituációban a szülő teljesen kiszolgáltatott, nincs alkupozícióban, nem válogathat a segítők között. Erkölcsileg a dolog hasonlóképpen áll a szolgáltatók oldaláról is. Nemcsak a gyerekét úszni taníttatni akaró szülő van alkupozícióban, hanem az úszómesterek is. Ők is szabadon válogathatnak az úszni tanulók között, dönthetnek például úgy, hogy bizonyos életkor alatti vagy feletti gyerekek úszástanítását már nem vállalják. Ugyanakkor az esetlegesen a parton álló és a fuldokló gyereket megpillantó úszómester sincs piaci helyzetben a szülővel szemben. Nem kötheti feltételekhez a gyerek kimentését, erkölcsileg részéről csak az azonnali segítség indokolható. E példa is mutatja, hogy minél akutabb ellátást nyújt az egészségügy valamely ága, annál kevésbé lehetséges és fogadható el azt piaci alapokon megszervezni. Leginkább piacra emlékeztető viszonyok az olyan egészségügyi ágazatokban alakulhatnak ki, ahol a szükség nem akut, ahol van a betegnek ideje a piacon való „válogatásra" (például krónikus betegségek kezelése, fertilitási programokat folytató klinikák, fogyasztószalonok, kozmetikai műtétek stb.).

Hogyan lehetne az egészségügy területén piaci viszonyokat teremteni

Láthattuk tehát, hogy az egészségügyi piac igen tökéletlen, és ezért más területekhez viszonyítva nagy a beteg kiszolgáltatottsága az orvosok monopolhelyzete, illetve tudásbeli, információs fölénye miatt. A hagyományos piacon az informált vásárló az áruk minőségének a legfőbb biztosítója. Mivel azonban az egészségügyben a beteget a piac nem tudja kellőképpen megvédeni, ezért vannak, akik szerint az orvosi etika éppen azért jött létre, hogy megakadályozza az orvosokat abban, hogy monopolhelyzetükkel visszaéljenek[161]. Az orvosi etika évezredes elvei (a beteg java a legfőbb törvény, a szegényeket is kezelni kell, az orvos nem élhet vissza tudásával, hatalmával stb.) éppen azt szolgálják, hogy ha a piac nem is, legalább az orvos lelkiismerete védje a beteget. Ez a vélemény azonban korántsem általános. Piacpárti vélekedések szerint a dolog általában fordítva van: amikor a piac tökéletlenségét állami beavatkozással ki akarják küszöbölni, akkor az állami beavatkozás, amely retorikájában a fogyasztók érdekében történik, valójában a termelők érdekeit védi. Ez azért történik szinte szükségszerűen így, mert a termelők egységesebben tudnak fellépni érdekeik védelmében, mint a szétszórt fogyasztók. Hasonló volt a helyzet – ezen álláspont szerint – az orvosi etikában is. Formailag az orvosetikai és a szakmai szabályok a betegek érdekében születtek, a valóságban azonban arra szolgáltak, hogy a szakma érdekeit juttassák érvényre[162]. Az USA-ban például az

orvosegyetemekre való felvétel korlátozásával (az utánpótlás minőségére és a betegek érdekeire való hivatkozással) az orvosok alacsony szinten tudták tartani az orvosok számát, és ezáltal jelentősen megnövelték jövedelmüket. A piacpártiak szerint az is piacidegen, hogy a legtöbb országban szigorú szabályok vannak arra, hogy kik praktizálhatnak önállóan, vagyis kiket kereshetnek fel a betegek panaszaikkal. Ezek a szabályok nagyon szigorúak, jórészt csak orvosok számára teszik lehetővé az önálló praxist. Így a betegek választási szabadsága csak az orvosok közötti választás szabadságára korlátozódik, és nem kereshetnek fel például önállóan praktizáló nővért, bábát, fogtechnikust, holott sok esetben ők is megfelelő ellátásban tudnák részesíteni a beteget, de jóval olcsóbban, mint az orvos. Természetesen az orvosi ellátás szükséges magas színvonalára, a betegeknek a sarlatánoktól való megvédésének a szükségességére szoktak hivatkozni ennek a gyakorlatnak az igazolására. A radikálisan piacpártiak szerint azonban a szigorú szabályok valóságos célja sokkal inkább a lehetséges versenytársak kizárása a praxisból, és így az orvosi jövedelmeknek a piaci árnál magasabb szinten tartása. A valóságban ezek a szabályok jóval kevésbé voltak hatékonyak a magas színvonalú orvosi ellátás biztosításában, mint a magas jövedelem fenntartásában[163]. A radikálisan piacpárti vélemény szerint ugyanis lehetséges, hogy orvosok biztosítják a legmagasabb színvonalú ellátást, azonban a piac elveivel nem egyeztethető össze, ha erre hivatkozva mindenki mást kizárnak az önálló praktizálás lehetőségéből. A tapasztalat azt mutatja, hogy sok nővér, természetgyógyász, asszisztens, bába stb. kellően magas színvonalú és biztonságos ellátást tudna nyújtani. A piacpártiak szerint mindenki számára meg kellene adni az önálló praxis lehetőségét, aki ezt megfelelő biztonsággal képes nyújtani. Egy autóipari példával élve, furcsa lenne például, ha egy kormány a közlekedésbiztonságra hivatkozva törvénybe iktatná, hogy tilos az adott országban Opeleket, Volkswageneket vagy Fiatokat eladni, és csak Volvókat, Mercedeseket és BMW-ket szabad árusítani, azon az alapon, hogy csak a legjobb és legbiztonságosabb autók szabad, hogy elérhetők legyenek a piacon[164].

Látható tehát, hogy a ténylegesen működő egészségügyi piac igen tökéletlen. Tökéletesebbé tételére rendkívül radikális állami visszavonulásra lenne szükség, amely intézkedések magukba foglalnák az orvosok praktizálási monopóliumának megszüntetését, hiszen ez a monopólium emelte – MILTON FRIEDMAN szerint – az orvosok fizetését a piaci szint fölé. Ez növelné a praktizálók kínálatát, és csökkentené az árakat. További piacerősítő intézkedés lenne az, hogy a betegtől önrészesedést követeljenek orvoshoz forduláskor, ezáltal költségérzékenyebbé téve őt. Így az egészségügyi piac tökéletesítése az orvosi monopólium megszüntetését és az orvosi munka helyettesítésének lehetővé tételét jelentené, többféle magánbiztosítás bevezetésével és a betegek önrészesedésének a növelésével. Ezek a piacerősítő javaslatok azonban egyrészt túlságosan radikálisak, és politikailag sehol nem lennének megvalósíthatók, másrészt sok szempontból etikailag is problematikusak, hiszen

például a betegtől való önrészesedés követelése azt követelné meg, hogy a beteg el tudja dönteni, hogy mikor valóban indokolt az orvoshoz fordulás és mikor nem. Ez azonban a betegtől nem várható el, egy ilyen rendszer az egészségügy hozzáférhetőségét a betegek számára megengedhetetlenül csökkentené.

Összefoglalóan tehát megállapíthatjuk, hogy az egészségügyi piac – ma létező formájában – nagyon tökéletlen, és ezért nem feltétlenül hatékonyabb, mint a költségvetési finanszírozású állami egészségügy[165]. Tökéletesebbé tétele pedig olyan radikális intézkedéseket követelne meg, amelyek politikailag nem lennének keresztülvihetők, etikailag pedig sok szempontból problematikusak lennének. Nem véletlen tehát, hogy a legtöbb fejlett ország egészségügyi rendszere alapvetően közfinanszírozású, amelyben a magánfinaszírozású egészségügynek, illetve a piaci elemeknek csak alárendelt szerep jut.

A közfinanszírozású egészségügyi ellátás

Ezt a formát néha állami egészségügyi ellátásnak is szokták nevezni az angol nyelvű szakirodalomban, mivel az angol National Health Service állami ellátást jelent, és tipikus példája a közfinanszírozású egészségügyi ellátásnak. Az elnevezés azonban félrevezető, mert ami lényeges ebben a formában, az nem az, hogy az egészségügyi intézmények kinek a tulajdonában vannak, hanem az, hogy hogyan finanszírozzák a lakosság egészségügyi ellátását. Ennek csak egyik lehetősége az angol egészségügyi rendszer, ahol állami egészségügyi intézmények nyújtják a költségvetésből finanszírozott egészségügyi ellátást. Közfinanszírozás azonban lehetséges magánkézben lévő egészségügyi intézményekkel is, így a finanszírozás módja az, ami döntő[166].

Közfinanszírozású egészségügyben – szemben a piaci rendszerrel – az ellátás alapja nem a fizetőképesség, hanem a beteg egészségügyi szükséglete. Ezt a szükségletet orvosok, szakemberek határozzák meg, és így jóval kisebb tér nyílik a beteg szubjektív igényeinek figyelembevételére, mint a szabadpiaci rendszerben. Közfinanszírozású rendszerben nincs meg a kereslet–kínálat automatizmusa, amelyben minden állami beavatkozás nélkül eldől, hogy az egészségügyben mi milyen mértékben lesz hozzáférhető. A szabadpiaci rendszerben minden szolgáltatás létezik, amelyre a betegek részéről fizetőképes kereslet van, a közfinanszírozású egészségügyben viszont minden lényeges döntést adminisztratív testületek hoznak. Ők határozzák meg a prioritásokat az általuk észlelt egészségügyi szükséglet alapján. Miközben tehát a szabadpiaci rendszerben a vevő (beteg) mondja meg, hogy mire van szüksége, addig a közfinanszírozású egészségügy rendszerében ezt orvosok, illetve orvosi testületek döntik el. Mivel a ritka eszközök közfinanszírozású rendszerben is ritkák maradnak, elosztásuk itt is végbemegy, de nem

a fizetőképesség által, hanem általában várakozási listák segítségével. Ha tehát a kereslet egy beavatkozás iránt (például szívműtét) nagyobb, mint az adminisztratív testületek döntése által meghatározott kapacitás, akkor a betegek várakozólistára kerülnek, és ennek sorrendjében kapnak ellátást, olykor több hónapos vagy éves várakozás után. Elvileg ezért létezhet magánfinanszírozású egészségügy a közfinanszírozású mellett, hiszen mindig lesznek olyanok, akik nem akarnak várakozni, hanem pénzükért a magánegészségügyben azonnali ellátást szeretnének kapni[167].

A közfinanszírozású egészségügyi rendszer problémái

Ennek a rendszernek a fő problémája az, hogy az egészségügyi szükségletet orvosok definiálják, és így a betegek szubjektív igényei nagyon kevéssé jelenhetnek meg. A betegek megpróbálhatják ugyan igényeiket kifejezésre juttatni, vagy közvetlenül, a személyes orvos–beteg kapcsolat során, vagy úgy, hogy az egészségügyi tervezésbe, a prioritások meghatározásába szólnak bele képviselőtestületekben való részvétel, közvélemény-kutatások stb. révén. Végső soron a választások során is kifejezheti a beteg a véleményét úgy, hogy arra a pártra szavaz, amelynek például egészségügyi programja számára a legrokonszenvesebb[168]. A beleszólás e formái azonban nem mindig működnek elég hatékonyan.

Az, hogy a szükségleteket az orvos definiálja objektív kritériumok alapján, több okból is problémát okozhat. Egyrészt minden betegségnek sok olyan pszichológiai, szociológiai vetülete is van, amelyet a beteg sokkal jobban ismer, mint az orvos, és mely szempontok figyelembevétele közfinanszírozású rendszerben nem érvényesülhet eléggé. Másrészt a szükségletek összehasonlítása sohasem szigorúan szakkérdés, így pusztán szakmai szempontok alapján nem lehet dönteni abban, hogy az egymással versengő szükségletek közül melyiknek adjunk prioritást. Ha például két betegkategória kezelése egyaránt többletpénzt igényelne, de csak az egyik finanszírozására van lehetőség, akkor hogyan döntsük el, hogy az idős kori, sok szenvedést okozó rheumás panaszok kezelése kapjon-e prioritást, vagy például az idős kori nagyothallás enyhítése. Az ilyen döntéseket közfinanszírozású rendszerben adminisztratív testületek hozzák, de mivel az eltérő egészségügyi szükségletek összehasonlítására nincs jó módszer, ezért az ilyen döntések szükségszerűen önkényesek, ad hoc jellegűek lesznek, az egyes szakmák érdekérvényesítő képessége, lobbizási lehetőségei stb. fogják eldönteni[169].

AZ ORVOSI TEVÉKENYSÉG FINANSZÍROZÁSÁNAK MÓDJA

Eddig csak arról volt szó, hogy az egészségügyi rendszer egészének finanszírozása (közfinanszírozás vagy magánfinanszírozás) hogyan befolyásolja a betegellátást. Ugyanakkor a betegellátásra dokumentálhatóan komoly hatást gyakorol az is,

hogy milyen módon fizetik az orvost, illetve finanszírozzák a betegellátást. Ennek több rendszere létezik, és mindegyik más előnyökkel és hátrányokkal rendelkezik.

A fee for service rendszer (tételes tevékenységfinanszírozás). Ebben minden egyes orvosi ténykedésnek előre megszabott ára van, és minél több diagnosztikus vagy terápiás beavatkozást végez az orvos, annál több pénzt kap a biztosítótól. A rendszer tehát teljesítményelven alapul, és az orvost munkára, beavatkozásra ösztönzi, hiszen minél többet dolgozik, annál többet keres. Ez azonban a rendszer fő hátránya is. Mivel az orvosi beavatkozások indikációinak meghatározása nem éléggé egzakt, ezért egy ilyen rendszer kétséges esetben az orvost beavatkozásra ösztönzi. Ez orvosilag káros, hiszen szakmailag sok esetben jobb a megfigyelés, mint az azonnali beavatkozás, közgazdaságilag pedig egy ilyen rendszer pazarló, hiszen a felesleges orvosi beavatkozások száma megnő. (Az USA-ban például, ahol igen elterjedt a fee for service rendszer, a felesleges egészségügyi beavatkozások költsége az összes egészségügyi költségek 10%-át is eléri[170].) Ennek kiküszöbölésére sokféle módszer használatos. Az USA-ban terjedt el például a peer-review gyakorlata: ha a kezelőorvos olyan komolyabb (például sebészi) beavatkozást javasol, amelyet gyakran végeztetnek feleslegesen, akkor a műtét elvégzéséhez a kezelőorvos javaslatán kívül egy kolléga javaslata is szükséges; csak akkor végzik el a beavatkozást, ha ő is indokoltnak tartja azt. Ezzel a módszerrel csökkenteni lehetett a felesleges beavatkozások számát.

Fejkvóta-rendszer (capitation). A járóbeteg-ellátásban alkalmazzák. Itt az orvos minden egyes, nála feliratkozott beteg után „fejpénzt" kap, így minél több betege van, annál több a fizetése. Mivel itt az orvos a betegei száma és nem az elvégzett beavatkozások mennyisége szerint kapja a fizetését, ezért abban érdekelt, hogy sok betege legyen, de mindegyik betegénél kevés beavatkozást végezzen. Ez az orvost abban teszi érdekeltté, hogy betegei minél ritkábban keressék fel. Ezt azonban nem érheti el úgy, hogy elriasztja magától a betegeit, mert szabad orvosválasztást feltételezve ilyenkor a beteg más orvost választana helyette. Ezért az orvos a megelőzésben válik érdekeltté, hiszen az egyetlen módszer, amellyel el lehet érni, hogy a beteg ritkán keresse fel az orvosát, de mégis elégedett legyen vele, az, ha az orvos meg tudja akadályozni, hogy megbetegedjen, vagyis megelőzi a betegségeket[171].

Fix fizetés. Az orvos meghatározott, az általa elvégzett munka mennyiségétől független havi fizetést kap. A rendszer előnye, hogy véd a felesleges orvosi beavatkozások ellen, hiszen az orvost nem ösztönzi beavatkozásra. Hátránya azonban, hogy az orvost egyáltalán nem ösztönzi munkára, hiszen – a fejkvóta-rendszerrel szemben – az orvos ugyanannyi fizetést kap, ha kevés beteget lát el, mint ha sokat, így nem érdekelt abban, hogy betegeit ne riassza el magától[172].

A gyakorlatban a finanszírozási rendszerek kevert alkalmazása a gyakori. Magyarországon például a háziorvosok fejkvóta-rendszer szerint, a szakorvosi rendelőintézetek tételes tevékenységfinanszírozással, az akut kórházi ellátás pedig egy viszonylag új finanszírozási rendszerrel, a homogén betegségcsoportok szerinti finanszírozással dolgozik.

A DRG (HBCS = homogén betegségcsoportok) **szerinti finanszírozás etikai problémái.** Mivel a HBCS szerinti finanszírozási rendszert nemrég vezették be Magyarországon az akut ellátást végző kórházakban, ezért érdemes az ezzel kapcsolatos etikai problémákat részletesebben is áttekinteni.

A HBCS-rendszer a prospektív finanszírozás egyik formája, amelynek lényege, hogy egy adott diagnózisú beteg kezeléséért a kórház nem a kezelés tényleges költségét kapja meg utólag a biztosítótól, hanem egy előre megállapított összeget. A visszatérítendő összeget aszerint állapítják meg, hogy az adott országban az adott diagnózissal rendelkező tipikus beteg kezelési költségeit fedezzék. Ha egy kórház ennél olcsóbban tudja kezelni a beteget, a fennmaradó összeg az övé, ha drágábban, a többletköltséget neki kell fedeznie. Ily módon a kórház érdekeltté van téve abban, hogy minél költséghatékonyabb munkát végezzen. Ez a rendszer azonban több etikai problémát felvet.

Az egyik legjelentősebb az, hogy a HBCS-rendszer a betegeket diagnózis szerint sorolja be, de nem tartalmaz olyan indexet, amelyik a betegség súlyosságát jelezné, holott mindennapi orvosi tapasztalat, hogy ugyanazzal a diagnózissal is az egyik beteg sokkal súlyosabb állapotban van, mint a másik[173]. Mivel a HBCS szerinti finanszírozás az adott diagnózisú betegség tipikus esetét tekinti alapnak, ezért a tipikusnál súlyosabb esetek kezelési költsége nagyobb, így a kórháznak veszteséget okoz. A súlyosabb esetek azonban általában nem véletlenszerűen oszlanak el a kórházak között, hanem – ideális esetben – a legjobban felszerelt és a legjobban kvalifikált szakembereket foglalkoztató szakintézményekbe kerülnek (például egyetemi klinikák, oktatókórházak, országos intézetek stb.). Ezért az ilyen intézetek beteganyaga atipikus, az átlagosnál súlyosabb betegeket jelenti, így az ilyen jellegű intézmények egy HBCS típusú finanszírozási rendszerben rosszul járnak[174]. Rosszul járnak továbbá azok az intézmények is, amelyek szegényebb területen helyezkednek el, hiszen a szegényebb betegeknek általában rosszabb az egészségi állapota, ugyanazzal a diagnózissal is súlyosabb állapotban vannak. Így a szegényebbeket ellátó kórházak egy ilyen szisztémában rosszul járnak, míg a gazdagabb területen működők jól. A HBCS rendszer tehát – paradox módon – arra ösztönözheti a kórházakat, hogy a legsúlyosabb betegek kezelését lehetőleg kerüljék el, illetőleg hárítsák másra, és így éppen azoknak a betegeknek a kórházba kerülését nehezíti, akik a kórházi kezelésre leginkább rászorulnak[175]!

Nemcsak a beteg kórházi felvétele lehet nehezebb a HBCS-rendszerben, hanem romolhat a kórházi ellátás minősége is. A kórház ugyanis abban érdekelt, hogy a beteget minél rövidebb idő alatt és minél olcsóbban lássa el. Ezt a kórház az egyes orvosok munkájának a monitorozásával éri el, úgy hogy az orvosokat az olcsóbb kezelési formák alkalmazására próbálja ösztönözni. Így az orvosi etika sok ezer éves elve helyébe (primum non nocere = mindenekelőtt ne árts!) a primum non expendere (mindenekelőtt ne költs!) elve lép[176]. Ez ronthatja az orvos–beteg kommunikációt is. Miközben ugyanis az orvost a modern, az orvos és a beteg egyenrangúságából kiinduló felfogás arra biztatja, hogy tárja fel betege előtt a lehetséges terápiás alternatívákat, és a beteggel együtt döntsön a legmegfelelőbb terápia mellett, a HBCS-rendszer arra ösztönözheti, hogy csak az olcsóbb terápiás alternatívákat közölje betegével. Miközben korábban az orvost arra bátorították, hogy részletesen mondja el betegének az egyes terápiás alternatívák előnyeit és hátrányait, addig a HBCS-rendszerben félő: nem is kerül sor arra, hogy elmondják a betegnek, melyek azok az eljárások, amelyeket nem alkalmaznak a kezelésére, bár lehetne, de a HBCS-rendszer miatt a kórház számára hátrányos volna[177]. Ráadásul a túlkezelés ellen a betegnek mindig van valamelyes védekezési lehetősége, hiszen mindig megteheti, hogy az ajánlott beavatkozásba nem egyezik bele. Az alulkezelés ellen azonban sokkal nehezebb védekeznie, mert ilyenkor nem is tudja, melyek a betegségének kezelésére használható, de szóba sem kerülő beavatkozások.

További probléma, hogy a HBCS révén a kórház abban érdekelt, hogy a beteget minél rövidebb ideig tartsa a kórházban, vagyis minél előbb bocsássa haza. Ez a betegek idő előtti hazabocsátását eredményezheti, ahogy az USA szakirodalom jellemezni szokta, a beteget „gyorsabban, de betegebben" bocsátják el. Ez orvosilag is rossz a betegnek, és közgazdaságilag sem előnyös, hiszen ezáltal a költségek nem csökkennek, mindössze másutt jelennek meg: a túl korán hazabocsátott beteg ambuláns ellátásra jelentkezik. Az utókezelő intézmények hiánya pedig a korábban hazabocsátott beteg kezelésének terhét a családra hárítja. A költségek tehát valójában nem annyira csökkennek, mint inkább az aktív kórházi ágyak felől az ambuláns ellátás és a család felé tolódnak el[178].

A rendszer az ápolószemélyzetre is többletterheket ró, hiszen a beteget rövidebb idő alatt kell ellátniuk a rövidebb kórházi tartózkodás miatt, ami fokozott munkaintenzitást tesz szükségessé a részükről. Mindez ott, ahol amúgy is hiány van nővérekből, ápolókból, számukra rendkívül megterhelő lehet[179].

Védekezési lehetőségek a HBCS rendszer nemkívánatos „mellékhatásai" ellen. A legfontosabb az, hogy olyan indexet dolgozzanak ki és építsenek be a HBCS-rendszerbe, amelyik nemcsak egy betegség diagnózisát, de annak súlyosságát is mérni tudja. Így elkerülhető a rendszernek a súlyosabb állapotú, illetve szegényebb betegek ellátása ellen ható „büntető", ellenérdekeltséget teremtő hatása[180].

Fontos lehetőség az is, ha a betegek felvételét, kórházon belüli ellátásának színvonalát és elbocsátását szigorúan ellenőrzik (az USA-ban részben ezt a célt szolgálja a Peer Review Organization – a PRO, valamint az utilization review – az UR). Az USA-ban – a betegek védelme érdekében – törvény tiltja, hogy egy kórház anyagilag közvetlenül arra ösztönözze az ott dolgozó orvosokat, hogy a HBCS szerint kifizetődőbb terápiás formákat válasszák, hiszen az orvosi döntést a beteg érdekének kell befolyásolnia[181]. További védelem az idő előtti elbocsátással szemben, hogy az USA-ban a HBCS-t alkalmazó kórházakban minden betegnek írásos tájékoztatót kell kapnia arról, hogy joga van fellebbezni, ha a kórházból való elbocsátását idő előttinek gondolja, és ezt a fellebbezést hogyan, kinek nyújthatja be[182]. Végül jelentős védelem az is, hogy a betegek per útján általában kártérítést követelhetnek, ha az orvosi gondatlanságból káruk származott. Az ilyen perek olyan gyakoriak, hogy nagy óvatosságra késztetik az orvost.

Mindezek nem jelentenek alapvető ellenérvet a HBCS rendszerű finanszírozással szemben. Arra azonban felhívják a figyelmet, hogy a rendszernek megvannak a nem lebecsülhető veszélyei, és ezért ez a szisztéma csak akkor működhet etikailag elfogadhatóan, ha megfelelő fékeket építenek be, amelyek megakadályozzák, hogy a kórházi bürokrácia a betegek kárára érjen el költségmegtakarítást. Minél kiszolgáltatottabbak a betegek egy egészségügyi rendszerben, annál veszélyesebb lehet a HBCS, és ezért annál nagyobb körültekintéssel kell nemkívánatos mellékhatásai ellen intézkedéseket tenni. Ez a rendszer csak akkor működik megnyugtatóan, ha az orvosi munka minőségének megfelelő ellenőrzésével, az esetleges hibák számonkérhetőségével párosul. Nem véletlen, hogy a rendszer főleg az USA-ban népszerű, ahol az egészségügyi költségek igen nagyok, és ezért a DRG hatásos fékje lehet a további költségnövekedésnek, ugyanakkor az orvosok és a kórházak elleni pereskedési epidémia megakadályozza, hogy a beteg rovására próbálják a költségeket csökkenteni. Az európai egészségügyi rendszerek, ahol az orvosok elleni per jóval kevésbé szokás, egyben jóval kevésbé védettek az ellen, hogy a költségcsökkentés ne a beteg túl korai elbocsátásával valósuljon meg.

KÍSÉRLETEK EGY IGAZSÁGOS EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER DEFINIÁLÁSÁRA

Mint az előbbiekből kiderült, a gyakorlatban a legtöbb országban elismernek valamiféle jogot az egészségügyi ellátásra, viszont ez sehol sem jelenti azt, hogy az e joggal rendelkezőnek az egészségügyi ellátás minden olyan formájához korlátlanul joga lenne, amely számára akár csak minimális hasznot is nyújthat. Ezért az egészségügyi ellátáshoz való jog legfeljebb csak az adekvát egészségügyi ellátáshoz vagy – ahogyan nagyon gyakran utalnak rá – az egészségügyi ellátás tisztességes

minimumához való jogot jelentheti. A betegeknek tehát nem a létező legmagasabb szintű ellátáshoz van joguk, hanem csak olyan szintű ellátáshoz, amelyet egy társadalom ésszerű gazdálkodással és elosztással még biztosítani tud[183]. Ha ennél több jogot ismernénk el, akkor ez megvalósíthatatlan lenne, illetve megvalósításának kísérlete az egészségügyi rendszer gyors összeomlásához vezetne. Az egészségügyi ellátás minden létező formájához való feltétlen jog elismerése azt jelentené, hogy az egészségügy elszívná az erőforrásokat más szféráktól (például oktatás, közlekedés), és ez, mint láttuk, a lakosság egészségi állapotának is rosszat tenne, hiszen az oktatás, közlekedés színvonala sok tekintetben jobban befolyásolja az egészségi állapotot, mint maga az egészségügy. Így az egészségügyhöz való feltétlen jog elismerése javítaná ugyan a lakosság egészségügyi ellátását, de paradox módon rontaná a lakosság egészségi állapotát.

Az egészségügyi ellátás tisztességes minimumához való jog elismerése a gyakorlatban kétszintű egészségügyi rendszert jelentene. Az egészségügyi rendszer mindenki számára hozzáférhető rétege a szükséglet elve alapján működne, amelynek alapelve: egyenlő egészségügyi szükségletre egyenlő hozzáférhetőséget kell biztosítani, vagyis az azonos állapotú emberek azonos kezelést kell kapjanak, és kezelésüket csakis állapotuk befolyásolhatja, semmi más[184]. Ez alól csak az alapellátás kivétel, amelyet nem szabad a szükséglet alapján megszervezni. Az alapellátást a beteg ugyanis legtöbbször éppen azért keresi fel, hogy az orvos megállapítsa: szüksége van-e orvosi ellátásra vagy sem. Az orvossal való első találkozáskor tehát a betegnek sokszor nem kezelésre van szüksége, hanem tájékoztatásra és az állapota felőli megnyugtatásra. Ezért a beteg megítélésére kell bízni, hogy eldöntse, orvoshoz fordul-e vagy sem, és ettől nem szabad őt anyagi eszközökkel (például önrészesedés bevezetésével) elriasztani, és arra késztetni, hogy saját maga diagnosztizálja a betegségét, és ez alapján döntse el, hogy szüksége van-e orvosi kezelésre. Ezért az a helyes, ha az első orvos–beteg találkozásig a szükségletet a beteg definiálja, és az így inkább igénynek nevezhető, ezután azonban már az orvos definiálja, és ettől kezdve már valóban szükségletalapúnak kell lennie az egészségügyi ellátás mindenkinek járó részének[185].

Így tehát a mindenki számára hozzáférhető, tisztességes minimumot biztosító egészségügyi ellátás keretében kell kielégíteni a legalapvetőbb egészségügyi szükségleteket, amelyek kielégítése ily módon a fizetőképességtől független. Aki azonban ennél a szintnél több és jobb egészségügyi ellátást óhajt és tud biztosítani magának, az kiegészítő magánbiztosítások közül választhat fizetőképességének és fizetési hajlandóságának megfelelően. Ez lenne a kétszintű egészségügyi ellátás második szintje. Mindez nagyon hasonlít ahhoz a gyakorlathoz, amelyet a modern jóléti államok követnek más alapvető szükségletek kielégítésével kapcsolatban. Mint már láttuk, a táplálkozás, a lakáskörülmények, a jövedelmi szint hosszú távon sokkal jobban befolyásolja egy ember egészségi állapotát, mint az, hogy milyen egész-

ségügyi ellátás áll rendelkezésére. A modern jóléti állam általában elismeri az egyén jogát ahhoz, hogy például adekvát módon táplálkozhasson, és ha ezt valaki önerejéből nem képes magának biztosítani, jogosult különböző segélyekre, élelmiszerjegyekre stb. Így mindenki hozzájut az élelem egy tisztességes minimumához, ez azonban nem jelenti az arra való jogosultságot, hogy valaki bármiféle élelemhez hozzájusson minőségi és mennyiségi korlátozás nélkül, és nem jelenti azt a jogot sem, hogy olyan és annyi élelemhez jusson, amilyen és amennyi számára a legjobb egészségi állapotot biztosítja. Tehát egy modern jóléti állam más alapvető szükséglet kielégítésében is elismer egy tisztességes minimumot, amelyet mindenki számára biztosít, fizetőképességtől függetlenül, az e szint feletti ellátást pedig a piac törvényeire bízza. Fontos kérdés az, hogy ez megengedhető-e az egészségügy terén is? Ha mindenütt elismerik a gazdagnak azt a jogát, hogy pénzét például arra költse, hogy jóval egészségesebben táplálkozzék, mint a szegény, hogy jobb körülmények között lakjék, hogy biztonságosabb autót vezessen stb. akkor ennek analógiájára elismerhetjük-e a gazdagnak azt a jogát, hogy pénzét olyan többlet egészségügyi szolgáltatásokra költse a magánegészségügyben, amelyek a mindenki számára elérhető, tisztességes minimumot biztosító közfinanszírozású egészségügyben nem érhetők el? Egyáltalán, mire terjedhet ki a tisztességes minimumot meghaladó magánbiztosítás? Csak az egészségügyi ellátás körülményeiben nyújthat többet, mint a mindenkinek járó tisztességes minimum (például külön kórterem, színes tv, jobb élelmezés stb.), vagy pedig a tényleges orvosi ellátásból is többet és jobbat kaphat a magánbiztosított? Kiterjedhet-e például a magánbiztosítás arra, hogy bizonyos sürgős, esetleg életmentő beavatkozást soron kívül elvégezzenek az illetőnél, amelyet esetleg a mindenkire kiterjedő, csak a tisztességes minimumot nyújtó biztosítás keretében csak várakozólistára kerülve és hosszú várakozásra kényszerülve kaphatna meg?

Mit biztosíthat a magánegészségügy?

Ezzel kapcsolatban erősen megoszlanak a vélemények és a gyakorlat is. Az egyenlőség radikális felfogása szerint életmentő beavatkozások elvégzésekor nem engedhető meg, hogy az, akinek pénze van, magánbiztosítás keretében soron kívül (várakozási lista nélkül) azonnali beavatkozást vásároljon magának a magánegészségügyben, miközben a szegény, aki ezt nem tudja megtenni, esetleg meghal az életmentő műtétre várva. Ez ugyanis azt jelentené, hogy a gazdag élete értékesebb, mint a szegényé, és ez élesen szemben állna az emberi élet egyenlő értékéről vallott felfogásunkkal. Ez a felfogás tehát azt az álláspontot képviseli, hogy egy egészségügyi rendszerben mindent, amely néhány embernek már elérhető, azonnal mindenki számára elérhetővé kell tenni, és ha ez nem lehetséges, akkor inkább senki ne

részesülhessen az adott ellátásban, mint csak néhányan, akik gazdagabbak. Eszerint tehát senkinek sem szabad olyan kezelést adni, amelyet nem lehet minden rászorulónak biztosítani[186]. Az egyenlőség e radikális felfogását több ország egészségügyi rendszere is magáévá tette. Kanadában például a költségvetésből igen bőkezűen finanszírozott egészségügy mellett nem engednek meg olyan magánbiztosítást működni, amelyik nemcsak az orvosi ellátás körülményeiben nyújt jobb szolgáltatást, hanem magát az orvosi ellátást is magasabb színvonalon vagy gyorsabban nyújtja, mert véleményük szerint ez igazságtalan lenne, hiszen azt jelentené, hogy a különbiztosítással rendelkező gazdagabbak élete, egészsége többet ér, mint a szegényebbeké, akik különbiztosítással nem rendelkeznének[187]. Norvégiában hasonlóképpen törvény tiltja, hogy például egy beteg, aki dialysisre vár, saját pénzén magánellátás keretében soron kívül megvegyen egy ilyen kezelést, és a törvény az orvosnak és az egészségügyi személyzetnek is megtiltja, hogy ilyen kezelést soron kívül adjon. Hollandiában is elutasítják azt az elitista koncepciót, hogy akinek több pénze van, jobb egészségügyi ellátást vásárolhat magának[188].

Ugyanakkor ellenérvek is kínálkoznak az egyenlőség eme radikális, szocialista felfogásával szemben. Egyrészt nem világos, hogy miért csak a kétszintű egészségügyet kell megtiltani, és miért lehet megengedni az egyenlőtlenséget az élet más területein? Mint korábban láttuk, az egészségi állapot egy egyén gazdasági helyzetétől, lakáskörülményeitől, táplálkozási szokásaitól stb. sokkal jobban függ, mint az egészségügyi ellátásától. Ha tehát az emberi élet egyenlő értékének az elvét sérti az, ha egy gazdagabb ember jobb egészségügyi ellátást vásárolhat magának, mint egy szegény, akkor miért nem sérti ugyanezt az elvet, hogy egy gazdag embernek jobbak a lakáskörülményei, egészségesebben táplálkozhat, biztonságosabb autót vezethet stb., mint a szegény, amikor tudjuk, hogy ezek a tényezők sokkal jobban befolyásolják egészségi állapotát, mint az egészségügyi ellátás maga. Ha a lakosok egyenlően jó egészségi állapota az egyetlen igazságos „elosztása" az egészségnek, akkor ezt csak a teljesen egyenlő életfeltételek biztosításával lehet még csak megközelíteni is. Így nem logikus, ha egy társadalom megengedi az egyenlőtlenséget az életnek mindazokon a területein, amelyek igen komolyan befolyásolják az egészségi állapotot, de nem engedi meg az egészségügyi ellátás területén, amelynek hatása az egyén egészségére viszonylag kisebb.

Libertariánus szemszögből az is megkérdezhető, hogy milyen morális felhatalmazás alapján tilthatja meg egy állam, hogy valaki törvényesen keresett pénzét ne csak luxusra, szórakozásra, hanem életmentő orvosi kezelésre, többlet egészségügyi szolgáltatásra is költhesse[189]? Liberális oldalról pedig úgy lehet érvelni a szocialista felfogás ellen, hogy ha az egészségügyi magánszektort megfelelő módon megadóztatják, és az így befolyó többletösszeget visszaforgatják a mindenkit ellátó, államilag finanszírozott egészségügybe, akkor ez a gyakorlat a rawlsi differenciaelv alapján is igazságosnak tűnik, hiszen ily módon a szegények – az egészség-

ügynek csak az ingyenes részét igénybevevők – is jobban járnak, mint akkor, ha a magánbiztosítást nem teszik lehetővé, mert így az abból befolyó adóktól is elesne a közfinanszírozású egészségügy. A szocialista koncepció alapján tehát nem indokolható egy valóban kétszintű egészségügy, viszont mind a libertariánus, mind a liberális pozíció alapján indokolható, és több ország (például USA, Anglia) megengedi a gyakorlatban is.

Természetesen az, hogy egy adott ország milyen megoldást alkalmaz, nemcsak morális megfontolásokon múlik, hanem azon is, hogy politikailag az adott országban mennyire tolerál a lakosság egy kétszintű egészségügyet. Egy egészségügyi rendszernek ugyanis politikailag nemcsak igazságosnak kell lennie, de a lakosság számára jól látható módon kell igazságosnak lennie. A kétszintű egészségügy hátránya, hogy igazságtalannak látszik, hiszen a mindennapi praxis szintjén a szegényebb beteg csak annyit vesz észre, hogy neki várakoznia kell bizonyos fontos beavatkozásokra, amelyeket egy gazdagabb személy a magánbiztosítás keretében azonnal megkap. S bár egy ilyen rendszer igazságos, ha olyan módon adózik a magánegészségügy, hogy ezzel a közfinanszírozású egészségügy is jól jár, ez azonban a szegényebb beteg számára nem mindig látható át, és ha nincs meg a bizalom az adózás korrektségében, akkor az ilyen kétszintű egészségügy politikailag a lakosság számára elfogadhatatlan lehet. Mindez azonban nem szól a morális elfogadhatatlanság mellett. A kétszintű egészségügy morális elfogadhatóságát sokszor éppen az igazságosság problémájának az elméleti megoldatlanságával szokták indokolni. Mivel, mint láttuk, ma nincs olyan igazságossági elmélet, amelyet mindenki elfogadna, csak egymással versengő különböző igazságossági koncepciók vannak, ezért bármelyiket is tennénk meg egy felépítendő egészségügyi rendszer alapjául, a morális imperializmus hibájába esnénk. Az egyszintű egészségügyi rendszer ugyanis azt jelentené, hogy csak egyetlen helyes módja van a társadalom egészségügyi igényei kielégítésének[190]. Ezért egy demokratikus, pluralista társadalomban, az igazságosságelméleteket körülvevő elméleti bizonytalanságot tekintetbe véve, egy kétszintű egészségügyi rendszer tűnik indokolhatónak, amelyben a korlátozás nélkül hozzáférhető, mindenkinek a tisztességes minimumot biztosító alapszint a szükséglet alapján szerveződik meg, a kiegészítő biztosításokkal igénybe vehető magánegészségügy pedig a fizetőképesség, a fizetési hajlandóság alapján.

A legtöbb ország a gyakorlatban valóban ilyen kétszintű egészségügyi rendszert működtet, és az egyes országok között az a különbség, hogyan definiálják a tisztességes minimumot. Van, ahol ezt a minimumot nagyon bőkezűen állapítják meg, úgy, hogy a legfejlettebb egészségügyi technika is elérhetővé váljék a rászorulók számára az ingyenes egészségügy keretében, míg máshol a tisztességes minimum sokkal kevesebbet jelent. A valóság azonban az, hogy a tárgyalt problémát a legtöbb országban nem fogalmazták meg világosan. A retorikát ma az uralja, hogy mindenkinek mindent meg kell kapnia, ami számára hasznos lehet. Mivel ez a gyakorlat-

ban soha nem lehetséges, a legtöbb országban a sorolás a betegágy mellett, egyedi orvosi döntések formájában történik, nincsenek kialakult szabályai, esetlegesen és a különböző helyeken különböző módon kerül rá sor, legtöbbször úgy, hogy puszta létét sem ismerik el, és a betegeknek azt mondják, hogy az adott intézményben (egészségügyi rendszerben) mindenki mindent megkap, ami állapotában orvosilag indokolt. Tehát az orvosi indokoltság, illetve az orvosi szükséglet fogalma az a szőnyeg, amely alá a gyakorlatban ezeket a sokszor nem szigorúan orvosi, hanem erkölcsi döntéseket besöprik, egy kicsit el is takarva így az igazi problémát.

Mindezek után természetesen az az alapvető kérdés, hogyan lehet meghatározni, milyen szintű a mindenkinek járó adekvát egészségügyi ellátás, vagyis mit foglaljon magába az egészségügyi ellátás tisztességes minimuma. Itt két probléma vetődik fel. Az egyik az, hogy milyen procedúrával lehet ezt a tisztességes minimumot megállapítani, a másik pedig az, hogy ez tételesen milyen ellátási formákat foglaljon magában. Az egészségügy mindenkinek járó, tisztességes minimuma megfogalmazására az eddigi legnagyobb szabású kísérletet az USA-beli Oregon államban tették, ezért érdemes részletesebben is megvizsgálni az oregoni módszert és az ott kifejlesztett prioritási listát.

Az oregoni kísérlet az egészségügyi prioritások nyilvános megfogalmazására

Az eddigi legnagyobb szabású kísérletet arra, hogy nyilvános vita eredményeként explicit prioritási listát fogalmazzanak meg az egészségügyi ellátás területén, az USA-beli Oregon államban tették 1990-ben. Bár az oregoni prioritási listát csak a Medicaid keretei közötti használatra tervezték (és emiatt sok kritikát is kapott), valójában nyilvánvalóvá lett, hogy egy átfogó, az egész lakosságra kiterjedő egészségügyi reform is támaszkodhat majd az Oregonban megfogalmazott elvekre. Így az oregoni tervezet és a vele kapcsolatos etikai viták tanulságokat hordoznak minden olyan egészségügyi reformelképzelés számára, mely hajlandó szembenézni azzal, hogy az erőforrások végessége miatt az egészségügy területén sem lehet mindenki számára minden szükségeset biztosítani, és mely ezért nyilvános vita eredményeként elfogadott prioritási listák alapján képzeli el az egészségügyi ellátás fejlesztését.

Az oregoni módszer. Oregonban a fő célkitűzés az volt, hogy meghatározzák, mi tartozik az egészségügyi ellátás tisztességes minimumához, vagyis ahhoz az alapvető egészségügyi ellátáshoz, amelynek mindenki számára hozzáférhetőnek kell lennie fizetőképességétől függetlenül[191]. Annak megfogalmazásakor, hogy pontosan mire terjedjen ki a mindenki számára biztosítandó egészségügyi szolgáltatások köre, alapelvként fogadták el, hogy nem lehet többé a „mindenkinek min-

dent" elvéből kiindulni[192]. Nem lehet tehát azt a klinikai praxisban nagy tradícióval rendelkező elvet elfogadni, hogy minden betegnek mindazt biztosítani kell, ami állapotában használhat, amelyből akár csak minimális haszna is lehet. Bár egy ilyen elv igen vonzó, valójában azonban teljesíthetetlen, hiszen az egészségügy számára rendelkezésre álló erőforrások mindenütt végesek.

A prioritási lista összeállításakor abból indultak ki, hogy az egészségügyi ellátás nem minden formája egyformán fontos a betegeknek, és az ellátás kevésbé hatásos formáihoz való hozzájutás nem olyan fontos, mint például az életmentő beavatkozásokhoz való hozzáférhetőség biztosítása[193]. Ennek alapján vetették el azt a megközelítést is, amely a QALY-módszernél megismert költséghatékonyság szerint rangsorolta az orvosi beavatkozások különböző formáit. Ez ugyanis az ott már megismert elfogadhatatlan rangsorolást eredményezte: legköltséghatékonyabbnak sokszor éppen a kevéssé fontosnak érzett ellátási formák bizonyultak, például a hátfájás vagy gyerekeknél az ujjszopás orvosi kezelése. Ezzel szemben sok életmentő sebészi beavatkozás (például vakbélműtét) – nagyobb költsége miatt – a prioritási listán hátrább szorult[194]. Ezért ezt a megközelítést elvetve a prioritásokat 3 lépésben határozták meg:

1. Először 17 nagy diagnózis–kezelés kategóriát képeztek, és a 17 kategóriát 3 kritérium alapján rangsorba állították. A 3 kritérium: a kezelés haszna a társadalom számára, a kezelés haszna az egyén számára, és a kezelés mennyire tartozik bele az alapvető egészségügyi ellátásba.
2. A második lépésben 709 konkrét betegségdiagnózis–terápia pár mindegyikét besorolták a 17 kategória valamelyikébe, és mindegyik kategórián belül a diagnózis–terápia párokat a terápia nettó haszna alapján rangsorba állítottak.
3. A harmadik lépésben végső igazítást hajtottak végre az így kapott sorrenden bizonyos ésszerűségi kritériumok alapján.

Először tehát a 17 nagy „betegségcsoport–terápiás lehetőségek" kategóriapárt fogalmazták meg a betegségcsoport súlyossága, illetve az állapot kezelhetősége alapján. A 17 csoport mindegyikét 3 kritérium alapján pontértékekkel látták el, amellyel azt kívánták mérni, mennyire fontos az egyes betegségcsoportok kezelésének az állami finanszírozása az egyén, illetve a társadalom számára, s így mennyire tartoznak bele ezek az alapvető egészségügyi ellátásba[195]. Ehhez a társadalom egészségügyi ellátással kapcsolatos értékrendjét, preferenciáit kellett megismerni, amit az egészségügyi reformról folytatott lakossági viták, gyűlések, fórumok hozzászólásainak tartalomelemzéséből állapítottak meg. A viták során a lakosság által leggyakrabban említett értékek például a megelőzés és az életminőség volt[196].

A pontértékek alapján a következő fontossági sorrend adódott[197].

„Alapvető" egészségügyi ellátási formák:

1. Akut, életveszélyes állapotok, amelyek ellátása megmenti a beteg életét, és teljes gyógyulást eredményez. Példák: mély nyaki nyílt seb ellátása; appendectomia appendicitis kezelésére; myocarditis gyógykezelése.

2. Anyavédelem (beleértve a 28 napnál fiatalabb újszülöttek ellátását). Példák: terhesgondozás; újszülötteken előforduló gyógyszerreakciók, mérgezések orvosi kezelése; kis súlyú újszülöttek orvosi kezelése.

3. Akut, életveszélyes állapotok, amelyek ellátása megmenti a beteg életét, és teljes gyógyulást is eredményezhet. Példák: hosszabb eszméletvesztéssel járó fejsérülések sebészi kezelése; akut bakteriális meningitis orvosi kezelése; nyílt ízületi törés helyreállítása.

4. Gyermekkori betegségmegelőzés. Példák: védőoltások; Streptococcus okozta torokfájás és a skarlát orvosi ellátása (megelőzi a terjedést, illetve a maradandó károsodás kialakulását); látási és hallási zavarok szűrővizsgálata; anaemia szűrővizsgálata.

5. Krónikus, életveszélyes állapotok, amelyek kezelése növeli az élettartamot, és javítja az életminőséget. Példák: I. típusú diabetes mellitus orvosi kezelése; gyógyítható uteruscarcinoma konzervatív és sebészi kezelése; asthma orvosi kezelése.

6. A reprodukcióval kapcsolatos szolgáltatások (az anyavédelem és az infertilitás kezelésének kivételével). Példák: fogamzásgátlóval való ellátás; vasectomia; tubaligatura (a petevezeték elkötése).

7. Támogató-tüneti (komfort) kezelés. Példák: haldoklók palliativ gondozása.

8. Megelőző fogászati ellátás (gyerekek és felnőttek számára). Példák: fogápolás; fluorbevitel.

9. Prevenció felnőttkorban (A, B, C). Példák: mammographia; hypertoniaszűrés, a primer tuberculosis orvosi kezelése és kemoprofilaxisa.

„Nagyon fontos" egészségügyi ellátási formák:

10. Akut, nem életveszélyes állapotok, amelyek kezelése helyreállítja az egészséget. Példák: akut thyreoiditis orvosi kezelése; vaginitis orvosi kezelése; fogszuvasodás konzerváló fogászati kezelése.

11. Krónikus, nem életveszélyes állapotok, amelyeknél egyszeri kezelés javítja az életminőséget. Példák: csípőízületi protézis; diabeteses retinopathia lézersebészeti kezelése; rheumás láz orvosi kezelése.

12. Akut, nem életveszélyes állapotok, amelyek kezelése helyreállíthatja az egészséget. Példák: könyökficam helyreállítása; térdizületi kopás arthroscopos kezelése; corneasérülés kezelése.

13. Krónikus, nem életveszélyes állapotok, amelyek ismételt kezelése javítja az életminőséget. Példák: krónikus sinusitis orvosi kezelése; migrén orvosi kezelése; psoriasis orvosi kezelése.

Egészségügyi ellátási formák, amelyek bizonyos betegek számára hasznosak:

14. Akut, nem életveszélyes betegségek, amelyek kezelése gyorsabbá teszi a gyógyulást. Példák: pelenka-bőrkiütések orvosi kezelése; akut conjunctivitis orvosi kezelése; akut pharyngitis orvosi kezelése.

15. Meddőség kezelése. Példák: anovulatio orvosi kezelése; petevezeték-elzáródás mikrosebészeti kezelése; in vitro fertilisatio.

16. Prevenció felnőttkorban (D, E). Példák: 60 év alattiak vizeletszűrése haematuriára; 40 év alattiak sigmoidoscopos tükrözése; nem terhesek szűrése I. típusú diabetes mellitusra.

17. Életveszélyes vagy nem életveszélyes állapotok, amelyek orvosi kezelése nem vagy csak minimális mértékben javítja az életminőséget. Példák: leszakított ujjhegy visszavarrása; cholecystitis nélküli epehólyagkő orvosi kezelése; vírusfertőzés okozta szemölcs orvosi kezelése.

A rangsor felállítása után 709 konkrét betegségdiagnózis–terápia pár mindegyikét besorolták a fenti 17 kategória valamelyikébe. Ezt követően az egyes kategóriákon belül úgy állapították meg a sorrendet, hogy a terápiákat azok nettó haszna szerint rendezték sorrendbe, vagyis annál előbbre került egy terápia, minél haszno-

sabb volt orvosilag. Ez a QALY-módszer operacionalizálását tette szükségessé. Azt vizsgálták, hogy az egyes testi állapotok, betegségtünetek mennyire csökkentik az abban szenvedő ember életminőségét. Ehhez a QALY módszerét továbbfejlesztették oly módon, hogy véletlenszerűen kiválasztott lakossági minta telefonos megkérdezése alapján különböző betegségtünetek életminőséget csökkentő hatására kérdeztek rá. (Egy kérdés kb. így hangzott: Ha egy olyan skálát alkotunk, ahol 0 = halál, 100 = jó egészség, akkor hova helyezné testi állapotát, közérzetét, életminőségét akkor, amikor például semmiféle mozgáskorlátozottsága nincs, bárhová el tud menni, de fáj a gyomra, hány, és hasmenése van[198]?) A válaszok alapján táblázatot szerkesztettek, mely az egyes állapotokban a teljes jóllét (100%-os életminőség) csökkenésének átlagértékét adta meg.

Részlet a táblázatból[199]:

Testi állapot vagy tünet	Értékcsökkenés (%)
Szabad mozgásában közepesen korlátozott (például nem tud közlekedési eszközt használni)	–4,6%
Szabad mozgásában komolyan korlátozott (például kórházban fekszik)	–4,9%
Közepes mozgáskorlátozottság (például tolószékhez kötött)	–37,3%
Komoly mozgáskorlátozottság (például ágyhoz kötött)	–56%
Társadalmi aktivitása közepesen korlátozott (például munkaképtelen)	–6,2%
Társadalmi aktivitás komolyan korlátozott (például önmagát sem képes ellátni)	–10,6%
Eszméletvesztés (például roham, ájulás, coma)	–11,4%
Nagy kiterjedésű égés arcon, testen, karon, lábon	–37,2%
Tanulási, emlékezeti vagy gondolkodási zavarok	–36,7%
Egy vagy több kézfej, lábfej, kar, láb hiánya, deformitása, bénulása, törése vagy ezek kombinációja, beleértve művégtag, járógép viselését is	–27,7%

Gyomorpanaszok, hányás, hasmenés, lázzal, hidegrázással, fájdalommal vagy ezek nélkül	–37%
Általános fáradtság, gyengeség, vagy fogyás	–27,5%
Köhögés, zihálás, fulladás, lázzal, hidegrázással, fájdalommal vagy ezek nélkül	–31,8%
Feldúltság vagy levertség érzése, sírhatnék	–32,6%
Beszédzavar, például selypítés, dadogás, rekedtség vagy beszédképtelenség	–18,8%

Példa a táblázat használatára: A válaszolók úgy érezték, hogy például a mérsékelt mozgáskorlátozottság (tolószékhez kötöttség) kb. 37%-kal csökkentené életminőségüket, vagyis ilyen állapotban életminőségük az egészségesnek csak kb. 63%-a lenne.

A következő lépés az volt, hogy a már besorolt 709 diagnózis–terápia pár mindegyikéről szakértőkkel meghatároztatták, hogy az adott betegség keletkezésétől számított 5 év múlva milyen állapotban lennének a betegek kezelés nélkül, és milyen állapotba kerülnek kezeléssel. A kettő közötti életminőség-különbség számszerű értéke adja az adott kezelés nettó hasznát, vagyis a kezelés orvosi sikerességének numerikus értékét.

Nézzünk egy példát ennek kiszámítására[200]! A vizsgált betegség legyen agyvérzés (subarachnoidalis és intracerebralis haemorrhagia vagy haematoma).

A beteg állapota 5 év múlva	Összes betegek %-a	Életminőség-csökkenés	Százalék x életminőség-csökkenés
Kezelés nélkül:			
1. Halott	95%	–1,00	–0,95
2. Szabad mozgásában közepesen akadályozott		–0,046	–0,002
+			
Komoly mozgáskorlátozottság		–0,56	–0,028
+	5%		

A beteg állapota 5 év múlva	Összes betegek %-a	Életminőség-csökkenés	Százalék x életminőség-csökkenés
Társadalmi aktivitás komolyan korlátozott.		–0,106	–0,005
+			
Tanulási, emlékezeti, gondolkodási zavar		–0,367	–0,018
3. Tünetmentes	0%	0	0
Összesen	100%		–1,003

A kezelés nélkül 5 év múlva várható egészségi állapot (jóllét) értéke:
1,00 (jó egészség) – 1,003 = –0,003

Kezeléssel (A koponya megfúrása, craniectomia/craniotomia)

1. Halott	20%	–1,00	–0,20
2. Szabad mozgásában közepesen akadályozott		–0,046	–0,016
+			
Komoly mozgáskorlátozottság	40%	–0,56	–0,224
+			
Társadalmi aktivitás komolyan korlátozott		–0,106	–0,040
+			
Tanulási, emlékezeti, gondolkodási zavar		–0,367	–0,146
3. Eszméletvesztés, például roham, ájulás, coma	10%	–0,114	–0,011
4. Beszédzavar, például selypítés, dadogás, rekedtség vagy beszédképtelenség	10%	–0,188	–0,018
3. Tünetmentes	20%	0	0
Összesen	100%		–0,655

A kezeléssel 5 év múlva várható egészségi állapot értéke:
1,00 (jó egészség) – 0,655 = 0,345

E példában a kezelés és a kezelés nélküli egészségi állapot értékének különbsége: 0,345 – (–0,003) = 0,348, vagyis ez az érték tekinthető a kezelés nettó hasznának.

A táblázat adatait szavakkal megfogalmazva, a kutatók azt találták, hogy az agyvérzéses betegek 95%-a sebészi kezelés nélkül 5 éven belül meghal, míg sebészi kezeléssel az 5 éven belüli halálozás 95%-ról 20%-ra csökkenthető. A tapasztalatok szerint a kezeletlen betegek közül azok, akik életben maradnak, kivétel nélkül mind komoly maradványtünetekkel rendelkeznek, a kezelt betegek közül viszont csak 40%-on alakulnak ki súlyos maradványtünetek. Ezzel szemben a kezelt betegek 20%-án eszméletvesztéses, beszédzavarokkal járó maradványtünetek figyelhetők meg, amelyek viszont a kezeletlen betegeken nem fordulnak elő.

Összegezésképpen elmondható, hogy a kezeletlen betegek 5 évvel az agyvérzést követő összesített egészségi állapota –0,003, s mivel a skálán 0 jelenti a halált, így ez az állapot szavakkal kifejezve – az előzőleg felvett lakossági véleményeket tükröző értékskála alapján – csekély mértékben rosszabbnak tűnik a halálnál. Ezzel szemben a kezelt betegek 5 évvel az agyvérzést követő életminősége átlagosan az egészségesnek kb. 35%-a (0,348), tehát jelentősen jobb, mint a kezeletlen állapot[201].

Az eljárás tehát egy adott betegség orvosi kezelése nettó hasznát, vagyis a kezelés hatásosságának számszerű értékét adja meg.

A bemutatott számításban jól látszik az életminőség figyelembevétele. A megmentett életévek száma (ami a QALY megközelítés másik eleme) úgy lett figyelembe véve, hogy a későbbi, költséghatékonysági számításnál a kezelés nettó haszna értékét megszorozták a várható életévek számával. Ez a számítás azonban az egyes kategóriákon belüli sorrendet csak az utolsó fázisban befolyásolta, és akkor is csak nagyon csekély mértékben, mert csak egyik szempontként vették figyelembe a sorrendet ésszerűségi megfontolások alapján kiigazító 6 szemponton belül.

Ugyanakkor a 17 kategórián belül az egyes konkrét diagnózis–terápia párok sorrendjének meghatározásakor csak a kezelés életminőségre gyakorolt nettó hasznát vették figyelembe, a megmentett életévek számát nem[202].

A számítást mind a 709 konkrét diagnózis–terápia párra elvégezték. Ezt követően az egyes diagnózis–terápia pároknak az egyes kategóriákon belüli sorrendjét aszerint állapították meg, hogy a kezelésnek mekkora az életminőségre gyakorolt nettó haszna. Tehát a kezelésnek az életminőségre gyakorolt hatása nem befolyásolta a táblázatban szereplő 17 nagy kategória sorrendjét, mert azt előre megállapították. A kezelésnek az életminőségre gyakorolt hatása csak a konkrét diagnózis–kategória párok egy-egy csoporton belüli sorrendjének a megállapításában játszott szerepet, ahol a sorrendet az egyes kezelések nettó haszna alapján állapították meg. Ebben a fázisban a kezelés költségeit még nem vették figyelembe a sorrend megállapításában.

Végül a 709 diagnózis–terápia pár végső sorrendjének a kialakításakor a már fent leírt, kialakult sorrenden „ésszerűségi" megfontolások alapján néhány változtatást hajtottak végre, és az intuitíve elfogadhatatlannak érzett sorrendet spontán megváltoztatták. Ehhez a következő hat szempontot vették figyelembe[203]:

1. Az adott betegség kezelésének közegészségügyi hatása.
2. Az adott kezelés költsége.
3. Az adott betegség előfordulási gyakorisága.
4. Az adott kezelés hatásossága.
5. A nem kezelés költségei.
6. Társadalmi költségek.

Az itt leírt módon végül a 709 konkrét betegség–terápia pár pontos sorrendje, prioritási rangsora alakult ki. Az elképzelés az volt, hogy ez a sorrend hosszú távon is alapul szolgálhat annak eldöntésére, hogy a pénzügyi források szűkössége esetén mit hagyjanak el és mit részesítsenek előnyben. Az elv szerint a sorrend változatlan marad, és a határt mindig ott húzzák meg, amennyi ellátás finanszírozható az adott évre megszavazott költségvetési keretből. Így a lista összeállítása évében az első 587 tételt látták finanszírozhatónak[204]. Ha a rendelkezésre álló anyagi keretek szűkülnének, a határt a listán feljebb kellene meghúzni, de addig a határig az állami egészségügyi ellátás továbbra is mindenkinek járna. Így a lista előnye az, hogy az alapvető egészségügy ellátás (amelyet mindenki számára hozzáférhetővé kell tenni, fizetőképességétől függetlenül) konkrét definiálását jelenti, ami a rendelkezésre álló erőforrások ismeretében rugalmasan változtatható anélkül, hogy a prioritási listát minden évben újból és újból el kellene készíteni.

Az oregoni prioritási listával kapcsolatos etikai viták. A kritikák egy része arra vonatkozott, hogy mivel ez a prioritási lista csak a Medicaid-ben részesülők (vagyis az USA szövetségi szegénységi szintje alatt élők) orvosi ellátása során lett volna kötelező, ezért ez diszkrimináció a szegényekkel szemben, hiszen ez kétszintű egészségügyi ellátást hoz létre, egyet a szegények, egyet a tehetősek számára[205]. Ezek az érvek azonban csak az USA-ban relevánsak, hiszen ha egy egész egészségügyi rendszer ilyen prioritások alapján működik, és a lista mindenkire vonatkozik, akkor ez már nem ellenérv a rendszerrel szemben. Mivel az oregoni kísérlet éppen azért jelentős, mert először próbál nyilvános kritériumok alapján akár egy egész egészségügyre kiterjeszthető prioritási listát meghatározni, ezért célszerű arról az oldalról vizsgálni, hogy az általa alkalmazott módszer és elvek elfogadhatók-e a lakosság egészére vonatkoztatva, vagyis elfogadható-e mint az egészségügy mindenkinek járó, tisztességes minimuma megfogalmazásának módszere? A rendszer pártolói a lista létrehozási módszerének arra az előnyére mutattak rá, hogy kombinálni

tudta a lakosság értékrendszerét a szakértők informáltságával. A hagyományos demokratikus módszer ugyanis az, hogy a lakosságot valamilyen formában (népszavazás, közvélemény-kutatás, képviselők, parlament stb.) egyszerűen megkérdezik, hogy az egészségügyi ellátás mely formáit szeretné az alapvető, mindenki számára elérhető, központilag finanszírozott ellátási formák közé sorolni, illetve az egészségügy mely részeinek fejlesztését részesítené előnyben. Így a lakosságnak – laikusoknak – kell eldönteni, hogy például a fejlesztésre szánt erőforrásokat az intenzív osztályos ellátás fejlesztésére, a transzplantációs programok kiterjesztésére, hypertoniaszűrésre vagy esetleg a hospice intézményrendszerének bővítésére stb. akarja-e fordítani[206]. Ennek a megközelítésnek komoly fogyatékossága, hogy laikusok nagyon keveset tudnak arról, hogy az egészségügyi ellátásnak e különböző ágai mennyire hatásosan képesek a betegek életminőségét javítani, vagyis mennyi orvosi haszon származhat az egyes programok finanszírozásából, ezeknek mekkora a költsége, nem lehet-e költséghatékonyabb alternatívákat találni, és több beteg számára több egészséget „termelni" stb. Az oregoni módszer egyik nagy előnye éppen az, hogy arról kérdezték meg a lakosságot, amit az közvetlenül meg tud ítélni: milyen testi tünetet milyen életminőségűnek értékel. A lakosság eme értékpreferenciáinak az ismeretében a leírt módszerrel pedig szakértők határozták meg, hogy milyen kezelésnek mi a végeredménye, és a lakosság által képviselt értékeket hogyan lehet a leghatékonyabban megvalósítani. Így az egyes kezelések által biztosítható életminőséget, gyógyulási szintet a szakértők állapították meg, azt, hogy ez a gyógyulási szint, életminőség, végeredmény mennyire értékes, mennyire kívánatos, a lakosság[207].

Az oregoni rendszert ért legkomolyabb kritikák a QALY módszerénél már ismertetett metodológiai és etikai problémákra mutatnak rá. Metodológiai problémaként arra, hogy egészséges embereket kértek meg arra, hogy olyan betegségállapotok (például ágyhoz, tolószékhez kötöttség) életminőséget csökkentő hatását ítéljék meg, amelyeket maguk általában nem éltek át, így azokról közvetlen tapasztalatuk nincsen. Módszertanilag nem megnyugtató, ha emberek arról ítélnek, hogy mások hogyan érezhetik magukat bizonyos testi állapotokban, és nem arról, ők hogyan érezték magukat akkor, amikor bizonyos testi állapotokat átéltek[208]. Ez azért is problematikus, mert empirikus adatok vannak arra, hogy azok, akik bizonyos tüneteket, kóros testi állapotokat maguk is átéltek, kevésbé negatívan, kevésbé életminőséget csökkentőként élik azt meg, mint akiknek nincs azokról személyes tapasztalatuk. Így egészséges emberek válasza arra a kérdésre, hogy milyen az életminősége például egy tolószékhez kötött embernek, esetleg csak saját – fogyatékosokkal szembeni – előítéleteik kifejezője, s nem a fogyatékos ember szubjektív életminőségéé[209].

A metodológiai problémákon kívül megfogalmazódtak azonban a QALY-metódussal kapcsolatos etikai ellenérvek is. Elsősorban az, hogy a QALY (amely szere-

pet játszott a végső rangsor kialakításában) diszkriminatív, igazságtalan, csak a hatékonyságot biztosítja, de az igazságosságot nem.

A QALY-módszer és az oregoni lista védelmezői rá szoktak ugyan mutatni, hogy a QALY módszere azért nem diszkriminál a rosszabb életminőségű (például fogyatékos) emberekkel szemben, mert nem az életminőség abszolút fokát veszi figyelembe, hanem azt, hogy egy kezelés mennyire képes javítani egy adott beteg életminőségét. Így egy fogyatékos ember, aki eleve rosszabb életminőségű, egy adott kezelés kapcsán nem kerül hátrányba egy nem fogyatékossal szemben, hiszen ami a QALY-nál számít, az nem az életminőség kezelés előtti szintje, hanem az, hogy a betegnek saját korábbi életminőségéhez képest mennyire javulhat az életminősége a kezelés által. Ily módon nem kerül a fogyatékos sem hátrányba[210]. Ez azonban nem minden esetben igaz. Ugyanis mindannyiszor, amikor egy egyéb betegségben is szenvedőnek (vagyis eleve rosszabb életminőségű embernek) egy kezelés az életét menti vagy hosszabbítja meg, a rosszabb életminőségű hátrányba kerül a jobb életminőségűvel szemben[211].

Nézzünk egy példát. Tegyük fel, hogy két beteg (*A* és *B*) vár életmentő dialysisre, és közöttük az egyetlen lényeges különbség, hogy *A*-nak a vesebetegségén kívül még súlyos, mozgását nagymértékben akadályozó arthrosisa is van, *B*-nek viszont nincsen. Mivel az arthrosist kísérő fájdalmak, mozgáskorlátozottság miatt *A* beteg életminősége rosszabb, mint *B*-é, így az életmentő dialysis – ha mindkettőnek abszolút értékben ugyanannyi életévet ment meg – az életminőségre standardizált életévek száma (QALY) alapján több minőségi életévet ment meg *B,* mint *A* számára, így a QALY alapján *B*-nek kell kapnia a kezelést *A* helyett, ha egyszerre nem lehet mindkettőjüket kezelni. Vagyis *A* hátrányba került pusztán azért, mert a vesebetegségén kívül van egy másik, fájdalmas, az életminőségét csökkentő alapbetegsége is[212]. Így a QALY-elv következetes alkalmazása életmentő beavatkozás esetén diszkriminál a több betegségben is szenvedőkkel, a fogyatékosokkal stb. szemben, az utóbbiak életét kevésbé tekintve értékesnek, mint az előbbiekét. Mivel az oregoni prioritási lista összeállításában – bár csak csekély mértékben és csak a rangsorolás utolsó szakaszában, de – szerepet játszottak a QALY szempontjai, és mivel ez diszkriminációt jelent a fogyatékosokkal szemben, az oregoni prioritási lista alkalmazásának engedélyezését a BUSH-kormányzat 1992 augusztusában az USA-beli ADA-törvényre hivatkozva elutasította[213]. Az ADA (Americans with Disabilities Act, a fogyatékos amerikaiak elleni diszkriminációt tiltó törvény) tiltja a fogyatékos, beteg emberekkel szembeni bármiféle hátrányos megkülönböztetést. Az oregoni prioritási lista pedig – az általa alkalmazott QALY-elv révén – bizonyos esetekben hátrányosan diszkriminál fogyatékos, beteg emberekkel szemben, hiszen hallgatólagos előfeltételezése, hogy egy fogyatékos ember életének az értéke kisebb, mint egy nem fogyatékosé[214]. Az oregoni rendszer kritikusai konkrét példákat is hoztak a fogyatékosokkal szembeni előítélet bizonyítására. Az oregoni lista 709

tétele közül például az alkoholizmus okozta májcirrhosis által szükségessé váló májtranszplantáció csak a 690. helyen szerepel, és a finanszírozandó kezelésekből így már ki van zárva. (A 709 tételt tartalmazó prioritási listán az 587. tételnél húzták meg a határt. Az ez előtti betegségek kezelését finanszírozhatónak tartották, az ez utániakét nem.) Ugyanakkor a nem alkohol eredetű májcirrhosis kezelése májtranszplantációval a rangsor 367. helyén szerepel, és így az államilag finanszírozott kezelések közé tartozik. Hasonlóképpen az 500 g alatti (a 23. terhességi hétnél korábban született) kis súlyú éretlen újszülöttek életfenntartó kezelése a lista utolsó előtti helyén szerepel (a 708.), az 500 g feletti újszülöttek életfenntartó kezelése viszont a 22. helyen[215]. Ezek a példák diszkriminációt tükröznek – szól a kritikusok érvelése –, hiszen nyilvánvaló, hogy ugyanolyan jellegű májbetegségre egy nem alkoholista kap májtranszplantációt, egy alkoholista nem kap. Mivel az ADA szerint az alkoholista beteg, akivel szemben a diszkriminációt a törvény tiltja, így ez nyilvánvalóan elfogadhatatlan. (A nem rehabilitált, vagyis nem gyógyult alkoholista háttérbe szorítása májtranszplantáció szempontjából orvosi oldalról még indokolhatónak tűnne, hiszen az ő gyógyulási esélyei májátültetéssel is rosszabbak, mint az egyéb okból májcirrhosisban szenvedőké. Az oregoni lista azonban alkoholizmus eredményeként létrejött májcirrhosisról beszél, így e megfogalmazás alapján az a gyógyult alkoholista is háttérbe szorul, akinek májcirrhosisa ugyan alkoholizmusa miatt alakult ki, de jelenleg már nem alkoholista. Az ő háttérbe szorítása tehát már nyilvánvaló diszkrimináció, hiszen nem orvosi, hanem erkölcsi indoka van[216]).

Mindeme (jogos) kritikák hatására az oregoni listát átdolgozták úgy, hogy a QALY-megfontolásokat (amelyek úgyis csak az egyes kategóriákon belüli sorrendet határozták meg, azt is csak kismértékben) kihagyva módosították a listát. Ily módon a sokat vitatott alkohol eredetű májcirrhosis és a 23. hét előtt született éretlen újszülöttek kezelésének a finanszírozása is biztosítható volt. Az ily módon módosított listát a CLINTON-kormányzat 1993 márciusában elfogadta, és engedélyezték kísérleti kipróbálását a Medicaid ellátásban részesülő oregoni polgárok számára 1994. január 1-jétől egy 5 éves kísérleti periódusra.[217].

*

A tapasztalatok fényében lehet majd véleményt mondani arról, hogyan válik be a gyakorlatban a nyilvánosan megvitatott és elfogadott prioritások alapján szervezett egészségügyi ellátás. Mindenesetre az oregoni rendszer értéke nem feltétlenül konkrét megoldásaiban rejlik, hanem a módszerében. Az első olyan nagyszabású kísérlet, amely nyilvánosan elismeri, hogy az egészségügy területén – az erőforrások megszüntethetetlen szűkössége miatt – rangsorolni kell, ami egyben azt is jelenti, hogy nem lehet mindenki számára minden orvosilag hasznos kezelést megadni. Ennek a kényszerűségnek az elismerése után az oregoni módszer explicit, nyil-

vánossá tett és nyilvánosan vitatható prioritási lista felállítását javasolta. A módszer maga azt biztosítja, hogy a nyilvánosság tudatára ébredjen, hogy ilyen esetben döntésre van szükség, és ne túlságosan könnyen, túl kevés vitával fogadjanak el esetleg olyan egészségügyi prioritásokat, amelyek szükségtelenül elérhetetlenné tehetnek olyan kezelési formákat, amelyek a prioritások gondosabb és hatékonyabb megfogalmazásával elkerülhetők lettek volna[218].

Jegyzetek a 7. fejezethez*

[1]*Engelhardt, H. T. jr.:* National Health Care Systems: Conflicting Visions. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): Health Care Systems. (Moral Conflicts in European and American Public Policy) Dordrecht, Kluwer Academic Publishers (p. 10)
[2]*Massey, R. V:* Epilogue. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): i. m. (p. 354)
[3]*Orosz Éva* (1992): Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések. Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány (p. 48)
[4]Choices in health care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care. The Netherlands. 1992 (p. 66)
[5]Ibid. (p. 43)
[6]*Orosz Éva* (1992): i. m. (p. 12)
[7]Declaration on Health Care Costs (Copenhagen, 1978) (Standing Committee of Physicians to the Common Market) In: *Mooney, G. H., McGuire, A.* (1988): Medical Ethics and Economics in Health Care. Oxford, Oxford University Press (pp. 86–87)
[8]*Churchill, L. R.* (1987): Rationing Health Care in America. Perceptions and Principles of Justice. Notre Dame, Indiana. University of Notre Dame (p. 10)
[9]*Blank, R. H.* (1988): Rationing Medicine. New York. Columbia University Press (pp. 51–52)
[10]*Buchanan, A.:* An ethical evaluation of health care in the USA. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): i. m. (pp. 51–52)
[11]*Churchill, L. R.* (1987): i. m. (pp. 8–9)
[12]*Wildavsky, A.:* Doing Better and Feeling Worse: The Political Pathology of Health Policy. In: *Knowles, J. H.* (ed.) (1977): Doing Better and Feeling Worse. New York, W. W. Norton, (p. 108). cit: *Churchill, L. R.* (1987): i. m. (p. 9)
[13]*Wolinsky, F. D.* (1980): The Sociology of Health. Principles, Professions, and Issues. Boston, Little, Brown and Company (p. 387)
[14]*Maynard, A.* (1988): The Public and Private Regulation of Health Care Markets. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): i. m. (pp. 142–143)
[15]*Churchill, L. R.* (1987): i. m. (p. 8)
[16]*Knowles, J. H.* (1977): Introduction. Daedalus, Winter (p. 3)
[17]*Mattheis, Ruth:* Macro-Allocation in Health Care in the Federal Republic of Germany. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds.) (1988): i. m. (p. 205)
[18]Scientific and Educational Basis for Improving Health Care: Report of the Panel on Biological and Medical Science of the President's Science Advisory Committee. U.S. Government Printing Office, Washington D.C., 1972) cit.: *Bennett, I. L. jr.* (1977): Technology as a Shaping Force. In: Daedalus, Winter, 1977.

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal

[19]*Dubos, R.* (1987): Mirage of health. Utopias, Progress and Biological Change. New Brunswick and London, Rutgers University Press (p. 72–73)
[20]*Patrick, D. L., Scambler, G. H.* (eds) (1984): Sociology as applied to Medicine. East Sussex. Balliere Tindall. (p. 18)
[21]Ibid. (p. 16)
[22]Ibid. (p. 22–23)
[23]*Wolinsky, F. D.* (1980): i. m. (p. 384)
[24]*Wildawsky, A.:* Doing Better and Feeling Worse: The Political Pathology of Health Policy. In: Daedalus, Winter, 1977.
[25]*Futó G.* (szerk.) (1992): Egészségügyi szolgáltatás – biztosítási alapon. Média Team. (p. 13)
[26]*Mooney, G. H.* (1986): Economics, Medicine and Health Care. Harvester Wheatsheaf. (p. 24)
[27]*Wolinsky, F. D.* (1980): i. m. (p. 384)
[28]*O'Neill, P.* (1983): Health Crisis 2000. World Health Organization.
[29]*Blank, R. H.* (1988): Rationing Medicine. New York, Columbia University Press (p. 197)
[30]Ibid.
[31]*Sade, R. M.:* Medical Care as a Right: A Refutation. New England Journal of Medicine, vol. 285, no. 23, p. 1288, dec. 2, 1971. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): Medical Ethics. Cambridge, The MIT Press (p. 88)
[32]*Sass, H.-M.:* My right to care for my health. And what about the needy and the elderly? In: *Bole, T. J. III., Bondeson, W. B.* (eds) (1991): Rights to Health Care. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers (p. 244)
[33]*Churchill, L. R.* (1987): i. m. (p. 89)
[34]Ibid.
[35]*Veatch, R. M.:* Voluntary risks to health. The ethical issue. Journal of the American Medical Association. vol. 243. (January 4, 1980) In: *Mappes, T. A., Zembaty, Jane S.* (eds) (1991): Biomedical Ethics. (3rd ed.) New York, McGraw-Hill, Inc. (p. 620)
[36]*Brody, B. B.:* The Macro-Allocation of Health Care Resources. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds.) (1988): i. m. (p. 221)
[37]*Sass, H.-M.:* National Health Care Systems: Concurring conflicts. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds.) (1988): i. m. (p. 29)
[38]*Belloc, N. B., Breslow, L.:* The Relation of Physical Health Status and Health Practices. Preventive Medicine, 1 (August, 1972) (pp. 409–421)
[39]*Belloc, N. B., Breslow, L. :* Relationship of Health Practices and Mortality. Preventive Medicine, 2 (1973) (pp. 67–81)
[40]*Blank, R. H.* (1988): i. m. (p. 81)
[41]Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care, The Netherlands, 1992 (pp. 72–73)
[42]*Spicker, S. F.:* Rights, Reasonable Expectations, and Rationing: A Commentary on the Essays of Ruth Mattheis and Baruch Brody. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): i. m. (p. 243)
[43]*Callahan, D.:* Meeting Needs and Rationing Care. Law, Medicine, and Health Care. vol. 16. (Winter, 1988) In: *Mappes, T. A., Zembaty, Jane S.* (eds) (1991): i. m. (p. 576)
[44]Ibid.
[45]Ibid.
[46]*Winslow, G. R.:* Rationing and Publicity. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): The Price of Health. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company (p. 210)
[47]*Gillon, R.:* Ethics, economics, and general practice. In: *Mooney, G., McGuire, A.* (eds) (1988): Medical Ethics and Economics in Health Care. Oxford, Oxford University Press (p. 122)
[48]Ibid. (p. 123)
[49]Ibid.

[50]Ibid. (p. 127)
[51]Ibid. (p. 128)
[52]Ibid. (pp. 120–121)
[53]*Schwartz, W. B., Aaron, H. J.:* Rationing Hospital Care. Lessons from Britain. The New England Journal of Medicine 310:52–56 (January 5), 1984 (p. 53)
[54]Ibid. (p. 54)
[55]*Aaron, H., Schwartz, W. B.* (1984): The painful prescription: rationing hospital care. Washington D.C. Brookings Institute (p. 101–102). cit.: *Churchill, L. R.* (1987): i. m. (pp. 115–116)
[56]*Schwartz, W. B., Aaron, H. J.:* i. m. (p. 55)
[57]*Brody, B. B.:* i. m. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds.) (1988): i. m. (p. 225)
[58]Ibid. (p. 226)
[59]*Sanders, D., Dukeminier, J. jr.:* Medical Advance and Legal Lag: Hemodialysis and Kidney Transplantation. UCLA Law Review, vol. 15, February 1968. In: *Reiser, S. L., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (eds) (1977): Ethics in Medicine. Cambridge, The MIT Press (p. 608)
[60]Ibid.
[61]*Reiser, S. J.:* Therapeutic Choice and Moral Doubt in a Technological Age. Daedalus. Winter, 1977.
[62]Ibid. (p. 54)
[63]*Annas, G. J.:* The Prostitute, the Playboy, and the Poet: Rationing Schemes for Organ Transplantation. American Journal of Public Health, vol. 75. (1985). (pp.187–189) In: *Mappes, T. A., Zembaty, Jane S.* (eds) (1991): i. m. (p. 609)
[64]*Sanders, D., Dukeminier, J. jr.* (1968): i. m. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (eds) (1977): i. m. (p. 609)
[65]*Engelhardt, H. T. jr.:* National Health Care Systems: Conflicting Visions. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): i. m. (p. 10)
[66]*Winslow, Gerald R.:* Rationing and Publicity. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (p. 205)
[67]Ibid. (p. 206)
[68]*Schöne-Seifert, Bettina:* Medical Micro-Allocation: Is and Ought. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): i. m. (p. 301)
[69]*Bailey, Mary Ann:* Rationing Medical Care: Processes for Defining Adequacy. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (pp. 178–179)
[70]*Begley, C. E.:* Physicians and Cost Control. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (p. 241)
[71]*Schöne-Seifert, Bettina:* i. m. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): i. m. (p. 302)
[72]*Agich, G. J.:* Economic Cost and Moral Value. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (p. 23)
[73]Ibid. (p. 24)
[74]Ibid. (p. 31)
[75]Ibid. (pp. 35–36)
[76]*Mooney, G. H.* (1986): Economics, Medicine and Health Care. Harvester Wheatsheaf (p. 124)
[77]*Mooney, G., McGuire, A.:* Economics and medical ethics in health care: an economic viewpoint. In: *Mooney, G., McGuire, A.* (eds) (1988): i. m. (p. 6)
[78]*Hiller, M. D., Gorsley, R. D.:* Shifting Priorities and Values: A Challenge to the Hospital's Mission. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (p. 245)
[79]*Fried, C.:* Rights and Health Care – Beyond Equity and Efficiency. New England Journal of Medicine 293. (July 31, 1975): 241-5. cit: *Engelhardt, H. T. jr.* (1986): i. m. (p. 347)
[80]*Drummond, M. F:* Resource Allocation Decisions in Health Care: A Role for Quality of Life Assessments? In: *Dowie, J., Elstein, A.* (eds) (1988): Professional Judgement. A Reader in clinical decisionmaking (p. 438)

[81]*Bayles, M. D.:* The Value of Life. In: *VanDeVeer, D., Regan, T.* (eds) (1987): Health Care Ethics. An Introduction. Philadelphia, Temple University Press i. m. (p. 274)
[82]*Blank, R. H.* (1988): i. m. (p. 41)
[83]*Glover, J.* (1988): Causing Death and Saving Lives. Penguin Books (p. 291)
[84]*Churchill, L. R.* (1987): i. m. (p. 39
[85]*Bayles, M. D.:* The Value of Life. In: *VanDeVeer, D., Regan, T.* (eds) (1987): i. m. (p. 275)
[86]*Mooney, G. H.* (1986): i. m. (p. 15)
[87]*Wenz, P. S.:* CBA, Utilitarianism and Reliance upon Intuitions. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (p. 71)
[88]*Menzel, P. T.:* Prior Consent and Valuing Life. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (p. 93)
[89]Ibid.
[90]Ibid. (p. 95)
[91].bid. (p. 96)
[92]Ibid. (p. 97)
[93]*Friedman, D. D.* (1986): Comments on "Rationing Medical Care: Processes for Defining Adequacy." In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (p. 186)
[94]*Friedman, D.* (1991): Should Medicine be a Commodity? An economist's perspective. In: *Bole, T. J. III., Bondeson, W. B.* (eds) (1991): i. m. (p. 284)
[95]Ibid.
[96]*Friedman, D. D.* (1986): i. m. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (p. 187)
[97]*Friedman, D.* (1991): Should Medicine be a Commodity? An economist's perspective. In: *Bole, T. J. III., Bondeson, W. B.* (eds) (1991): i. m. (p. 284)
[98]*Bayles, M. D.:* The Value of Life. In: *VanDeVeer, D., Regan, T.* (eds) (1987): i. m. (p. 281)
[99]Ibid. (p. 283)
[100]*Menzel, P. T.:* i. m.In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (p. 98)
[101]*Maynard, A.* 1987): Logic in Medicine: an economic perspective. British Medical Journal 1987. 295 (p. 1540)
[102]*Harris, J.:* QALY fying the value of life. Journal of medical ethics. 1987. 13 (p. 118)
[103]*Williams, A.:* The value of QALYs. Health and Social Service Journal. 1985. 3.
[104]*Lockwood, M.:* Qality of Life and Resource Allocation. In: *Bell, J.M., Mendus, Susan* (eds) (1988): Philosophy and Medical Welfare. Cambridge. Cambridge University Press (p. 40)
[105]*Williams, A.:* Economics of coronary artery bypass grafting. British Medical Journal. 1985. 291 (p. 326–327)
[106]Ibid.
[107]*Rawles, J.:* Castigating QALYs. Journal of medical ethic. 1989, 15 (p. 145)
[108]Ibid.
[109]*Maynard, A.* (1987): i. m. (p. 1540)
[110]*Lockwood, M.:* Qality of Life and Resource Allocation. In: *Bell J.M., Mendus, Susan* (eds) (1988): i. m. (p. 36)
[111]*Maynard, A.* (1987): i. m. (p. 1540)
[112]*Smith, A.:* Qualms About QALYs. The Lancet, 1987 (p. 1135)
[113]*Morreim, E. H.* (1986): Computing the Qality of Life. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds.) (1986): i. m. (p. 56–59)
[114]*Rawles, J., Rawles, Kate:* The QALY argument: a physician's and a philosopher's view. Journal of medical ethics. 1990, 16 (p. 93)
[115]*Maynard, A.* (1987): i. m. (p. 1540)
[116]*Mooney, G.* (1989): QALYs: are they enough? A health economist's perspective. Journal of medical ethics. 1989, 15 (p. 148)
[117]*Lockwood, M.:* i. m. In: *Bell, J.M., Mendus, Susan* (eds) (1988): i. m. (p. 45)

[118]*Harris, J.* (1987): QALYfying the value of life. Journal of medical ethics. 1987. 13 (p. 118)
[119]Ibid.
[120]Ibid. (p. 119)
[121]*Harris, J.* (1988): More and Better Justice. In: *Bell, J. M., Mendus, Susan* (eds) (1988): i. m. (pp. 79–80)
[122]*Harris, J.* (1987): i. m. (p. 121)
[123]*Harris, J.* (1988): i. m. In: *Bell, J.M., Mendus, Susan* (eds) (1988): i. m. (p.80)
[124]*Harris, J.* (1987): i. m. (p. 119)
[125]*Broome, J.* (1988): Good, Fairness and QALYs. In: *Bell, J. M., Mendus, Susan* (eds) (1988): i. m. (p. 67–68)
[126]*Maynard, A.* (1987): i. m. (p. 1539)
[127]*Mooney, G.* (1989): i. m. (p. 149)
[128]*Drummond, M. F.* (1988): i. m. In: *Dowie, J., Elstein, A.* (eds) (1988): i. m. (p. 452)
[129]*McCullogh, L. B.:* Justice and Health Care: Historical Perspectives and Precedents. In: *Shelp, E. E.* (ed.) (1981): Justice and Health Care. Dordrecht, D. Reidel Publishing Company (p. 57)
[130]*Nozick, R.* (1974): Anarchy, state and utopia. Oxford, Blackwell.
[131]*Mappes, T. A., Zembaty, Jane, S.* (eds) (1991): Biomedical Ethics. (3rd ed.) New York, McGraw-Hill, Inc. (p. 546)
[132]*Sass, H.-M.:* My right to care for my health – And what about the needy and the elderly? In: *Bole, T. J. III., Bondeson, W. B.* (eds) (1991): i. m. (p. 245)
[133]*Mappes, T. A., Zembaty, Jane, S.* (eds.) (1991): i. m. (p. 546)
[134]*Buchanan, A.: Justice:* A Philosophical Review. In: Shelp, E. E. (ed.) (1981): i. m. (p. 17)
[135]*Friedman, D. D:* Comments on "Rationing Medical Care: Processes for Defining Adequacy." In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (eds) (1986): i. m. (pp. 219–220)
[136]*Engelhardt, H. T. jr.* (1986): i. m. (p. 342)
[137]*Nielsen, K.:* Autonomy, Equality and a Just Health Care System. In: *Mappes, T. A., Zembaty, Jane, S.* (eds.) (1991): i. m. (p. 563)
[138]*Mappes, T. A., Zembaty, Jane S.* (eds.) (1991): i. m. (p. 546)
[139]*Nielsen, K.:* i. m. In: *Mappes, T. A., Zembaty, Jane, S.* (eds.) (1991): i. m. (p. 565)
[140]*Mappes, T. A., Zembaty, Jane, S.* (eds.) (1991): i. m. (p. 546)
[141]*Churchill, L. R.* (1987): i. m. (p. 80)
[142]*Mappes, T. A., Zembaty, Jane, S.* (eds.) (1991): i. m. (p. 547)
[143]*Popper, K.* (1982): Unended Quest. An Intellectual Autobiography. Fontana/Collins (p. 36)
[144]*Mappes, T. A., Zembaty, Jane, S.* (eds.) (1991): i. m. (p. 547)
[145]*Rawls, J.* (1972): A theory of Justice. Oxford, Clarendon Press (p. 60–61)
[146]*Beauchamp, T. L:* The Right to Health Care in a Capitalist Democracy. In: *Bole, Thomas J. III., Bondeson, W. B.* (eds.) (1991): i. m. (p. 55)
[147]*Mooney, G. A.* (1986): i. m. (p. 128)
[148]Ibid.
[149]Ibid.
[150]*Sass, H.-M.:* National Health Care Systems: Concurring Conflicts. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): i. m. (p. 24)
[151]*Friedman, D.:* Should Medicine be a Commodity? An Economist's perspective. In: *Bole, T. J. III., Bondeson, W. B.* (eds.) (1991): i. m. (p. 302)
[152]*Armstrong, D.* (1980): An Outline of Sociology as Applied to Medicine. Bristol, John Wright and Sons Ltd. (p. 83)
[153]Ibid. (p. 85)
[154]*Friedman, D.:* Should Medicine be a Commodity? An Economist's perspective. In: *Bole, T. J. III., Bondeson, W. B.* (eds.) (1991): i. m. (p. 289)

[155]Ibid.
[156]*Churchill, L, R.* (1987): i. m. (p. 77)
[157]*Mooney, G., McGuire, A.* (1988): Medical Ethics and Economics in Health Care. Oxford, Oxford University Press. (p. 10)
[158]*Churchill, L. R.* (1987): i. m. (p. 16)
[159]Ibid. (p. 92)
[160]Ibid. (p. 76)
[161]*Mooney, G., McGuire, A.:* i. m. In: *Mooney, G., McGuire, A.* (eds.) (1988): i. m. (p. 11)
[162]*Maynard, A.* (1988): i. m. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds.) (1988): i. m. (p. 142)
[163]*Buchanan, A.:* An Ethical Evaluation of Health Care in the USA. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds.) (1988): i. m. (p. 53)
[164]Ibid. (p. 54)
[165]*Maynard, A.* (1988): i. m. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds.) (1988): i. m. (p. 145)
[166]*Orosz Éva* (1992): i. m. (p. 62–63)
[167]*Armstrong, D.* (1980): i. m. (p. 87)
[168]Ibid. (p. 89)
[169]Ibid. (p. 91)
[170]*Halper, T.:* Rights, Reforms, And the Health Care Crisis: Problems and Prospects. In: *Bole, T. J. III., Bondeson, W. B.* (eds) (1991): i. m. (p. 154)
[171]*Armstrong, D.* (1980): i. m. (p. 93)
[172]Ibid.
[173]*Dougherty, C. J:* Ethical Perspectives on Prospective Payment. Hastings Center Report, January/February 1989. (p. 6)
[174]Ibid. (p. 7)
[175]Ibid.
[176]Ibid. (p. 9)
[177]Ibid.
[178]Ibid. (p. 8)
[179]*Powderly, Kathleen E., Smith, Elaine:* The Impact of DRGs on Health Care Workers and their Clients. Hastings Center Report, January–February, 1989 (pp. 16–19)
[180]*Dougherty, C. J:* Ethical Perspectives on Prospective Payment. Hastings Center Report, January–February, 1989 (p. 10)
[181]*Berenson, R. A.:* A Physician's Reflections. Hastings Center Report, January–February, 1989 (p. 14)
[182]*Dougherty, C. J.* (1989): i. m. (p. 7)
[183]*Churchill, L. R.* (1987): i. m. (p. 96)
[184]*Marmor, T. R.:* The Right to Health Care: Reflections on its History and Politics. In: *Bole, T. J. III., Bondeson, W. B.* (eds) (1991): i. m. (p. 23)
[185]*Churchill, L. R.* (1987): i. m. (p. 98)
[186]*De Wachter, M. A. M.:* Ethics and Health Policy in the Netherlands. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): i. m. (p. 109)
[187]*Bole, T. J. III.:* The Rhetoric of Rights and Justice in Health Care. In: *Bole, Thomas J. III., Bondeson, W. B.* (eds.) (1991): i. m. (p. 13)
[188]Choices in Health Care. (1992) A Report by the Government Committee on Choices in Health Care, The Netherlands (p. 48)
[189]*Bole, T. J.* III.: i. m. In: *Bole, Thomas J. III., Bondeson, W. B.* (eds) (1991): i. m. (p. 14)
[190]Ibid. (p. 12)
[191]Dougherty, C. J.: Setting Health Care Priorities. Oregon's Next Steps. Hastings Center Report, May–June, 1991. Supplement (p. 4)

[192]Ibid. (p. 6)
[193]Ibid. (p. 4)
[194]*Hadorn, D. C.:* The Oregon Priority Setting Exercise: Quality of Life and Public Policy. Hastings Center Report, May–June, 1991, Supplement (p. 11)
[195]Ibid.
[196]*Dougherty, C. J.* (1991): i. m. (p. 6)
[197]Hastings Center Report, May–June, 1991, Supplement (p. 10)
[198]Hadorn, D. C. (1991): i. m. (p. 16)
[199]Ibid. (p. 13)
[200]Ibid. (p. 14–15)
[201]Ibid. (p. 14)
[202]Ibid. (p. 15)
[203]*Menzel, P. T.:* Oregon's Denial. Disabilities and Qality of Life. Hastings Center Report. November–December,1992 (p. 22)
[204]*Capron, A. M.:* Oregon's Disability. Principles or Politics? Hastings Center Report. November–December, 1992 (p. 20)
[205]*Dougherty, C. J.* (1991): i. m. (p. 6)
[206]*Hadorn, D. C.* (1991): i. m. (p. 15)
[207]Ibid.
[208]*Menzel, P. T.* (1992): i. m. (p. 22)
[209]Ibid. (p. 21)
[210]*Hadorn, D. C.* (1991): i. m. (p. 13)
[211]*Menzel, P. T.* (1992): i. m. (p. 23)
[212]*Lockwood, M.* (1988): Quality of Life and Resource Allocation. In: *Bell, J. M., Mendus, Susan* (eds.) (1988): i. m. (p. 47)
[213]*Campbell, C. S.:* Gridlock on the Oregon Trail. Hastings Center Report, July–August, 1993 (p. 6)
[214]*Menzel, P. T.* (1992): i. m. (p. 21)
[215]Ibid. (p. 24)
[216]Ibid.
[217]*Campbell, C. S.* (1993): i. m. (p. 6)
[218]*Winslow, G. R.* (1986): Rationing and Publicity. In: *Agich, G. J., Begley, C. E.* (1988): i. m. (p. 210.)

8. fejezet – Igazságosság az egészségügyben II. Az egészségügyi mikroallokáció orvosetikai kérdései

(az életmentő, ritka, általánosan nem elérhető eszközök, gyógyszerek, eljárások elosztásának etikai problémái)

Az angol nyelvű szakirodalom a címben körülírt problémakört a magyarra nehezen lefordítható „rationing" (jegyrendszer, adagolás) szóval szokta leírni. Ha a szó nem is fordítható le pontosan, az általa jelölt probléma sajnos minden országban ismerős. Arról van szó, hogy hogyan, milyen elvek alapján lehet életmentő, de ritka, vagyis nem minden rászoruló számára elérhető orvosi eszközöket, kezeléseket, eljárásokat a betegek között elosztani. Másképpen ezt úgy is meg szokták fogalmazni, hogy ilyenkor azt kell az orvosnak eldöntenie, hogy kit kezeljen, ha nincs elég eszköz arra, hogy mindenkit kezeljenek, és ez életmentő beavatkozás, illetve kezelés esetén azt a drámai kérdést jelenti: kiknek az életét mentsük meg, ha nem lehet mindenkiét megmenteni?

Az etikai probléma maga nem új, és az ókortól kezdve foglalkoztatta a filozófusokat, egyházatyákat, majd később jogászokat, politikusokat is. Ókori etikai értekezésekben a kérdést sokszor úgy tették fel, hogy ha például egy hajótörés után két túlélő a tengerben, távol a parttól, egyetlen szál deszkába kapaszkodik, amelyik olyan vékony, hogy csak egyiküket tudja fenntartani a vízen, akkor egy igazságos bíró hogyan dönthetné el, hogy ki éljen tovább, illetve kinek kell elengednie a deszkát? A zsidó hagyomány ugyanezt a problémát egy másik példán keresztül közelíti meg: két vándor megy a sivatagban, de csak egyikük túléléséhez elegendő vizük van. Hogyan lehet erkölcsileg helyesen eldönteni, hogy kié legyen az életmentő víz, vagyis ki éljen tovább és ki haljon meg, ha nem lehet egyszerre mindkettőt megmenteni[1]? A XVII.–XIX. században, a gyakori hajókatasztrófák korában a kérdés olyan formában vetődött fel, hogy egy hajótörés után egy túlterhelt mentőcsónakból kiket dobjanak a vízbe, hogy a többiek megmenekülhessenek? Ugyanennek a kérdésnek a másik formája, hogy a mentőcsónakban utazók, akik élelem nélkül hányódnak, kit egyenek meg azért, hogy a többiek életben maradhassanak? Ilyen kérdésekben még bírósági döntés is született (például US v. Holmes)[2].

Szerencsére ilyen kiélezett formában e dilemmák ma már olyan ritkák, hogy a mindennapi életet nem érintik közelről. Ugyanakkor nagyon hasonló kérdések szinte naponta vetődnek fel a modern orvoslás keretei között. Az orvosi technológia XX. századi fejlődése olyan hatékony kezelési eljárásokat teremtett, amelyek alkalmazása sokszor megmenti a beteg életét, hiányukban viszont a beteg meghal. A legtöbb ilyen eszköz általában nem áll korlátlanul rendelkezésre, gyakran több a rászoruló, mint ahány beteget kezelni lehet, és ilyenkor elkerülhetetlen a döntés: kinek az életét mentsék meg, ha nem lehet mindenkiét megmenteni?

Az első ösztönös válasz e kérdésre az, hogy ezt a problémát nem lehet megoldani, s ezért az egyetlen elfogadható megoldás ilyen esetben az, hogy elegendő életmentő eszközt kell az egészségügy rendelkezésére bocsátani, hogy ilyen dilemma elé soha ne kerüljön az orvos. Eme ösztönös reakciónk szerint ezek a problémák egy ország gazdasági fejletlenségének, szegénységének a jelei, és automatikusan kiküszöbölődnek, ha az ország gazdagabbá válik. Sajnos azonban nem ez a helyzet. Látni kell, hogy az erőforrások minden országban, még a leggazdagabbakban is korlátozottak, és ezért mindig dönteni kell arról, hogy ki kapja a korlátozottan rendelkezésre álló forrásokat. A szegény és a gazdag ország között a különbség ebben a tekintetben csupán annyi, hogy amíg a szegény országban az elosztási kérdések úgy vetődnek fel, hogy például ki részesüljön a korlátozottan rendelkezésre álló antibioticumokból vagy oltóanyagokból, addig a gazdagabb országok azzal a kérdéssel találják magukat szemben, hogy ki kapjon dialysist, ha nem mindenki kaphat, kibe ültessék be a sok rászoruló közül az egyetlen rendelkezésre álló májat, vesét vagy szívet[3]? A probléma etikailag ugyanaz, a döntésen ugyanúgy életek múlnak, csak egy gazdaságilag magasabb szinten reprodukálódnak. Természetesen mindent meg kell tenni, hogy az ilyen dilemmák száma csökkenjen. Több pénzt kell a költségvetésből az egészségügyre fordítani, ésszerűsíteni kell a fejlesztést, csökkenteni a pazarlást stb. Sajnos azonban jó okunk van feltételezni, hogy az ilyen természetű dilemmák sohasem fognak eltűnni, akármilyen gazdasági szintre fejlődik is egy ország, és akármilyen bőségesen is részesül az egészségügy a költségvetésből. Ennek több oka van. Egyrészt az orvosi technológia fejlődésének gyakran megfigyelhető sajátossága, hogy egy új technika kezdetben általában korlátozottan hozzáférhető, és évek, de inkább évtizedek alatt válik csak általánosan elérhetővé. Ezek alatt az évtizedek alatt azonban valahogyan el kell osztani a sok rászoruló között a kérdéses ritka, életmentő eszközt. Ez volt tapasztalható például ennek az évszázadnak az első felében a gyermekbénulás maradványtüneteinek kezelésére használt vastüdővel, a diabetes kezelésére használt insulinnal, az antibioticumokkal, az ötvenes években a polio-vaccinával[4]. Kezdetben mindegyik csak igen korlátozottan állt rendelkezésre, súlyos etikai dilemma elé állítva az orvosokat, akiknek dönteniük kellett: kik kapják meg az eszközöket, gyógyszereket, ha nem kaphatja meg minden rászoruló?

Ma ugyanez a probléma jelentkezik, amikor arról kell dönteni, ki kapjon dialysist, kibe ültessék be a szervhiánnyal küszködő transzplantációs programok keretében a nem elégséges számban rendelkezésre álló, de életmentő vesét, szívet, májat? Ugyanez a kérdés vetődik fel akkor, amikor az intenzív osztályon már csak egy szabad ágy van, de három életveszélyes állapotban lévő beteget kellene felvenni. Kit vegyenek fel a három közül, vagy kit bocsássanak el a már ott fekvők közül, hogy ily módon helyet biztosítsanak valaki másnak? Mennyire alkalmazható ilyenkor az a megoldás, hogy „pótágyakat" állítanak fel, hogy több beteget felvehessenek, ily

módon minden ott fekvő beteg ellátásának színvonalát egy kicsit csökkentve, hiszen az intenzív osztály műszerezettsége, személyi állománya kisebb számú betegre lett tervezve. És ugyanilyen kérdés vetődik fel a koraszülötteket kezelő perinatalis intenzív centrumokban: melyik koraszülöttet lássák el a korszerű technikával, inkubátorral stb., ha nincs belőlük elegendő, hogy minden rászorulónak jusson[5]?

Hagyományosan orvosok ilyen típusú döntések elé csak a csatatéren vagy természeti katasztrófák idején kerültek. Ma azonban hasonló dilemmák sokkal rendszeresebben fordulnak elő, hiszen a modern technikát jellemző nagy lehetőségek és a magas költségből fakadó korlátozott elérhetőség ilyen dilemmák rendszeres jelentkezését előre megjósolhatóvá teszi[6]. Az előbbi példák is mutatják, hogy a medicina fejlődésével az ilyen problémák létrejötte szinte törvényszerű, egyrészt azért, mert a rendelkezésre álló pénz sohasem korlátlan, másrészt, mert ha anyagi korlátok nem is lennének, ez akkor sem oldana meg mindent, mert bizonyos életmentő anyagok pusztán pénzért nem állíthatók elő. Például jelenleg még megszüntethetetlennek látszik a transzplantációs programokhoz szükséges emberi szervek hiánya. Mindezek alapján tehát a ritka, életmentő orvosi eszközök elosztásának problematikája sajnos olyan, amellyel tartósan szembe kell néznünk. A tárgyalás során ritka orvosi eszközökről fogunk beszélni a nyelvi egyszerűsítés kedvéért, noha nem mindig technikai eszközökről van szó. Egy beültetendő emberi szerv például nem orvosi eszköz, az orvos, illetve az ápolószemélyzet ideje szintén nem tekinthető eszköznek, a transzfúzióhoz felhasznált vér is életmentő, és sokszor hiány van belőle, de nem eszköz stb. Így az eszköz kifejezés használata nem pontos, és csak a hosszadalmas körülírás elkerülésére használjuk a későbbiekben.

A ritka orvosi eszközök elosztásának etikai problémájával kapcsolatban alapvetően kétféle álláspont lehetséges. Az egyik lehetőség az, hogy megvizsgáljuk a gyakrabban használatos szelekciós kritériumokat, és ezek kritikai értékelésével próbálunk egy erkölcsileg elfogadható kritériumrendszert kidolgozni. Általában ezt a módszert szokták követni. A másik álláspont szerint ilyen kritériumok kidolgozása vagy nem lehetséges, vagy nincs is rájuk szükség. Bár ez utóbbi megközelítés nem tűnik elfogadhatónak, röviden érdemes a tárgyalást mégis ezek áttekintésével kezdeni, mert mindegyik tartalmaz fontos tanulságokat[7].

A SZELEKCIÓT ELUTASÍTÓ ÉRVELÉSEK

1. Az egyik álláspont szerint ezeknek a kérdéseknek az etikailag megnyugtató megoldása nem lehetséges, ezért ilyen szelekciót nem szabad végezni, és minden rászoruló beteget kezelni kell.

Ez az álláspont annyiban figyelemre méltó, hogy rámutat: csak az tekinthető megnyugtató megoldásnak, ha minden rászoruló beteget kezelnek, és ennek eléré-

sére minden lehetséges módon törekedni kell. A probléma azonban az, hogy sokszor egyszerűen nem lehet mindenkit kezelni, és ilyenkor nem oldja meg a problémát annak puszta deklarálása, hogy minden rászorulót kezelni kell[8].

2. Egy másik megközelítés szerint, mivel lehetetlen emberek között választani, és eldönteni, hogy ki éljen tovább, és ki haljon meg, ezért ha olyan helyzetbe kerülünk, hogy nem tudjuk minden rászoruló életét megmenteni, és nincs önként jelentkező, aki hajlandó magát a többiek kedvéért feláldozni, akkor erkölcsileg elfogadhatóbb, ha senkit nem kezelünk ilyenkor, mint az, ha csak néhány embernek adunk kezelést. Ha tehát nem lehet mindenkit megmenteni, akkor inkább senkit se mentsünk meg[9]! Ez az egyenlőség ún. radikális felfogása. Ezt az érvelést többször használták a már említett hajótöröttek közötti választást tárgyaló bíróságok. Bár a US v. Holmes ügyet tárgyaló amerikai bíróság annak eldöntésére, hogy kit dobjanak vízbe egy túlterhelt mentőcsónakból, csak a sorshúzás eljárását tartotta elfogadhatónak, ezt az érvelést egy angol bíróság elutasította, és úgy találta, hogy a csónak utasainak várniuk kell, és együtt kell meghalniuk vagy megmenekülniük[10]. (Meg kell azonban jegyeznünk, hogy a „kit dobjanak vízbe a túlterhelt mentőcsónakból?" jellegű problémák csak hasonlóak a ritka, életmentő orvosi eszközök elosztásának a problémájához, de nem azonosak azzal, hiszen a mentőcsónak utasai, akik a többieket vízbe dobják, egyrészt nem pártatlanok, hiszen ők maguk azok, akik megmenekülnek a többiek halála árán, másrészt ennek érdekében aktívan meg kell ölniük másokat. Mindez nem azonos a betegszelekciót végző bizottság helyzetével, egyrészt azért, mert maguk nem érintettek a betegség által, így egyiküket sem érinti a döntés, bármilyen legyen is az, másrészt a szelekciós bizottság senkit nem öl meg, csak néhány embert nem ment meg, vagyis hagyja őket meghalni. Ezek filozófiailag lényeges különbségek ahhoz, hogy ne tekinthessük a hajótöröttekével azonos szituációnak a ritka, életmentő kezelésre váró betegek helyzetét.[11])

A radikális egyenlőség elvét több kórház a gyakorlatban is alkalmazta az USA-ban a hatvanas években, a dialysis-terápia hajnalán. Bár az érvelés jogosan mutat rá arra, hogy emberi életek között lehetetlen bármiféle kritérium alapján választani akkor, ha elfogadjuk minden emberi élet egyenlőségének az elvét, ugyanakkor abszurd megoldásnak tűnik meghalni hagyni olyanokat, akiket egyébként meg lehetne menteni, csak azért, hogy az emberi élet egyenlőségének az elve ne szenvedjen csorbát. Az egyenlőség elvét ugyanúgy tiszteletben tartaná például a betegek közötti sorsolással lebonyolított választás, amely viszont lehetővé tenné legalább néhány beteg megmentését, akik az egyenlőség radikális felfogása szerint nem részesülhetnének kezelésben[12].

3. A harmadik megközelítés szerint, mivel lehetetlen a problémát megoldani, így minden megoldás egyformán jó, és ezért rá kell bízni az egyes kórházakra, hogy mindegyik dolgozza ki „ad hoc" módon a saját szelekciós kritériumát. Ezt a megoldást is gyakran alkalmazták az USA-ban a hatvanas években, amikor a dialysis nem

volt általánosan elérhető, és dönteni kellett, kiket kezeljenek a sok rászoruló közül. A problémát úgy oldották meg, hogy a kórházak szelekciós bizottságokat hoztak létre, és rájuk bízták a betegek kiválasztását. Kiderült azonban, hogy az ilyen döntések legtöbbször meglehetősen önkényesek, elfogultak, igazságtalanok. Az a tendencia rajzolódott ki, hogy egy bizottsági tag általában a hozzá műveltségben, értékrendben, társadalmi helyzetben leginkább hasonló beteget választja ki. A „hasonló hasonlót választ" elve szerint tehát a kiválasztott betegek azok voltak, akik a leginkább közel álltak azokhoz a középosztálybeli értékekhez, életmódhoz és egyéb társadalmi sajátosságokhoz, amelyek a szelekciós bizottság tagjaira voltak jellemzők. Ez tehát diszkriminált a más társadalmi helyzetű, műveltségű, értékrendű betegekkel szemben[13]. Ezek a szelekciós kritériumok olyan vihart keltettek a hatvanas évek USA-jában, hogy részben ezek hatására szavazta meg a kongresszus 1972-ben azt, hogy ezentúl minden rászoruló számára elérhetővé tegyék a haemodialysist.

4. A negyedik megközelítés azért ellenzi a szelekciós kritériumok kidolgozását, mert ezzel könnyen az a látszat keletkezhet, hogy a probléma megoldódott. Ez azért veszélyes, mert a probléma az erkölcsileg legelfogadhatóbb szelekciós kritériumokkal sem oldódik meg, hiszen a leginkább védhető szelekció is szelekció, amelynek során rászorulók halnak meg azért, mert nem kapnak életmentő kezelést. Ez az érvelés annyiban helytálló, hogy semmiféle szelekciós kritérium kidolgozása nem jelenti a probléma végleges megoldását. Inkább csak kisebbik rossznak tekinthető, amelyre ideiglenesen szükség van addig, amíg az illető eszköz általánosan elérhetővé nem válik. Ebből azonban nem következik, hogy mindenféle megoldás egyformán rossz, vagyis úgy tűnik, hogy még mindig jobb nyilvánosan megvitatott és kritizálható kritériumok alapján kiválasztani kezelésre a betegeket, mint mindezt a közvélemény kizárásával tenni. Ha szem előtt tartjuk, hogy az erkölcsileg leghelyesebb szelekciós kritériumok sem jelentik a probléma megnyugtató megoldását, akkor az ilyen kritériumok nyilvános deklarálása azért is hasznos lehet, mert világossá teszi a közvélemény számára: a probléma létezik, és ilyen döntésekre a gyakorlatban az egészségügy rákényszerül. A politikusok számára is világosabbá válik, hogy egy költségvetési döntésnek mik a következményei, és az egészségügy nem megfelelő finanszírozása milyenfajta kínzó dilemmák elé állítja a gyógyító orvost. Hosszú távon ez motiválhatja a döntéshozókat is arra, hogy az ilyen dilemmák számát az egészségügyben – megfelelő finanszírozással – minimalizálni igyekezzenek[14].

5. Végül az ötödik megközelítés abból indul ki, hogy az ilyen típusú problémák orvosi hatáskörben is megoldhatók, mert alapvetően nem erkölcsi, hanem orvosi kérdések. Ha több rászoruló beteg van, mint ahány eszköz, akkor a kezelésre való alkalmasság orvosi kritériumai mindig úgy szűkíthetők, illetve szigoríthatók, hogy végül a betegek és az eszközök száma egyensúlyba kerüljön. Eszerint tehát a bete-

volt általánosan elérhető, és dönteni kellett, kiket kezeljenek a sok rászoruló közül. A problémát úgy oldották meg, hogy a kórházak szelekciós bizottságokat hoztak létre, és rájuk bízták a betegek kiválasztását. Kiderült azonban, hogy az ilyen döntések legtöbbször meglehetősen önkényesek, elfogultak, igazságtalanok. Az a tendencia rajzolódott ki, hogy egy bizottsági tag általában a hozzá műveltségben, értékrendben, társadalmi helyzetben leginkább hasonló beteget választja ki. A „hasonló hasonlót választ" elve szerint tehát a kiválasztott betegek azok voltak, akik a leginkább közel álltak azokhoz a középosztálybeli értékekhez, életmódhoz és egyéb társadalmi sajátosságokhoz, amelyek a szelekciós bizottság tagjaira voltak jellemzők. Ez tehát diszkriminált a más társadalmi helyzetű, műveltségű, értékrendű betegekkel szemben[13]. Ezek a szelekciós kritériumok olyan vihart keltettek a hatvanas évek USA-jában, hogy részben ezek hatására szavazta meg a kongresszus 1972-ben azt, hogy ezentúl minden rászoruló számára elérhetővé tegyék a haemodialysist.

4. A negyedik megközelítés azért ellenzi a szelekciós kritériumok kidolgozását, mert ezzel könnyen az a látszat keletkezhet, hogy a probléma megoldódott. Ez azért veszélyes, mert a probléma az erkölcsileg legelfogadhatóbb szelekciós kritériumokkal sem oldódik meg, hiszen a leginkább védhető szelekció is szelekció, amelynek során rászorulók halnak meg azért, mert nem kapnak életmentő kezelést. Ez az érvelés annyiban helytálló, hogy semmiféle szelekciós kritérium kidolgozása nem jelenti a probléma végleges megoldását. Inkább csak kisebbik rossznak tekinthető, amelyre ideiglenesen szükség van addig, amíg az illető eszköz általánosan elérhetővé nem válik. Ebből azonban nem következik, hogy mindenféle megoldás egyformán rossz, vagyis úgy tűnik, hogy még mindig jobb nyilvánosan megvitatott és kritizálható kritériumok alapján kiválasztani kezelésre a betegeket, mint mindezt a közvélemény kizárásával tenni. Ha szem előtt tartjuk, hogy az erkölcsileg leghelyesebb szelekciós kritériumok sem jelentik a probléma megnyugtató megoldását, akkor az ilyen kritériumok nyilvános deklarálása azért is hasznos lehet, mert világossá teszi a közvélemény számára: a probléma létezik, és ilyen döntésekre a gyakorlatban az egészségügy rákényszerül. A politikusok számára is világosabbá válik, hogy egy költségvetési döntésnek mik a következményei, és az egészségügy nem megfelelő finanszírozása milyenfajta kínzó dilemmák elé állítja a gyógyító orvost. Hosszú távon ez motiválhatja a döntéshozókat is arra, hogy az ilyen dilemmák számát az egészségügyben – megfelelő finanszírozással – minimalizálni igyekezzenek[14].

5. Végül az ötödik megközelítés abból indul ki, hogy az ilyen típusú problémák orvosi hatáskörben is megoldhatók, mert alapvetően nem erkölcsi, hanem orvosi kérdések. Ha több rászoruló beteg van, mint ahány eszköz, akkor a kezelésre való alkalmasság orvosi kritériumai mindig úgy szűkíthetők, illetve szigoríthatók, hogy végül a betegek és az eszközök száma egyensúlyba kerüljön. Eszerint tehát a bete-

geket orvosi rászorultság alapján rangsorolni kell, és a legrászorultabbakból – a rászorultság sorrendjében – annyit kell kezelni, amennyi kezelésére lehetőség van. Ez az érvelés azonban azért problematikus, mert orvosi problémának maszkíroz egy alapvetően nem orvosi, hanem erkölcsi problémát. Hiszen életmentő beavatkozások esetén az orvosi rászorultság nagyjából azonos, kezelés nélkül mindenki meghal, kezeléssel pedig túlél. A további különbségek már általában nem szigorúan orvosiak, és orvosivá maszkírozásuk elfedi a héttérben lévő erkölcsi problémát. Nagyon sokszor szigorúan orvosi szempontok alapján már nem lehet különbséget tenni a betegek között, és az ilyen kérdések etikai analízise megkerülhetetlen[15]. A gyakorlatban előfordult, hogy például szívátültetési programból – orvosi kritériumként feltüntetve – kizárták az elmebetegeket, a bűnözőket, az alkoholistákat, a kábítószer-élvezőket és a szegényeket[16].

Ezért a következőkben azt a megközelítést fogjuk alkalmazni, hogy részletesen megvizsgáljuk az ilyen típusú döntések során használt főbb kritériumokat. Ezek megfogalmazásakor és analízisekor nagymértékben támaszkodtunk KILNER[1] munkájára, aki feldolgozta az USA és Európa nagyobb orvosi centrumai által alkalmazott szelekciós kritériumokat, és a mellettük gyakrabban felhozott érveket és ellenérveket. Megvizsgáljuk, melyik kritérium mennyire állja ki az erkölcsi kritika próbáját, és melyik mennyire használható a ritka, életmentő eszközök elosztása során. Fontos azonban újból hangsúlyozni, hogy az erkölcsileg legelfogadhatóbb kritériumok sem „oldják meg" a betegkiválasztás problémáját, hiszen igazán elfogadható csak az lenne, ha ilyen döntéseket egyáltalán nem kellene hozni. Törekedni csak arra lehet, hogy az erkölcsileg legkevésbé támadható álláspontot találjuk meg. Ezáltal – ha a sorolás, a betegszelekció kínjait nem is lehet elkerülni – az azonban lehetséges, hogy a szelekció ne legyen kirívóan igazságtalan[17].

SZELEKCIÓS SZEMPONTOK

A kezelés orvosi haszna

E kritérium szerint minden beteget kezelni kell, akinek a kezelés orvosilag hasznos, viszont egyetlen beteget sem szabad kezelni, akinek az orvosilag haszontalan. Az orvosi haszon nélküli kezelés ugyanis egyrészt pazarlás, másrészt a beteg felesleges veszélyeztetése, hiszen minden orvosi beavatkozásnak van valamilyen kockázata[18]. Elvileg a kezelés javallatának a megfogalmazása egyszerű: orvosilag az a kezelés indikált, amelynek több a beteg számára az orvosi haszna, mint a kára, és az kontraindikált, amelynek több a kára, mint a haszna.

A gyakorlatban azonban számos nehézséggel találjuk magunkat szemben. Mit jelent az a kifejezés, hogy orvosilag hasznos? Hasznos-e orvosilag például egy

veseelégtelenség miatt uraemiás beteg haemodialysiskezelése, ha ugyanakkor a betegnek metastaticus carcinomája is van, vagy olyan súlyos diabetese, amely már vakságot eredményezett? Sokan azt gondolják, hogy nem, hiszen szerintük nem éri meg a betegnek a dialysiskezeléssel járó sok megpróbáltatást csak azért vállalni, hogy 1–2 hónappal később úgyis meghaljon a carcinoma valamelyik metastasisa következtében. Látni kell azonban, hogy itt fogalmi zavar került az érvelésbe, hiszen ebben az esetben már nem arról van szó, hogy orvosilag nem hasznos az uraemia kezelése dialysissel, hanem arról, hogy a sok további szenvedéssel járó, de orvosilag kétségtelenül hasznos kezelést érdemes-e a betegnek vállalnia? Ez azonban már nem orvosi, hanem erkölcsi kérdés, amelyet csak a beteg válaszolhat meg. Orvosilag azonban ebben az esetben a dialysiskezelés hasznos, hiszen megold egy orvosi problémát: megszünteti a beteg uraemiáját, és így orvosilag jobb állapotba juttatja a beteget, mint amilyenben a kezelést megelőzően volt. Az már más kérdés, hogy megéri-e a beteg számára, ha például metastaticus carcinomája van, vállalni a dialysiskezeléssel járó testi és lelki megpróbáltatásokat, a szigorú diétát, a folyadékszegény táplálkozást, a heti háromszori, órákig tartó kezelési procedúrát, a dialysis utáni esetleges görcsöket, gyengeséget, hányingert stb., mikor mindez csak arra jó, hogy a carcinomával járó szenvedése elhúzódóbb legyen. Meg lehet tehát érteni egy olyan beteget, aki mindezekről informálva inkább nem vállalja a dialysiskezelést, és az uraemia általi gyorsabb halált választja. Ez azonban már nem orvosi, hanem igen nehéz erkölcsi kérdés, amelynek eldöntése a beteg joga és nem az orvosé.

Gyakran előfordul, hogy összekeverik egy kezelés orvosi hasznosságának és erkölcsi szükségességének a kérdését, és úgy érzik, hogy ez utóbbi is megoldható orvosi megfontolások alapján. Nagyon jól dokumentált példája ennek a dialysis gyakorlata Nagy-Britanniában. Mint láttuk, ott 1000 lakosra vetítve jóval kevesebb dialysist végeznek, mint más nyugat-európai országokban, illetve az USA-ban. Ennek ellenére a megkérdezett angol orvosok nagy része szerint náluk mindenki részesül dialysisben, aki erre orvosilag rászorul[19]. A jelenséget alaposabban megvizsgálva azonban kiderült, hogy az orvosi rászorultság fogalmát az angol családorvosok olyan mértékben beszűkítették, hogy például már nem minősítették rászorulónak a beteget akkor, ha az 55 évnél idősebb volt.

A jelenség, amely nemcsak Nagy-Britanniában fordul elő, hanem meglehetősen elterjedt, azzal magyarázható, hogy amikor egy életmentő orvosi beavatkozás (például dialysis) ritka, akkor az orvos azzal a dilemmával kerül szembe, hogy mondja-e meg a betegének, hogy szüksége van az adott kezelésre, utalja-e be a megfelelő centrumba, ahol a beteget – a dializátorok nem elegendő száma miatt – esetleg elutasítják, vagy végezzen-e előszelekciót, és az ő prioritási listáján hátrakerült beteget (például azt, akit túl idősnek tart a kezelésre) eleve ne is utalja be, azt mondva neki, hogy orvosilag hasznos kezelés az ő állapotában nem létezik. Ez utóbbi meg-

oldás az, amit Angliában az orvosok használtak. Valójában itt egy racionalizálási folyamat megy végbe: az orvos, tudván, hogy ha minden valóban rászorulót dialysisre küldene, azok egy része úgysem kaphatna kezelést, elkezdi szigorítani a kezelésre utalás kritériumait, és végül olyan feltételeket alkalmaz (például az életkor), amelyek már nem tekinthetők orvosinak[20]. Ezt a gyakorlatot sokan kritizálták. Nem fogadható el erkölcsileg egyrészt azért, mert ez a beteg – sokszor öntudatlan – becsapása, és egy életmentő kezeléstől való megfosztása egy olyan – nem nyilvánosan megvitatott és elfogadott – kritérium (az életkor) alapján, amelyik igazolhatatlan. Ez a gyakorlat másrészről azért is problematikus, mert hamis nyugalomba ringatja a társadalmat és magukat az orvosokat is. Nem válik ugyanis nyilvánvalóvá, hogy az eszközök korlátozottak, és hiányukban olyan emberek halnak meg, akik számára létezne orvosilag hasznos kezelés. Így – mivel a dolog nem nyilvános – a probléma nem tudatosul, a társadalom nem is tesz erőfeszítéseket, hogy az illető eszköz (például dializátor) szűkösségét megszüntesse, hiszen úgy tudják, mert az orvosoktól ezt hallják, hogy mindenki kap kezelést, aki arra rászorul, akinek abból haszna lehet[21].

E problémák megoldására több módszer kínálkozik. Egyrészt meg kell fogalmazni minden egyes ritka, életmentő kezelés alkalmazásának pontos indikációját. Ez természetesen szakmai feladat, de nagy gonddal kell ügyelni arra, hogy valóban csak szakmai megfontolások játsszanak szerepet a megfogalmazáskor és ne egyéb, rejtett, öntudatlan erkölcsi szempontok. Ezt úgy lehet legjobban biztosítani, hogy először úgy kell az indikációt megfogalmazni, mintha az illető eszköz nem lenne ritka, hanem korlátlanul állna rendelkezésre. Ebben az esetben nyilván mindenki kapna kezelést, akinek a számára az csak minimálisan is hasznos lenne, és valóban csak azok nem kapnának, akik számára a kezelés semmiféle orvosi haszonnal nem kecsegtet[22]. Ezt követően, mivel az eszköz ritka, nyilván további szelekcióra lesz szükség, de ekkor már világosan látható, hogy azt már nem szigorúan orvosi kritériumok alapján fogják végezni. Láthatóvá válik, hogy a további döntés már erkölcsi jellegű, és csak a vita nyilvánossá tételével dönthető el.

Így olyan nyilvánosan megfogalmazott kritériumokra van szükség, amelynek helyessége nyilvános vitában bizonyosodott be, és az azt használók bizonyos fokú – nyilvánosan is vállalható – konszenzusra támaszkodhatnak.

Közvetlen életveszély

Közvetlen életveszélyben az van, aki megfelelő kezelés hiányában napok vagy hetek alatt nagy valószínűséggel meg fog halni. E kritérium szerint – ha több a rászoruló, mint a rendelkezésre álló eszköz, akkor – azokat a betegeket kell először kezelésben részesíteni, akik kezelés nélkül a legelőbb halnának meg, vagyis akik

már most életveszélyes állapotban vannak. Ezt a kritériumot gyakran alkalmazták például szívműtétek sorrendjének a meghatározásában vagy intenzív osztályra való felvétel, illetve az onnan való elbocsátás sorrendjének az eldöntésében[23].

Ez a kritérium jól összhangban van azzal az elvvel, hogy a betegeket orvosi rászorultságuk sorrendjében kell kezelni, hiszen ki lehetne rászorultabb egy kezelésre, mint az, aki annak hiányában napokon vagy heteken belül meghal?

Elvileg kétféle helyzetben lehet ezt a kritériumot használni. Az egyik lehetőség az, amikor kezelésben még nem részesült betegek közül választják ki azt, akinek a halála kezelés nélkül a legközelebbinek látszik. A másik elvi lehetőség az, amikor valakinek, aki már kezelésben részesül (például egy intenzív osztályon fekszik), ideiglenesen felfüggesztik a kezelését (például az intenzív osztályról a „normál" kórterembe helyezik át) azért, hogy egy közvetlen életveszélyben lévő számára helyet biztosítsanak. Mennyire elfogadható ez a gyakorlat?

Életveszélyes állapot mint kritérium alkalmazása kezelésben még nem részesült betegnél. Ilyenkor a betegek előjegyzési listán életmentő beavatkozásra várnak (például szívműtétre, szívtranszplantációra stb.), és ha valaki a várakozási idő alatt váratlanul életveszélyes állapotba jut, akkor ő soron kívül a lista élére kerül, vagyis azonnali műtétben részesül. A módszer magától értetődő előnye, hogy így több beteget lehet megmenteni, és megfelel az orvosi rászorultság széles körben elfogadott elvének is. Jelentős hátránya viszont, hogy a sorban várakozó betegeket pszichológiailag nagyon megterheli, hiszen számításaikat felborítja, mert senki sem tudja előre kiszámítani, mikor kerül sor az ő műtétjére, hiszen az utolsó pillanatban mindig akadhat valaki, aki az éppen sorost megelőzheti[24]. A módszer e pszichológiai költsége még talán elviselhető, ha az emiatt a sorban hátrább kerülők közül senki nem hal meg a meghosszabbodott várakozás következtében. Előfordulhat azonban, hogy a sorban például az 5. vagy 6. kezelése így annyira késni fog, hogy a késés miatt most már ők kerülnek életveszélyes állapotba. Az ő előnyben részesítésük így szintén indokolt lesz, de ezzel mások kerülnek a sorban hátrább, és végül ők kerülhetnek életveszélybe. Túl nagy számú beteg esetén ez a módszer tehát odavezet, hogy a sorbaálló betegek számára kiszámíthatatlan lesz kezelésük ideje, és ha a várakozás alatt túl sokan kerülnek életveszélybe, akkor – az ilyen betegek automatikus előnyben részesítése ellenére – sokan meg is fognak halni közülük várakozás közben. Így végső soron a módszer ára a betegek számára szinte elviselhetetlen bizonytalanság. Ezért ez a módszer legproblémamentesebben akkor használható, amikor a ritka eszköz, eljárás a közeli jövőben előreláthatólag hozzáférhetőbb lesz (például növekedni fog a műtéti kapacitás vagy az átültethető szervek száma), és így csak egy átmeneti periódust kell áthidalni ezen szükségintézkedéssel. Ilyenkor ugyanis nem úgy részesítünk soron kívüli kezelésben valakit, hogy ennek eredményeként később valaki más (a sorban így hátrább kerülő) fog meghalni[25].

További probléma, hogy állapotuk súlyosságát a betegek maguk is befolyásolni tudják, így – annak manipulálásával – megkísérelhetnek előnyben részesülni más betegekkel szemben[26].

Életveszélyes állapot mint kritérium alkalmazása már kezelt betegen. Ilyenkor mondjuk egy intenzív osztályon kezelt beteg kezelését ideiglenesen felfüggesztik (például a „normál" osztályra utalják), hogy helyet tudjanak biztosítani egy újonnan érkező, súlyosabb beteg számára. Bár a gyakorlatban ilyen sokszor előfordul, erkölcsi megengedhetőségét illetően sok vita folyt. Előfordulhat ugyanis, hogy az intenzív osztályról idő előtt eltávolított beteg ennek következtében meghal, és így voltaképpen egy ember feláldozásával mentettek meg egy másik embert. Erkölcsileg azonban megkérdőjelezhető, hogy az orvos megmenthet-e egy új beteget azon az áron, hogy egy éppen kezelt betegét ennek érdekében feláldozza. Sokan egy beteg már megkezdett kezelésének a felfüggesztését vagy abbahagyását az orvosi ethosszal összeegyeztethetetlennek érzik[27]. Ezt az ellenérvet figyelembe véve ezért *A* beteg kezelésének ideiglenes felfüggesztése egy másik, később érkező *(B)* beteg életének a megmentése érdekében csak a következő feltételek fennállása esetén látszik indokolhatónak[28]:

- *A* beteg számára a kezelés felfüggesztése nem jelent életveszélyt, vagyis valószínűleg nem fog meghalni a kezelés megszakítása miatt.
- *B* beteg életveszélyes állapotban van, és *A* beteg kezelésének felfüggesztése szükséges ahhoz, hogy *B* beteget kezelni lehessen.
- Ha *A* beteg a kezelés felfüggesztése miatt nem várt módon mégis életveszélyes állapotba kerülne, akkor prioritást élvez *B* beteggel szemben.

A kezelés sikerességének valószínűsége mint kritérium

A kezelés sikerességének valószínűségét úgy szokták kifejezni, hogy a beteg egy bizonyos időt milyen valószínűséggel él túl. Beszélnek például arról, hogy egy kezelés 3 éves túlélése 35%.

A kezelés sikerességének valószínűségét szelekciós kritériumként használó érvelés abból indul ki, hogy csak annak kell kezelést adni, akinél a sikerre ésszerű esély van, hiszen ha ezt nem vesszük figyelembe, akkor pazaroljuk az eszközöket[29]. Több rászoruló közül így azokat kell előnyben részesíteni, akik kezelésekor a siker valószínűsége a többiekénél nagyobb[30].

Mivel a medicinában a valószínűségek pontosan nem becsülhetők meg, ezért gyakorlati megfontolásokból célszerű csak a kezelési siker valószínűségei között fennálló durva, nyilvánvaló különbségeket figyelembe venni a kezelési sorrend meghatározásában[31].

Ez a kritérium és az akut életveszély előbb említett kritériuma sokszor fordított arányban áll egymással, hiszen minél rosszabb állapotban van a beteg, vagyis minél jobban rászorul például egy műtétre, annál kisebb lehet az esély a sikerre[32].

Bár a kritérium magától értetődőnek látszik, néhány erkölcsileg problematikus vonatkozását nem szabad említés nélkül hagyni. Egyrészt diszkriminálhat a szegényekkel, a társadalmilag hátrányos helyzetben lévő csoportokkal, a testi és szellemi fogyatékosokkal és az idősekkel szemben, hiszen az ő általános egészségi állapotuk a többiekénél rosszabb, sokszor többféle betegségben szenvednek egyidejűleg, és mindegyik rontja a másik kezelhetőségének az esélyét. Így ugyanaz az orvosi kezelés esetükben általában kisebb valószínűséggel kecsegtet sikerrel, mint az előnyösebb helyzetűek kezelése[33]. A műveltebb, iskolázottabb betegek általában jobban kooperálnak (például jobban betartják a diétát, életmódbeli előírásokat stb.), mint a szakképzetlenebbek, és ezért az utóbbiak kezelési sikerének valószínűsége kisebb, mint az előbbieké.[34].

Másrészt e kritérium alkalmazása kedvezőtlenül befolyásolhatja a hagyományos orvos–beteg viszonyt is. A betegeknek érdekévé válik eltitkolni egészségi állapotuknak azokat a kedvezőtlen vonatkozásait, amelyek a ritka, életmentő eszközzel való kezelésük sikerét csökkenthetik, hiszen tudják, hogy az orvos ezek alapján fog a betegek között rangsorolni, és a kedvezőtlen rangsor az életmentő kezeléstől való megfosztást jelentheti. Így a hagyományos orvos–beteg kapcsolatot jellemző bizalom és őszinteség helyett a beteg részéről gyanakvás és titkolódzás lesz az ilyen rangsorolási kritériumokra adott válasz, ami nem kívánatos[35].

A felsorolt ellenérveket feltétlenül figyelembe kell venni, és a lehetséges diszkrimináció miatt nem szabad ezt a kritériumot úgy használni, hogy bizonyos betegcsoportokat (például fogyatékosokat) egészében kizárjanak bizonyos kezelésekből, hiszen a csoportban lehetnek olyan betegek, akik eltérnek a csoport egészétől, akik kezelési sikerének a valószínűsége nagyobb, mint a csoportra jellemző átlag. Ha egy csoport minden egyes tagjára igaz, hogy a kezelés sikerének a valószínűsége kisebb, akkor a diszkrimináció elkerülése céljából a csoport számára külön kezelési programokat, kvótákat kell szervezni[36].

E megszorítások figyelembevételével a kezelési siker valószínűsége szelekciós elvként elfogadható, és a medicinában széles körben alkalmazzák is. Ezen az alapon részesítik előnyben szervátültetési (például vesetranszplantációs) programokban azokat a recipienseket, akiknek a donorral való immunológiai egyezése (vércsoport, hisztokompatibilitás stb.) a legjobb[37].

A megmenthető életévek száma mint kritérium

Eszerint ritka, életmentő eszközökkel való kezelés során azokat a betegeket kell előnyben részesíteni, akiknek a kezelésével a lehető legtöbb életévet lehet meg-

menteni. Így például dialysiskezelésből ki kell zárni azokat, akiknek egyéb, valószínűleg halálhoz vezető betegségük van (például rák), nem szabad szív- vagy vesetranszplantációt végezni azokon, akik például AIDS-ben szenvednek, vagy egy intenzív osztályra való felvételkor, ha egy idős és egy fiatal egyaránt vár az egyetlen ágyra, akkor – ha az egyéb feltételek azonosak – a fiatalt kell felvenni stb. Az érvelés hasonló, mint amit az életkort kritériumnak használó érvelésnél alkalmaznak, csak annál tágabb kört érint. A hátralévő életévek száma ugyanis nemcsak azért lehet kevés az életmentő orvosi eszközzel való kezelés ellenére is, mert a beteg idős, hanem azért is, mert fiatal ugyan, de egyéb rossz prognózisú betegségben (rák, AIDS stb.) szenved, illetve általános egészségi állapota rossz, ezért kevesebb évet remélhet a kezelés ellenére is, mint mások.

Az elv hátterében az életkori kritériumnál is használt megfontolás áll: célként fogadja el, hogy a rendelkezésre álló ritka, életmentő eszközzel a lehető legtöbb életévet kell megmenteni[38]. Mivel tehát a hangsúly itt nem a megmenthető életek számának, hanem a megmenthető életévek számának a maximalizálásán van, ezért az elv következetes alkalmazása hátrányos diszkriminációt jelent az idősekkel és általában a rosszabb egészségi állapotúakkal szemben (ez utóbbiak pedig általában a társadalom elesettebb, szegényebb rétegei). Diszkriminatív jellegén túlmenően alapvető problémája az, hogy nem az életek egyenlő értékének, hanem az életévek egyenlő értékének az elvéből indul ki, és ezért egy fiatal életet például értékesebbnek tekint, mint egy idősebbet. Így ellentétben áll a minden emberi élet egyenlő értékének és az élethez való egyenlő jognak az elvével. Ezért, bár sok országban alkalmazták és alkalmazzák ezt a kritériumot a ritka, életmentő orvosi eszközök elosztásakor (ilyen például az, amikor egy bizonyos életkorhoz, például 55 évhez kötik a dialysisben vagy transzplantációban részesíthetők életkorának felső határát), ez erkölcsileg problematikus, és nem véletlen, hogy más országok ezt a gyakorlatot elutasítják. Ilyen megfontolásból biztosították például a ritka, nem mindenki számára hozzáférhető dialysiskezelést Olaszországban halálos betegeknek is, és ilyen megfontolásból kapták meg azt Svédországban olyanok is, akik sokféle egyéb betegségben is szenvedtek[39].

Bizonyos vizsgálatok szerint azoknak a kizárása életmentő orvosi kezelésből (például dialysisből), akik más, súlyos betegségben is szenvednek, néha a kezelőszemélyzet érdeke, és nem az igazságosabb elosztás követeli meg. Könnyebb például olyan beteget kezelni, aki csak vesebetegségben szenved, mint azt, akinek egyéb betegsége is van. Furcsa módon kizártak már dialysiskezelésből betegeket azért, mert diabetesük, tuberculosisuk volt vagy egyszerűen nagyon megromlott a látásuk(!), holott egyik betegség sem befolyásolja érdemlegesen a dialysiskezelésnek magának a sikerét, hisz az az uraemiát minden ilyen esetben is megszünteti. Nem szabad tehát egy kezelés orvosi sikerének a kérdését összekeverni az általa megmentett élet sikerességének, esetleg értékének a kérdésével[40]. Egy keze-

lés orvosilag sikeres, ha eléri azt a fiziológiai célt, amelynek elérésére általában alkalmazzák. Így például egy dialysiskezelés orvosilag sikeres, ha megszünteti az uraemiát. Az azonban, hogy érdemes-e egy beteg uraemiáját megszüntetni (például érdemes-e még néhány hónappal tovább élnie) az esetlegesen fennálló egyéb betegsége (AIDS, rák stb.) miatt, már nem orvosi kérdés, és nem is tartozik az orvosi döntés hatókörébe.

Az előbbiek alapján azt lehet mondani, hogy egy életmentő orvosi kezelés indikációs kritériumainak a kidolgozásakor egy bizonyos minimális túlélést meg lehet követelni, vagyis csak annak érdemes adni a kezelést, aki ennek segítségével egy előre meghatározott minimumnál hosszabb ideig élhet. Az USA-ban például nefrológus szakemberek kérdőíves felmérésével úgy találták, hogy szerintük dialyzált beteg „megkövetelhető" minimális túlélési ideje kb. 7 hónap, vesetranszplantáció után kb. 2 év[41]. Ez tehát azt jelentené, hogy például dialysist mindenkinek kapnia kellene, aki e kezeléssel várhatóan legalább 7 hónapot megél. Azt azonban, hogy e 7 hónapon túl még meddig élhet, már nem lenne szabad szelekciós kritériumként figyelembe venni, vagyis nem lenne előnyben részesíthető egy 40 éves beteg például egy 60 évessel szemben. Így egy előre meghatározott minimális túlélési idő még az orvosi kritérium részének számít, és a döntésnél figyelembe vehető, viszont ezen túl a megmentett életévek száma már nem orvosi kritérium, és így nem vehető figyelembe, mert diszkriminatív, és mert szemben áll a minden emberi életet egyenlő értékűnek tekintő elvvel. A gyakorlatban ezt úgy lehet a legkönnyebben betartani, ha a kezelésre alkalmasakat úgy választjuk ki, hogy abból indulunk ki: kinek adnánk kezelést akkor, ha az adott eszköz nem ritka, hanem általánosan elérhető lenne? Ekkor ugyanis csak azokat zárnánk ki a kezelésből, akiknek az orvosilag nem lenne hasznos. Ez fontos védőeszköz, hiszen ilyen módon elkerülhető az esetleg öntudatlanul alkalmazott diszkriminatív, erkölcsileg nem elfogadható szempontok becsempészése az orvosi indikáció megfogalmazásakor.

A megmentett beteg várható életminősége

Eszerint ritka, életmentő eszközök esetén azokat a betegeket kell előnyben részesíteni, akiknek a várható életminősége a legjobb. Ezt a kritériumot igen gyakran alkalmazzák a gyakorlatban. Ez alapján osztanak el például perinatalis intenzív centrumokban drága, ritka eszközöket koraszülöttek, fejlődési rendellenességgel születettek között úgy, hogy nem vagy csak minimálisan kezelik azokat, akik valószínűleg minden kezelés ellenére is annyira károsodottak maradnak, hogy csak igen rossz minőségű, szenvedéssel teli életet élhetnének. Használták azonban a kritériumot felnőtt intenzív osztályokon és dialysisprogramra való felvétel eldöntésére is. Itt azokat részesítették előnyben – az életminőség kritériumából kiindulva –, akik

a veseelégtelenségen kívül más betegségben nem szenvedtek. Nem kaptak dialysist azonban azok, akik veseelégtelenségükön kívül cukorbetegek, vakok is voltak, vagy rosszindulatú daganatuk is volt. Ugyancsak ez a kritérium szerepel indoklásként akkor, amikor a sok rászoruló közül azokat választják ki dialysiskezelésre, akik később majd veseátültetésben is részesíthetők lesznek, hiszen ez utóbbiak életminősége jobb[42].

Az életminőség fogalmával való érvelés azonban több szempontból problematikus. Problematikus egyrészt elméletileg, hiszen abból indul ki, hogy az emberi élet értéke annak minőségétől függ, vagyis attól, mennyire fájdalom- és szenvedésmentes, és mennyire ad lehetőséget legalább minimális fokú boldogságra vagy elégedettségre. Az élet tiszteletének az elve abból indul ki, hogy az emberi élet minden formája értékes, tekintet nélkül arra, hogy mennyire boldog vagy boldogtalan, az élet minőségét segítségül hívó érvelés szerint viszont vannak életek, amelyekben már annyi a fájdalom, a szenvedés, hogy kevésbé értékes, mint az egészséges élet. Ez a doktrína azonban élesen szemben áll az emberi élet egyenlőségének, illetve minden emberi élet egyenlő értékének az elvével, ezért elméletileg vitatható.

Az érvelés azonban gyakorlatilag is problematikus, hiszen azt tételezi fel, hogy különböző betegek életminőségét néhány orvos vagy egy bizottság össze tudja hasonlítani egymással. Ez azonban a gyakorlatban lehetetlen, hiszen más egy beteg életminőségéről alkotott orvosi ítélet, és más a beteg saját ítélete a saját életminőségéről. Kívülálló nyomorúságosnak, folytatásra már nem érdemesnek minősíthet-ti például egy olyan beteg életét, amelyben maga a beteg még sok örömet talál[43]. Egy élet minőségét csak egyetlen személy képes megbízhatóan megítélni: az, akinek az életéről szó van, aki azt az életet megéli. Kívülállók ítélete ilyen esetben nem megbízható, visszaéléshez vezethet. A valóságban ugyanis az életminőséget illető ítéletek mögött valójában sokszor az illető társadalmi hasznosságának a megítélése húzódik meg. Nem azt ítélik meg tehát, hogy mennyire értékes a beteg élete a saját maga számára (hiszen erre úgyis csak a beteg maga képes), hanem azt, hogy menynyire értékes az élete és életének a megmentése a társadalom számára[44]! Ez pedig elfogadhatatlan.

Mint láttuk, a beteg életminőségéről csak a beteg maga tud megbízható ítéletet mondani. A beteg véleménye pedig úgy jelenik meg a döntésben, hogy ha életminőségét elfogadhatatlannak ítéli, akkor nem adja beleegyezését az életmentő kezelésbe. Mivel a beteg beleegyezése mindenféle orvosi kezelés feltétele, ezért őt beleegyezése nélkül semmiféle orvosi kezelésben nem lehet részesíteni, még akkor sem, ha a kezelés elmaradása hosszú távon a halálához vezet. A beteg a kezelést azonban csak tájékozottan utasíthatja vissza, ami azt jelenti: tudnia kell, mi lesz a visszautasítás következménye, és milyen lenne élete a kezelés alatt és után. Ezt azonban a beteg legtöbbször csak akkor tudja, ha a kezelését elkezdik. Ezért nagyon sokan javasolják, hogy életmentő kezeléseket (például dialysis) lehetőleg mindig el

kell kezdeni, és ha kezelés közben kiderül, hogy a beteg nem akarja elviselni az azzal járó életformát, a szigorú korlátozásokat, akkor jogában áll a kezelés abbahagyását kérni. Ez azért megnyugtatóbb, mint a kezelést el sem kezdeni, mert ilyenkor a beteg informáltabb, jobban tudja, hogy miről mond le[45].

Összegezésképpen azt mondhatjuk, hogy a megmentett élet várható minősége erkölcsileg nem fogadható el szelekciós kritériumként. A beteg ilyen kritériumot használhat, és ez alapján visszautasíthat bizonyos életmentő kezeléseket, de az orvos vagy mások ezt a szempontot nem alkalmazhatják.

A beteg pszichológiai stabilitása mint kritérium

A ritka, életmentő orvosi eszközökkel való kezelés sokszor pszichológiailag nagyon megterhelő a beteg számára. A haemodialysis például rendkívüli önfegyelmet igényel, szigorú diétát kell tartani, a folyadékfogyasztást nagymértékben korlátozni kell. Ezenfelül hetente több alkalommal hosszú órákra ágyhoz köti a beteget, rendszeresen be kell járnia kezelésre, esetleg nagy távolságból. Mindeme korlátozások és az alapbetegséggel járó pszichés stressz olyan nagyfokú, hogy a haemodialysissel kezelt betegek öngyilkossági gyakorisága az átlagosnak hétszerese[46]. Nem ritka a depressio sem, mely gyakran abban nyilvánul meg, hogy a beteg kezdi elhanyagolni magát, nem tartja a szigorú diétát stb. A haemodialysiskezelés nagyon sok feladatot ró a betegre, komolyan próbára teszi tűrőképességét. Először is meg kell tanulnia vénás kanüljét kezelni, azt tisztán, fertőzésmentesen tartani. Képesnek kell lennie együtt élni a bizonytalansággal, hiszen gyakran lépnek fel kísérő betegségek, váratlan komplikációk. A betegnek jól kell tűrnie a tartós függőséget, azt, hogy ezentúl élete egy géptől függ, amelyre hetente kétszer rákapcsolják, és így minden héten újból és újból kétszer megmentik az életét[47]. Hasonló pszichológiai problémák jelentkeznek azonban sokszor szervátültetés után is, amikor a betegnek élethossziglan immunszuppresszív szereket kell szednie, és emiatt egy banális fertőző betegség is végzetes lehet számára.

Érthető ezért, hogy sokan a ritka, életmentő orvosi kezelésekre való kiválasztás egyik fontos kritériumának tartják a beteg pszichológiai stabilitását. Eszerint, ha nem minden rászoruló részesülhet az életmentő kezelésben, akkor azt annak kell kapnia, aki képes és hajlandó is az orvossal való együttműködésre, a kezelés szabta életmódbeli követelményekhez való pszichés alkalmazkodásra. Hiszen – szól az érvelés – ha ezt a kritériumot nem vennénk figyelembe, esetleg olyan beteget kezdenénk kezelni, aki nem tartja be az orvosi utasításokat, vagy pszichés állapota miatt nem képes a kooperálásra, esetleg a kezelés okozta depressio elől öngyilkosságba menekül. Ez pedig a ritka eszköz pazarlása lenne, olyan kapna kezelést, akinek végül is nem lenne haszna belőle, miközben kezelés nélkül maradna az, aki akarna is és tudna is együttműködni orvosával, ha erre lehetőséget kapna[48].

Ezt az érvelést hívták segítségül akkor, amikor a szívátültetés lehetőségéből kizárták az elmebetegeket és az alkoholistákat az USA-beli Stanfordban[49]. Az érvelés alapvetően helytálló, ezért a beteg pszichológiai stabilitását szelekciós kritériumként erkölcsileg helyes figyelembe venni a ritka eszközök elosztásakor. Ez a kritérium voltaképpen része a kezelés indikációja orvosi kritériumának, hiszen az, hogy egy betegnek mennyi haszna lehet egy kezelésből, nemcsak a testi állapotától, hanem pszichológiai teherbíró képességétől is függ. Az elv alkalmazásának azonban vannak korlátai, amelyek figyelembevétele nélkül erkölcsileg nem elfogadható szelekciós elvek is bekerülhetnek a gyakorlatba.

A pszichológiai stabilitás kritériumának korlátai. A legfőbb probléma a pszichológiai stabilitás meglétének, illetve fokának a gyakorlatban való megállapítása. A rendelkezésre álló pszichológiai tesztek általában nem megfelelőek annak eldöntéséhez, hogy egy beteg hogyan tud majd megbirkózni a kezelés támasztotta követelményekkel. A beteg aktuális pszichés állapota még csak-csak felmérhető, az azonban kevésbé, hogy hogyan fog ez alakulni a kezelés során, hiszen nem mindig tudjuk, pontosan melyek azok a pszichológiai jellemzők, amelyek szükségesek a kezeléssel járó stresszhez való alkalmazkodáshoz[50]. Ilyen bizonytalan helyzetben sokszor feltételezések alapján dönt még a szakember is, és ez később egyszerű előítéletnek bizonyulhat. Jó példa erre a diabetesesek insulinkezelése. Kezdetben, amikor az insulin még csak igen korlátozott mennyiségben állt rendelkezésre, a sok rászoruló között a kevés elérhető insulint – egyebek között – a pszichológiai stabilitás kritériuma alapján osztották el. Azt részesítették az életmentő insulinkezelésben, akiről feltételezhető volt, hogy elég akaratereje van a kezelést kiegészítő szigorú diéta betartására. Azóta szerencsére az insulin a diabetesesek számára széles körben elérhető lett, és az összegyűlt tapasztalat megmutatta, hogy a diabetesesek túlnyomó többsége képes a diétát betartani; így a kezdeti, túl szigorú szelekciós elv, amely abból indult ki, hogy csak kevesen tudják a szigorú diétát betartani, és ezért ez alapján lehet előnyben részesíteni a pszichológiailag alkalmasabbakat, megalapozatlannak bizonyult[51].

A pszichológiai kritérium, ha nincs szigorú szakmai kontroll, sokszor csak ürügy arra, hogy az orvos azokat a betegeket válogassa ki kezelésre, akik pszichológiailag jobban hasonlítanak rá, akik rokonszenvesebbek neki[52].

A tudatalatti előítéletek nagy szerepet játszhatnak a pszichológiai kritérium alkalmazásában, és gyakran rejtett formáját jelentik a társadalmi hasznosság erkölcsileg elfogadhatatlan kritériuma becsempészésének a betegek kiválasztásába[53]. Sokszor kényelmi szempontok „indokolják" a pszichológiai kritérium használatát, vagyis az, hogy kevésbé együttműködő, pszichológiailag labilisabb beteget kezelni jóval nehezebb, és ezért az egészségügyi személyzet hajlamosabb az ilyen beteget eleve a kezelésre alkalmatlannak minősíteni, mint azt a többlettörődést biztosí-

tani, amelyet az ilyen betegek kezelése szükségessé tesz. Ezért alapvető szabályként fogadható el, hogy egy beteg pszichológiai problémái általában ne a betegnek bizonyos ritka, életmentő kezelésből való kizárásához vezessenek a kellő együttműködésre való alkalmatlanság címén, hanem ahhoz, hogy olyan pszichológiai segítséget biztosítsanak neki, amellyel együtt már képes lesz a kezelés igényelte kooperációra. Beteget életmentő kezelésből kizárni arra hivatkozva, hogy pszichológiailag alkalmatlan a kezelés sikeréhez szükséges kooperációra, csak akkor lehet, ha minden lehetséges pszichológiai, pszichiátriai, emberi segítséggel együtt sem képes a kellő együttműködésre. Ez azonban legtöbbször nem dönthető el a kezelés kipróbálása előtt, előre, hanem csak közben derül ki. Ezért a pszichológiai stabilitás mint kritérium általában nem szolgáltat alapot arra, hogy egy életmentő kezelést (például haemodialysist, intenzív osztályos kezelést) eleve el se kezdjenek, hanem csak arra, hogy a megkezdett kezelést abbahagyják annak orvosi eredménytelensége miatt, ha a sikertelenséget a beteg olyan pszichológiai problémái (az együttműködési képesség hiánya stb.) okozzák, amelyek semmiféle pszichológiai kezeléssel, illtőleg segítséggel nem oldhatók meg. Így felfogva viszont a pszichológiai stabilitás nem önálló kritérium, hanem az orvosi kritérium része, és erkölcsileg csak mint ilyen fogadható el[54].

A beteget támogató környezet megléte mint kritérium

A legtöbb ritka eszköz, terápia alkalmazásakor a beteg gyógyulási esélyeit növeli, ha olyan családja, rokonai, barátai vannak, akik neki fizikai és érzelmi támogatást nyújtanak. A beteget támogató személy segíthet például a beteg pszichés egyensúlya fenntartásában. Szívtranszplantáció után, az utókezelés időszakában különösen fontos a beteg fizikai ápolása és érzelmi támogatása, ami egy ezt biztosító családtag, rokon nélkül sokszor nem képzelhető el. A támogató környezet legtöbbször a beteg házastársát jelenti, és sokszor pusztán családi állapot alapján előnyben részesítenek betegeket (például a házast az egyedül élővel szemben). Gyerek kezelésekor fontos lehet, hogy mennyire gondoskodnak róla a szülei, együtt nevelik-e őt, vagy a szülők elváltak stb.[55] Ezt a kritériumot gyakran alkalmazták, különösen például a szívtranszplantációra rászorulók közül az ideális jelölt kiválasztásakor[56].

Ilyenkor tehát a sok, egyaránt rászoruló közül azokat részesítik előnyben, aki számára a családi háttér a legnagyobb fizikai és érzelmi támogatást képes nyújtani, maximalizálva ezzel a beteg gyógyulási esélyeit.

Nagyon nagy port felvert ilyen eset volt az USA-ban az ún. Jesse-eset. Egy újszülöttnek (Jesse-nek) olyan szívfejlődési rendellenessége volt, amelyik szívtranszplantációt tett volna szükségessé. A Loma Linda-i szívtranszplantációs cent-

rum a műtétre váró újszülöttet elutasította, mivel szülei túlságosan fiatalok voltak (az anya 17, az apa 26 éves), és mindketten kapcsolatba kerültek kábítószerrel, így a gyerek transzplantáció utáni utókezelése nem látszott biztosíthatónak. A gyerek szülei elmondták esetüket annak a papnak, akihez jártak, és ő egy emberjogi szervezeten keresztül értesítette a sajtót. Az ennek nyomán kipattant botrány végül is megoldotta a problémát. Az újszülött gyámjának kinevezték apai nagyapját, és így a kórház már felvette őt transzplantációs programjába[57].

Az eset különös erővel irányította rá a figyelmet a támogató környezet megléte mint szelekciós kritérium elfogadhatóságának kérdésére. A kritérium melletti legfőbb érv az, hogy ez végső soron orvosi kritérium, hiszen a megfelelően támogatott beteg túlélési, gyógyulási esélyei nagyobbak, illetve a nem támogatott beteg a kezeléstől nem remélhet hasznot, így őt kezelni a ritka eszköz pazarlásával egyenlő[58].

Számos ellenérv kínálkozik azonban. Egyrészt a támogató környezet meglétének figyelembevétele diszkrimináció az egyedül élőkkel, a magányosokkal szemben. Másrészt, ahogyan ez az imént említett Jesse esetében is látható volt, igazságtalan, ha például egy gyereket azért rekesztenek ki egy életmentő kezelésből, mert a szülei nem biztosítanak számára megfelelően védő, támogató környezetet. Annak, hogy valaki kevés támogatást kap a rokonaitól, nem azt kellene kiváltania, hogy még az életmentő kezelést is megtagadják tőle, ha az csak korlátozottan elérhető, hanem azt, hogy igyekezzenek megteremteni számára a kezelés sikerességéhez szükséges és ezért annak részét képező támogató környezetet[59]. Az is nehezen tagadható, hogy e kritérium ürügyén valójában sokszor a társadalmi hasznosság, illetve a fizetőképesség kritériumát alkalmazzák, hiszen egy gazdag ember – család híján is – meg tudja fizetni utókezelése alatt az őt támogató, ápoló szolgáltatásokat, így pénzzel biztosítani tudja a támogató környezetet, míg egy szegény erre nem képes[60]. Mindezek miatt a támogató környezet megléte kritériumként erkölcsileg általában nem elfogadható. Csak az orvosi kritérium részeként vehető számításba, a következő módon. Ha a beteg egyedülálló, vagy más okból nincs biztosítva gondozása, mindent meg kell tenni, ami az adott helyzetben lehetséges, hogy ezt a gondoskodást a kórház valamilyen formában számára biztosítsa (gyámhatóság, szociális gondozó stb.) Csak ha már minden ilyen lehetőséget kimerítettek, és a beteg kezelése – kellő támogatás híján – továbbra sem kecsegtet sikerrel, lehet egy másik beteg kezelését a kérdéses beteg kezelésével szemben előnyben részesíteni. Az, hogy ez a döntés valóban orvosi kritériumként vegye figyelembe a támogatottságot és ne szelekciós kritériumként, a gyakorlatban úgy biztosítható, hogy feltételezik, hogy az eszköz nem ritka, hanem korlátlanul hozzáférhető[61]. Ugyanis korlátlanul hozzáférhető eszközök esetén csak akkor nem kezelnek egy beteget, ha az számára nem járna semmiféle haszonnal. Hasonlóképpen a ritka, életmentő orvosi kezelésnél egy magányos, nem támogatott beteg csak akkor kerülhet hátrányba a támoga-

tottal szemben, ha a kórház a beteg számára a támogatás minden elérhető formáját felhasználva sem tud olyan körülményeket teremteni, hogy neki a kezelésből az adott körülmények között haszna legyen, vagyis a kórház akkor sem alkalmazná az adott kezelést a beteg esetében, ha az korlátlanul hozzáférhető lenne. Ezzel a megszorítással a támogató környezet megléte, mint az orvosi kritérium egy eleme, szelekciós kritériumként felhasználható.

A társadalmi hasznosság

E kritérium szerint orvosilag azonos rászorultság esetén azokat kell előnyben részesíteni, akik társadalmilag a legértékesebbek, a többiek számára a leghasznosabbak. Bár a társadalmi hasznosság pontos mérése nyilván lehetetlen, durva megbecsülése azonban lehetséges, és ilyen szembeötlő különbségek fennállásakor a hasznosabb előnyben részesítése e felfogás szerint indokolt. Például egy sikeres üzletember megmentése nyilván hasznosabb a társadalom számára, mint egy súlyos értelmi fogyatékosé, hiszen ha a súlyos értelmi fogyatékost mentenénk meg, akkor megmentenénk valakit, akit eddig is a társadalom tartott el, és ezután is eltartásra fog szorulni, az üzletemberrel viszont olyan ember életét mentjük meg, akinek az adója már eddig is nagymértékben hozzájárult ahhoz, hogy az állam az egészségügyet (és köztük a példában szereplő értelmi fogyatékos ellátását is) finanszírozni tudja, és megmentése esetén – adói révén – a jövőben is hozzá fog járulni ahhoz, hogy a jelenleg ritka eszköz a jövőben elterjedtebb lehessen.

Egy egyén társadalmi hasznosságát kétféleképpen lehet figyelembe venni:
1. Mennyire volt hasznos az illető a társadalom számára a múltban? (érdemelv)
2. Előreláthatólag mennyire lesz hasznos a jövőben?[62]

A 2. szempont mellett úgy szoktak érvelni, hogy – ha mindenkit nem lehet – helyes azokat megmenteni, akik a jövőben valószínűleg a legtöbb hasznot hajtják a társadalomnak. Erre azért van szükség, mert az orvosok a kórházi eszközök fölött rendelkezve voltaképpen a társadalom vagyonának „gondnokai", és arra kell törekedniük, hogy ezt a vagyont hatékonyan használják fel, vagyis olyan beteg kezelésébe „fektessék be", mely annak kellő „megtérülését" biztosítja[63].

Az 1. szempont mellett pedig az szól, hogy azoknak, akik a múltban a leginkább elősegítették (például adóikkal, tudományos munkájukkal stb.), hogy a társadalom egy adott orvosi technikát előállítson, előnyben kell részesülniük azokkal szemben, akik mindehhez nem vagy csekélyebb mértékben járultak hozzá. Ez általában az idősebbek és a gazdagabbak előnyben részesítését jelentené. Ennek alapján részesítette előnyben az USA-ban sok művesecentrum a büntetlen előéletű betegeket a börtönviseltekkel szemben[64].

Ellenérvek a társadalmi hasznosság kritériumával szemben. A legfontosabb ellenérv az emberi élet méltóságának és egyenlő értékének az elve. E felfogás szerint minden emberi élet egyenlően és végtelenül értékes, függetlenül attól, hogy mennyi hasznot hajt a társadalom számára. A társadalmi hasznosság kritériumának az elfogadása oda vezet, hogy az emberekről mint a társadalom hatalmas gépezetének apró fogaskerekeiről kezdünk gondolkodni. Ez az embert egy alkatrész vagy egy gép szintjére süllyeszti le, amelyet csak akkor érdemes megjavítani, ha a javítás után több hasznot termel, mint amennyibe a javítás kerül, ellenkező esetben azonban nem[65].

Fontos ellenérv az is, hogy hogyan lehetne a gyakorlatban megfogalmazni és alkalmazni egy ilyen kritériumot? Hiszen a társadalmi hasznosság fogalma függ ideológiától, társadalmi rendszertől, erkölcsi felfogástól, és egy pluralista társadalomban nehéz olyan módszert találni, amely eldönthetné, ki mennyire hasznos. Egy ilyen módszer az embert mindenképpen társadalmi szerepeire redukálna, és az egész embert nem tudná figyelembe venni[66]. Valószínű, hogy ilyen kritérium alapján például előnyben részesítenének egy nagy művészt vagy tudóst egy átlagemberrel szemben. A társadalmi hasznosság részletes definiálása pártpolitikai csatározások eredménye lenne, függene a pillanatnyi erőviszonyoktól és a politikai helyzettől.

Az USA-ban a hatvanas években, amikor a dialysis még nem volt általánosan elérhető, az ezt a kezelést alkalmazó kórházakban speciális bizottságok döntötték el, hogy a sok rászoruló közül ki kapjon kezelést. A bizottságok sokszor alkalmazták a társadalmi hasznosság kritériumát. A jegyzőkönyvek áttekintése alapján azonban kiderült, hogy azt meglehetősen szubjektív módon használták. Az a tendencia volt megfigyelhető, hogy a bizottság tagjai a hozzájuk társadalmilag, műveltségben, életmódban hasonlító betegeket részesítették előnyben a többi beteggel szemben. Így a középosztálybeli, jó anyagi háttérrel rendelkező betegek inkább kaptak kezelést, visszautasítottak ugyanakkor hippit, erkölcsileg rossz hírben álló asszonyt, nem megfelelő anyagi helyzetben lévő favágót stb.[67]. Így a végül kezelésben részesültek sok tekintetben hasonlóak voltak az őket kiválasztó bizottság tagjaihoz[68]. A seattle-i bizottság nagy nyilvánosságot kapott döntései azt mutatták, hogy olyan tipikusan középosztálybeli értékek alapján részesítettek előnyben embereket, mint például az, hogy volt-e valaki vöröskeresztes aktivista, cserkészcsapat vezetője stb. Ilyen kritériumokat megfogalmazva hátrányba kerülnek a kreatív non-konformisták, akik sokszor megkérdőjelezik a társadalom adott értékrendjét, és ezáltal kortársaik ellenszenvét vívják ki, ugyanakkor a társadalom, a tudomány, a művészetek fejlődésében kiemelkedő szerepet játszhatnak[69].

Összefoglalóan megállapítható, hogy a társadalmi hasznosság kritériuma súlyos diszkriminációt jelentene a szegényekkel, a testi és szellemi fogyatékosokkal, bizonyos kisebbségi csoportokkal, idegenekkel, nőkkel stb. szemben, mert ezeket

a csoportokat a társadalmi gyakorlat sokszor kevésbé hasznosaknak tekinti. (Bár ilyen preferenciát nyíltan nem szoktak megfogalmazni, a gyakorlat mégis azt mutatja, hogy például az USA-ban a szívátültetés, a coronaria-bypass műtét, a dialysis, a vesetranszplantáció elosztásakor férfiak és fehér bőrűek inkább részesültek ilyen kezelésekben, mint nők és színes bőrűek[70].)

Mindezek alapján tehát a társadalmi hasznosság mint szelekciós kritérium erkölcsileg elfogadhatatlan.

A területi elv

A ritka, életmentő eszközök elosztásának egyik létező módja a területi elv: csak egy adott körzet, megye, ország stb. lakosait veszik figyelembe lehetséges jelöltként a ritka eszközzel való kezelésre, a többieket kizárják. Ilyen eset például az, amikor egy vesetranszplantációs program keretében donorvesét csak az adott ország lakosa kaphat, vagy dialysist adott körzet lakosainak végez egy centrum. A probléma különösen olyan nagy és gazdag országokban akut, amelyeket sok külföldi keres fel kifejezetten dialysis, veseátültetés stb. céljából (például USA, Kanada)[71].

E gyakorlat indoklásaként azt az érvet szokták felhozni, hogy azok, akik adóikkal lehetővé tették, hogy egy adott területen egészségügyi intézmény létesüljön, joggal várják el, hogy a kezelés során előnyben részesüljenek másokkal szemben, akik a kezelésre nem szereztek jogosultságot[72]. Ez az érvelés nemcsak a pénzért megvehető eszközökre igaz. Hiszen ha például egy országban lévő átültethető veséket zömmel az adott ország lakosai szolgáltatják donorként, akkor igazságos, hogy ők előnyben részesüljenek a vesére várakozók listáján a külföldiekkel szemben.

Ez az érv azonban csak korlátozottan fogadható el. A medicinában ősi elv, hogy életmentő beavatkozásban mindenkit részesíteni kell, aki rászorul, tekintet nélkül fizetőképességére, nemzetiségére és egyéb szempontokra. Így az orvosi etika – ha életmentő beavatkozásra van szükség – hagyományosan nem veszi figyelembe a területi elvet[73]. Ha például több beteg szívinfarctus vagy autóbaleset következtében intenzív osztályon való kezelésre szorul, akkor a felvétel sorrendjét a várakozók állapotának a súlyossága és nem a nemzetiség alapján döntik el[74]. Ha ilyen esetben a területi elv nem lehet érvényes szempont, akkor miért lehet az például a vesetranszplantációra várakozók körében? Erre az a válasz kínálkozik, hogy a szívinfarctus vagy az autóbaleset nem látható előre, ellenben például egy transzplantációra váró legtöbbször évek óta tudja, hogy vesére van szüksége, és éppen a műtét elvégeztetése céljából utazik egy másik országba, ahol annak „veseállományából" szeretne részesülni. Ha ezt megengednék, az erre hajlandó országokat elöntenék a fizetőképes külföldiek, hátrányos helyzetbe hozva ezzel a hazai lakosokat, akik számára annak a valószínűsége, hogy átültetésre alkalmas vesét kapjanak, csökkenne.

A fenti probléma azonban kivédhető a gyakorlatban oly módon, hogy a külföldiek számára ilyen esetben kvótát állapítanak meg. Az USA-ban bizottsági állásfoglalás született ezzel kapcsolatban, amely szerint a külföldiek nem jogosultak ugyanúgy arra, hogy donorszerveket kapjanak, mint az amerikai állampolgárok. Ugyanakkor a szánalom mégis azt diktálja, hogy idegeneket is felvegyenek a vesetranszplantációs programba. Az elfogadható kvótát a bizottság az évente az országban átültetett vesék 10%-ában állapította meg[75]. Ez a gyakorlat erkölcsileg jóval elfogadhatóbb, mint a külföldieket a transzplantációs programból teljesen kizáró politika. Ilyen humánus elveket az élet más területén is alkalmaznak. A legtöbb ország például nemcsak akkor ad segélyt egy másiknak, amikor saját szegénységét már teljesen megszüntette, hanem humanitárius okokból még viszonylag szegény országok is jövedelmük egy csekély hányadát más, náluk szegényebb országok segélyezésére fordítják[76]. Ugyanennek az elvnek felel meg az olyan transzplantációs politika, amelyik a ritka, átültethető szervek egy előre megállapított részét külföldiek számára is elérhetővé teszi. A probléma végső megoldása azonban nem a kvótarendszer, hanem, mint ahogyan ez Európa jelentős részén gyakorlat, egy nemzetközi hálózat létesítése átültethető szervek nyerésére, amelyben adatbank alapján a szervek elosztását is nemzetközi szinten végzik.

Látható tehát, hogy a területi elv életmentő eljárások alkalmazásakor erkölcsileg csak nagyon korlátozottan fogadható el. Két kivétel létezik azonban, mely a területi elvet bizonyos esetekben elfogadhatóvá teszi.

- Az egyik az, amikor a területi elvre orvosi indokból van szükség, például azért mert a ritka, életmentő eszköz (például egy kioperált vese) nagy távolságra szállítása veszélyezteti a beavatkozás orvosi sikerét[77].
- A másik kivétel az, amikor egy terület lakosai – a helyi adókból – úgy teremtenek meg bizonyos kezelési eszközöket, hogy ezzel mások lehetőségeit nem csökkentik. Ha például egy megye az adott területen élők adójából egy új életmentő orvosi eszköz beszerzését határozza el, akkor elfogadható, ha ennek felhasználása során azok élveznek prioritást, akik ennek megteremtését lehetővé tették, vagyis az adott terület lakosai[78]. Ha másoknak nincs is jogosultságuk az eszköz használatára, a szánalom azonban ilyen esetben is azt diktálja, hogy a más területeken élőket se zárják ki teljesen az eszköz által biztosítható életmentő kezelésből.

A szükséges alkalmazási idő mint kritérium

E kritérium szerint orvosilag azonos rászorultság esetén annak a betegnek kell a ritka, életmentő beavatkozást kapnia, akinek arra rövidebb ideig lesz szüksége,

vagy a ritka eszközből kevesebbet igényel, mint a többiek. Ha például egy intenzív osztályon csak egyetlen rendelkezésre álló respirátor van, de két akut légzési elégtelenségben szenvedő beteg, akik közül *A*-nak csak néhány napos respirátorkezelésre lenne szüksége, *B*-nek viszont élete végéig a respirátoron kellene maradnia, akkor e kritérium szerint *A*-t előnyben kell részesíteni *B*-vel szemben. Az elv indoklása az, hogy ezzel a politikával időegység alatt több embert lehet megmenteni, hiszen, ha *A*-t kapcsolják a respirátorra, majd néhány nap múlva egy másik beteget, aki szintén rövid ideig tartó kezelést igényel, és így tovább, akkor ilyen módon például egy év alatt betegek százait lehet megmenteni, ha viszont a respirátorra *B*-t kapcsolták volna, akkor őt egyedül kezelték volna egész éven keresztül, és közben a többi, ugyancsak respirátorra szoruló beteget lehetetlen lett volna megmenteni. Így „a legtöbb embernek a legtöbb jót!" utilitarista elve alapján igazolható a ritka, életmentő eszköz szükséges alkalmazási idejét is figyelembe vevő döntés.

Két megszorítást azonban tennünk kell. Egyrészt bár ez az elv a rövidebb kezelést igénylőket előnyben részesíti a hosszabb kezelést igénylőkkel szemben, de mégsem szabad az utóbbiaknak a kezelésből való elvi kizárásához vezetnie. Így nem fogadható el, ha például a példánkban szereplő *B*-t akkor sem teszik respirátorra, ha az pillanatnyilag rendelkezésre áll, azzal az érveléssel, hogy nemsokára valószínűleg érkezik egy rövidebb kezelést igénylő beteg, és így nem akarják, hogy akkorra már a respirátor foglalt legyen az élethossziglani kezelést igénylő által. Ugyancsak nem indokolható, ha meghatározott időtartamú kezelési periódusokat tekintenek „járandóságnak", de ennek leteltével a betegtől elveszik a kérdéses eszközt, akár szüksége van még rá, akár nem. Erkölcsileg nem fogadható el tehát azt mondani, hogy például minden betegnek joga van az intenzív osztály 3 héten keresztül való használatára, de ha ez az idő eltelt, a betegnek az osztályt el kell hagynia. Ilyen kikötés élesen szemben állna a hagyományos orvosi ethosszal, amely nem engedi meg, hogy az orvos cserbenhagyja betegét, ha egyszer már elkezdte kezelését[79].

Nélkülözhetetlenség más emberek életének megmentése, jóllétének biztosítása szempontjából

Ez a kritérium a társadalmi hasznosság kritériumának leszűkített, pontosabb és ezért erkölcsileg elfogadhatóbb megfogalmazása. Eszerint ritka, életmentő orvosi beavatkozások során azokat kell előnyben részesíteni, akik egy közösség, csoport vagy más emberek túlélése, esetleg jólléte szempontjából döntő és mások által nem helyettesíthető szerepet játszanak[80]. E kritérium alkalmazása csak azokban a rendkívüli helyzetekben indokolt, amelyben egy adott szempontból (és nem általában!)

hasznosabb ember előnyben részesítése közvetlenül megmenti mások életét, és így választani voltaképpen nem aközött kell, hogy két ember közül melyiket mentsük meg, hanem aközött, hogy egy embert mentsünk-e meg, vagy egy másikat, akinek a megmentésével egyben sok más ember életét is megmenthetjük.

Sokféle példát szoktak hozni ennek alátámasztására. Ha például egy régi, még nem robotpilóta által irányított repülőgépen egy gondatlanságból a gépre felvitt mérges kígyó kiszabadul, és megmarja a pilótát, majd a segítségére siető egyik utast is, a gépen azonban csak egy adag ellenméreg van, így vagy a pilótát, vagy az utast lehet csak megmenteni, de a kettőt egyszerre nem, akkor ésszerű a pilótát előnyben részesíteni az utassal szemben, hiszen az adott helyzetben az ő élete hasznosabb a repülőgép összes utasa számára, és neki adva az ellenmérget sok száz élet menthető meg. Hasonló a helyzet például egy olyan járvány kitörése esetén, ahol kevés – védettséget biztosító – oltóanyag áll csak rendelkezésre. Ilyenkor ésszerű, ha a sok rászoruló közül az orvosok és az egészségügyi személyzet tagjai élveznek elsőbbséget, hiszen nekik kell majd a járvány során megbetegedetteket kezelni, így az ő jólétük nagyon sok más ember számára is hasznos[81] .Ugyanilyen elvek módosíthatják a triage során alkalmazott eljárást. A triage (francia szó, válogatást, kiválasztást jelent) tömegszerencsétlenségek, tömegkatasztrófák során használatos válogatási eljárás, amikor néhány orvosnak nagyszámú sérültet kell ellátni. A triage ilyenkor alkalmazott elvei szerint három kategóriába kell osztani a sérülteket. Az első kategóriába azok tartoznak, akik minden orvosi kezelés ellenére is nagy valószínűséggel meghalnak. A második kategória azoké, akik azonnali orvosi kezelés nélkül is életben maradhatnak, akik orvosi ellátása tehát elhalasztható. Végül a harmadik kategóriába azok a betegek tartoznak, akik azonnali beavatkozással megmenthetők, a beavatkozás elmaradása esetén azonban meghalnak. A triage elvei szerint elsőként a harmadik kategóriába tartózó sérülteket kell ellátni, a másik két kategória ellátása csak ezután következhet. A más életének a megmentéséhez szükséges személy prioritásának az elve azonban itt is alkalmazható. Ha ugyanis a sérültek között orvos vagy egészségügyi szakképzettségű személy is van, kisebb sérülés esetén célszerű lehet őket ellátni elsőként, hiszen ezt követően ők maguk is be tudnak kapcsolódni a többi sérült ellátásába, így ez a megkülönböztetés a többiek számára is hasznos lehet[82].

Ezt a szelekciós kritériumot gyakran használták a medicinában. A II. világháborúban például az akkor még csak korlátozott mennyiségben elérhető penicillin az amerikai hadseregben két nagy betegségkategória kezelésére lett volna felhasználható. Az egyik csoport a csatában megsebesült katonák, a másik a nemi betegek. Mivel mindkét csoport kezelésére nem volt elegendő penicillin, az amerikai hadvezetés a nemi betegek kezelését részesítette előnyben, azzal az érveléssel, hogy ők a kezelés után sokkal gyorsabban visszatérhetnek a hadszíntérre, így kezelésük a háború sikere szempontjából fontosabb.

A felhozott példákból világosan kiolvasható a kritérium mögötti elv. Nem azért részesít előnyben embereket, mert ők általában hasznosabbak másoknál (ez a társadalmi hasznosság elfogadhatatlan kritériuma lenne), hanem azért, mert az adott szituációban mások életének a megmentése szempontjából nélkülözhetetlenek. A példák is mutatják, hogy nagyon ritka eset az, amikor ez a kritérium használható, hiszen csak szélsőséges helyzetekben fordul elő, hogy egyetlen ember túlélésén sok más ember élete vagy egészsége múlik. Ilyen példaként szokták említeni azt a tudóst, aki egy korszakalkotó és emberek százezreinek az életét megmentő felfedezés küszöbén áll, és halála a felfedezést valószínűleg a jóval távolabbi jövőbe tolja ki, vagy egy háborúban azt a katonai vezetőt vagy politikust, akinek szerepe annyira döntő, hogy halála befolyásolhatja az egész háború kimenetelét stb.[83]

Ebbe a kategóriába szokták sorolni azt is, hogy valakinek hány kiskorú gyermeke van. Ha tehát egy intenzív osztályon csak egyetlen ágy áll rendelkezésre, de két, orvosilag egyaránt rászoruló beteg, de az egyik betegnek négy kiskorú gyereke van, a másik gyermektelen, és egyedül él, akkor e kritérium szerint indokolt a négygyerekest előnyben részesíteni az egyedülállóval szemben, hiszen az ő halála nemcsak a saját, de gyerekei jólétét is befolyásolja[84]. Sokan azonban ezt még nem tartják elegendő indoknak a négygyerekes előnyben részesítésére, hiszen – bár túlélése a gyerekek pszichológiai jólléte szempontjából döntő –, életük megmentéséhez mégsem szükséges. Ezt a kritériumot jobban kielégítené az olyan eset, ahol valaki egyedül neveli súlyosan beteg gyerekét, akit az ő odaadó gondoskodása tartott eddig is életben, és így halálával odaadó gondozás híján a gyerek valószínűleg meghalna. Ez már indokolná az illető előnyben részesítését egy gyermektelennel szemben, hiszen ez esetben az ő túlélése másnak (a gyerekének) az életét mentené meg. Az azonban, hogy annyira szigorúan kell-e megfogalmazni ezt a kritériumot, hogy valaki csak akkor kapjon prioritást, amikor megmentése mások életének a megmentéséhez nélkülözhetetlen, vagy már akkor is, amikor mások (elsősorban gyerekei) jóléte szempontjából szükséges, vitatott. A kiskorú gyerekek számát sok esetben figyelembe vették annak eldöntésében, hogy – egyéb feltételek azonossága esetén – ki részesüljön a korlátozottan elérhető életmentő orvosi kezelésben. Mivel itt nagyon nagy horderejű döntésekről van szó, ezért bizonyos procedurális szabályok betartása a döntés során szükségesnek tűnik[85].

- Minden ilyen kérdésben egy külön e célra felállított bizottság döntsön. Mivel ezek nem szigorúan orvosi kérdések, a bizottságnak nem szabad csak orvosokból állnia, hanem reprezentálnia kell más értékrendet, más nézőpontot is.
- A bizottságnak minden egyes esetet egyedileg kell elbírálnia. Ez azt jelenti, hogy nem szabad előre kategóriákat felállítani, miszerint például tudósok, orvosok, katonai vezetők, vezető politikusok, sokgyerekesek stb. eleve előnyben részesülnének az életmentő, ritka orvosi kezelések tekintetében. Nagyon ritka szituá-

ció az olyan (például egy háború), hogy egy katonai vezető vagy egy politikus valóban nélkülözhetetlen. Ritkán fordul elő, hogy egy tudós éppen egy valóban nagy jelentőségű, életmentő felfedezés előtt álljon stb. Így nagyon ritka, hogy egy ember életén sok más ember élete közvetlenül múljék, márpedig – e kritérium szerint – csak ekkor indokolt az illetőt előnyben részesíteni.

- Mindig azokon van a bizonyítás terhe, akik egy személyt e kritérium alapján előnyben akarnak részesíteni. A kiindulópont tehát az, hogy mindenkinek egyenlő joga van a kezelésre, és külön bizonyítandó, hogy valaki kezelése különösen fontos, mert rajta keresztül mások életét is meg lehet menteni.
- Mivel a konkrét szituáció megítélése sokszor ellentmondásos, ugyanakkor a tét igen nagy, ezért célszerű, ha a bizottság bármely tagjának vétójoga van, vagyis egy embert egy másikkal szemben csak a bizottság összes tagjának egyetértésével lehet előnyben részesíteni.

Hangsúlyozni kell, hogy ez a kritérium, bár a társadalmi hasznosság kritériumának egy leszűkített megfogalmazása, alapvetően mégis eltér attól. A társadalmi hasznosság kritériuma alapján például előnyben lenne részesíthető egy tudós akkor is, ha régebben nagy jelentőségű felfedezést tett, egy katonai vezető, ha régebben nagy haditetteket hajtott végre. E kritérium azonban ezeket az embereket nem részesítené előnyben, mert nem az érdemeket méri, hanem azt: mennyire szükséges valaki túlélése mások megmentéséhez. Így ez a kritérium kikerüli azon ellenérvek nagy részét, melyek a társadalmi hasznosság kritériumával szemben felhozhatók, így – azzal ellentétben – erkölcsileg elfogadható.

Az egyén morális felelőssége betegségéért mint kritérium

E kritérium szerint ritka, életmentő eszközökkel való kezeléskor azokat kell előnyben részesíteni, akik betegségük létrejöttéért nem felelősek.

Ilyen eset lenne az, amikor súlyos lőtt sebbel két embert kell felvenni egy intenzív osztályra, de csak az egyik felvételére nyílik lehetőség a férőhelyek szűkössége miatt. Ha ilyenkor a két sérült közül például az egyik bankrabló, a másik rendőr, és úgy sérültek meg, hogy a bankrablást megakadályozni kívánó rendőr tűzharcba keveredett a bankrablóval, és kölcsönösen megsebesítették egymást, akkor sokan indokolhatónak tartják, hogy a rendőr részesüljön előnyben a bankrablóval szemben, hiszen az utóbbi felelős mindkettőjük sérülésének a létrejöttéért[86].

A gyakran idézett orvosi példa az, amikor két súlyosan májkárosodott ember májátültetésre vár. Az egyik (*A*) májkárosodása alkoholizmusa miatt jött létre, a másiké (*B*) fertőzés eredménye. Ha csak egy átültethető máj van, akkor e kritérium szerint *B* betegnek kell kapnia a májat, hiszen *A* alkoholizmusa révén maga is felelős a májátültetést igénylő májbetegsége kialakulásáért[87].

Hasonló vita folyik manapság arról, hogy megilleti-e a dohányzókat a coronaria-bypass műtét lehetősége? Az ilyen műtét utáni szövődmények ugyanis sokkal gyakoribbak azon, aki a műtét után sem hagyja abba a dohányzást. A leszokásra való pszichológiai képtelenség így rontja a műtét orvosi sikerességét, semlegesíti a műtét kedvező hatását[88]. Miért dohányosok részesüljenek az operációban, mikor a műtéti kapacitás a szükségesnél úgyis kisebb, és bőségesen várnak olyanok is műtétre, akik soha nem dohányoztak, vagy akik le tudnak szokni róla, és így műtétjük sikerének a valószínűsége nagyobb?

A felelősség kérdését pozitív módon is meg szokták fogalmazni azok előnyben részesítését követelve, akik nagyobb felelősségérzetről, áldozatvállalásról tettek tanúbizonyságot, mint a többiek. Ennek alapján például felvetődött, hogy vér hiányában az kapjon elsőként transzfúziót a sok rászoruló közül, aki maga véradó volt, vagy szervátültetésre várók közül előnyben részesülhessen az, aki korábban úgy nyilatkozott, hogy halála esetén szerveit felhasználhatják a szervátültetés számára[89]. Úgy szoktak érvelni, hogy ha valaki egészségkárosító életmódjával hozzájárul betegsége kialakulásához, akkor viselnie kell ennek következményeit. Hiány, az erőforrások, kezelési lehetőségek szűkössége miért azt hozza rosszabb helyzetbe, aki felelősségteljes életmódjával mindent megtett betegsége elkerülésére, és miért az részesüljön előnyben, aki saját felelőtlen viselkedésével maga is hozzájárult betegsége kialakulásához? Közgazdasági nézőpontból úgy is meg lehet ezt fogalmazni, hogy abból, hogy valaki mennyire hajlandó áldozatot hozni saját egészsége megőrzéséért vagy helyreállításáért (például hajlandó-e lefogyni, abbahagyni az ivást és a dohányzást stb.), kiolvasható, hogy mennyire értékeli a saját egészségét. Ha valaki – viselkedéséből kiolvashatóan – kevesebbre értékeli az egészségét, mint egy másik ember, akkor miért értékelje az orvos a két ember egészségének az értékét egyformán[90]?

Egy ilyen szelekciós gyakorlatnak – szól az érvelés – az az előnye is meglenne, hogy az egészségkárosító viselkedés „büntetésével" az embereket a jövőben jobban ösztönözné egészségük megóvására.

A felelősségi elv azonban – bár elméletileg megalapozott – a gyakorlatban nagyon nehezen lenne alkalmazható. Ahhoz ugyanis, hogy valakit felelősnek tarthassunk betegsége kialakulásáért, három feltételnek kell teljesülnie[91]:

1. Betegségének okozati kapcsolatban kell állnia egészségkárosító életmódjával.
2. Tudatában kellett lennie annak, hogy életmódja egészségkárosodást fog előidézni.
3. Életmódját külső nyomás nélkül, szabadon választotta, így csak ő maga felelős ezért a választásért.

A felsorolt kritériumok a gyakorlatban szinte sohasem teljesülnek. Egyrészt ma nagyon ritkán állapítható meg, hogy egy adott betegség egy adott betegen közvet-

len okozati kapcsolatban van-e egy adott életmóddal. Természetesen vannak jól bizonyított statisztikai összefüggések például a dohányzás és a tüdőrák, az alkoholizmus és a májkárosodás stb. között, de ezek csak statisztikailag, vagyis csak az esetek többségére érvényesek. Egyéni felelősség azonban ezekből nem állapítható meg, hiszen az úgyszólván sohasem bizonyítható, hogy egy adott beteg tüdőrákja egyértelműen a dohányzása miatt jött létre, és nem például a levegőszennyezettség miatt. Egyéni felelősséget pedig sohasem szabad pusztán statisztikai összefüggések alapján megállapítani. Ha például egy bűnügyben két gyanúsított van, nem lehet annak alapján bűnösnek ítélni az egyiket, hogy ő olyan társadalmi csoportba tartozik, amelyben a bűnözés gyakorisága jóval nagyobb, mint a másik gyanúsított társadalmi csoportjában, vagyis mert statisztikailag nagyobb a valószínűsége, hogy ő a bűnös.

Az is ritkán mondható, hogy valaki életmódját teljesen szabadon választotta meg. Hiszen egészségkárosító szokásokra motiválhat a szegénység, a reklámok, a társadalmi helyzet stb. Vizsgálatok szerint például az egészségtelen életmód az alsóbb osztályokban gyakoribb, és ezért ott gyakoribbak azok a halálokok is (tüdőrák, májcirrhosis stb.), amelyek az egészségtelen életmód következményei. Mindez arra utal, hogy az egészségtelen életmód részben társadalmilag determinált, és nem teljesen írható az egyéni felelősség számlájára[92], ezért az egyéni felelősség túlhangsúlyozása az áldozat indokolatlan vádolása[93].

Az egyéni felelősséget hangsúlyozó érvelés nagy veszélye, hogy rejtetten sokszor erkölcsi kritériumokat csempész be a betegek közötti szelekcióba, és valójában csak ürügy arra, hogy azokat a betegeket kizárja a kezelésből, akiknek a szokásait, életmódját a társadalom erkölcsileg elfogadhatatlannak ítéli. Az, hogy sokszor erről van szó, jól látható abból, hogy az elv következetes alkalmazása (vagyis mindazok háttérbe szorítása orvosi kezelés során, akik betegségükért valamilyen módon felelősek) már jól láthatóan elfogadhatatlan lenne. Ha például egy intenzív osztályt tekintünk, ahol már csak egyetlen szabad hely van, de mindig két rászoruló beteg, akik közül az, akit nem tudnak felvenni, valószínűleg meghal, akkor nézzük a következő betegpárokat: Melyiket kell inkább felvenni, azt a tüdőrák miatt operáltat, aki előzőleg 30 éven keresztül erős dohányos volt, vagy azt az ugyancsak tüdőrák miatt operáltat, aki soha életében nem dohányzott? Azt a koponyasérült motorost, aki nem viselt bukósisakot, vagy azt az ugyanolyan súlyosan sérültet, aki viselt? Azt a sérült autóst, aki nem kapcsolta be a biztonsági övet vagy azt, aki bekapcsolta? A súlyosan elhízott friss szívinfarctusost vagy a soványat? Az, hogy ezekben az esetekben már egyáltalán nem érezzük nyilvánvalónak, hogy a „vétlent" (a nem elhízottat, a bukósisakot, biztonsági övet használót, a nemdohányzót) kell előnyben részesíteni a „bűnössel" szemben, azért van, mert például az elhízást nem tekinti erkölcstelenségnek a társadalom, az alkoholizmust viszont igen. Az is felelős azonban a betegségéért, és így háttérbe szorítható, aki például túl sokat dolgozik, nem

pihen eleget és így károsítja az egészségét? Az is, aki a mellében lévő csomóval túl későn fordul orvoshoz, vagy aki túl gyorsan megy le a lépcsőn és megcsúszva kitöri a lábát? Mindenki cselekszik néha meggondolatlanul, és bár az ilyen viselkedés elkerülhető, erkölcsileg nem mindig kárhoztatható[94].

A felelősség kritériumának a bevezetése valójában sokszor csak az erkölcstelennek tartott életmódot élőket részesíti hátrányban, és nem mindenkit, aki valóban egészségkárosító életet él. A medicinának azonban nem lehet feladata a betegek erkölcsi megítélése, és kezelési prioritások ezek alapján való felállítása. Ezt megbízhatóan végezni úgyis csak akkor lehetne, ha egyfajta orvosi rendőrséget hoznának létre, amelynek feladata az egészségkárosító életmódot folytatók utáni nyomozás lenne, az ilyen emberek számítógépes nyilvántartása, amely életfontosságú döntések során támpontot nyújthatna az egyén felelősségét illetően. Ez oly mértékben állna szemben egy jogállamban élő egyén szabadságjogaival, hogy a gyakorlatban aligha tűnik elfogadhatónak. Ezért a felelősség kritériuma a gyakorlatban szelekciós elvként elfogadhatatlan.

A fizetőképesség mint kritérium

Eszerint egy piaci rendszerben az életmentő, ritka orvosi eszközöket ugyanúgy kell elosztani a sok rászoruló közt, mint bármi mást: a fizetőképesség elve alapján. A fizetőképességi elv a ritka orvosi eszközök vonatkozásában háromféle formát ölthet[95]:

1. Magáért az életmentő beavatkozásért (például dialysisért, transzplantációért stb.) kell fizetni, és aki nem tud fizetni, nem kap ellátást.
2. Az életmentő orvosi kezelésért magáért nem kell fizetni, a járulékos költségeket azonban magának a betegnek kell fedeznie. Ilyen például, amikor a dialysisre csak bizonyos centrumokban van lehetőség, így aki távolabb lakik, vagy rendszeres és költséges közlekedésre kényszerül, vagy arra, hogy lakóhelyet változtasson és a centrumhoz közelebb költözzön. Transzplantációs műtét után hosszan tartó immunszuppresszív utókezelésre is szükség van, és a gyógyszer költségei igen tetemesek lehetnek, noha az átültetés ingyenes. Ilyenkor tehát azokat a betegeket részesíthetik előnyben, akik a közlekedés, az utókezelés stb. járulékos költségeit meg tudják fizetni.
3. A fizetőképességi elv közvetett formája az is, amikor egy életmentő, drága (például külföldi) kezelés költségeit valaki nem tudja előteremteni, és ezért a sajtóhoz, a rádióhoz, a televízióhoz fordul, és saját maga vagy gyermeke számára gyűjtést kezdeményez. Ilyenkor a beteg kezelése attól függ, hogy elegendő anyagi támogatást tud-e szerezni saját maga vagy hozzátartozója számára, vagyis

képes-e arra, hogy a sajtó, híres emberek, politikusok, stb. támogatását megszerezve saját vagy rokonai kezelése számára anyagi támogatókat toborozzon.

A fizetőképességi elv mellett többféle érvet szoktak felhozni. Legfontosabb talán az egyén szabadságára hivatkozó érvelés. Ha egy szabadpiaci rendszerben egy ember a megtakarított pénzét mindenféle költséges luxusra is elköltheti, akkor miért ne költhetné arra, hogy a maga számára életmentő orvosi kezelést, eszközt stb. vásároljon? Jelentős érv a fizetőképesség mellett az is, hogy a ritka eszközöket mindenféle külső beavatkozás nélkül, szinte automatikusan osztja el. Nincs tehát szükség bizottságok felállítására, vitatható és mindenki által soha el nem fogadható kritériumok kidolgozására, hiszen az eszközöket a piac törvényei osztják el. A harmadik támogató érv pragmatikusabb. Ha ugyanis a fizetőképesség elvét legálisan nem engedik érvényesülni, érvényesülni fog illegálisan, feketepiac formájában. Hiszen aligha képzelhető el, hogy egy gazdag ember, aki életveszélyben van, és akinek élete bizonyos ritka orvosi eszközökkel megmenthető lenne, ne tenne meg mindent élete megmentéséért, és pénzével – illegálisan – ne tudná megvásárolni a kérdéses terápiát. Ha viszont illegálisan mindenképpen a fizetőképességi elv fog érvényesülni, akkor már jobb, ha mindez legálisan történik, mert így a folyamat szabályozható, utána adó szedhető stb.[96]

Jelentős ellenérvek szólnak azonban a fizetőképességi elv ellen. Mára ugyanis az iparilag fejlett országokban széles körű konszenzusnak tekinthető az a nézet, miszerint alapvető szükségletek kielégítése nem függhet az egyén fizetőképességétől. Az élelmiszerek elosztásában például bizonyos mértékig érvényesül a fizetőképesség: az jut hozzá jobb minőségű, drágább, egészségesebb élelmiszerhez, aki azt meg tudja fizetni. Az azonban mégis általánosan elfogadott, hogy a legalapvetőbb élelmiszerekhez mindenkinek hozzá kell jutnia, és ez nem függhet az egyén fizetőképességétől, így ha ezeket nem tudja megfizetni, akkor szociális segély, élelmiszerjegy stb. formájában ingyen kell megkapnia. Vagyis egy civilizált társadalomban senki nem halhat éhen azért, mert nincs pénze élelemre. Rendkívüli helyzetekben pedig, amikor a rendelkezésre álló élelem mennyisége korlátozottá válik (például háborúban), az élelmet osztják el nem a fizetőképesség, hanem jegyrendszer segítségével történik, ezzel is elismerve azt az elvet, hogy szűkös források esetén az élet fenntartásához szükséges legalapvetőbb javakat nem a fizetőképesség, hanem a rászorultság és az igazságosság elve alapján kell elosztani. Tehát az életmentő, ritka orvosi eszközök elosztásában sem fogadható el erkölcsileg a fizetőképességi elv, a szabadpiaci mechanizmus alkalmazása. Ezért a fizetőképesség elve a gyakorlatban nem önmagában, hanem az állami egészségügyi rendszer mellett szokott megjelenni, ahol az állami egészségügyi ellátás biztosítja a mindenkinek (vagy csak a szegényebbeknek) járó minimumot, a fizetőképesség alapján működő magánegészségügy pedig az egészségügyi ellátás második, kiegészítő szintjét. A kérdés

ekkor általában az, hogy ez a fizetőképesség alapján működő második szint nyújthat-e jobb ellátást, mint a mindenkinek járó, vagy csak az ellátás körülményei lehetnek jobbak, mint az állami egészségügyben, de az orvosi ellátás színvonala nem.

Itt fontos különbséget kell tennünk, mert a ritka orvosi eszközök kétféleképpen lehetnek általánosan nem elérhetők. Egy eszköz lehet úgy ritka, hogy anyagi, pénzbeli ráfordításokkal sem tehető hozzáférhetőbbé. Ilyen például a transzplantációhoz rendelkezésre álló emberi szervek ritka volta. Ezek nem állíthatók elő mesterségesen, így mennyiségük mindenképpen limitált. Az ilyen módon ritka eszközökhöz való hozzájutás vonatkozásában a fizetőképességi elv teljességgel elfogadhatatlan, hiszen a szervek mennyiségének korlátozott volta miatt csak úgy juthat a fizetőképes beteg egy szervhez soron kívül hozzá, hogy ezáltal elveszi azt egy fizetni nem tudótól, és ez így elfogadhatatlan.

Egy eszköz azonban lehet úgy is ritka (ilyen például egy dializátor és az összes egyéb technikai eszköz), hogy többet is elő lehetne állítani belőle, ha lenne rá elég pénz vagy fizetőképes kereslet. Ha egy ilyen eszközt vagy annak használatát valaki megveszi, ezzel nem veszi el azt egy másik betegtől, hiszen az illető eszközt éppen az ő pénzén állították elő, illetve helyezték használatba. Tehát ilyenkor a fizetni nem tudótól nem vettek el egy életmentő eszközt, hanem a fizetni tudó pénzén előállítottak egy újat, speciálisan az ő használatára. Ez azért tűnik megengedhetőnek, mert itt csak aközött lehet választani, hogy az államilag biztosított eszközök adta lehetőségeken túl senki mást ne mentsenek meg, vagy tegyék lehetővé, hogy még néhány beteget (a fizetni tudókat) megmentsenek. Így ezzel a politikával több emberi életet lehet megmenteni, megengedése ezért indokoltnak látszik[97]. Az eljárás igazságossága még növelhető JOHN RAWLS ismert igazságossági elméletének a felhasználásával. Elmélete szerint a javakhoz való hozzájutás tekintetében az egyenlőségtől való eltérés erkölcsileg akkor megengedhető, ha az ily módon létrejövő egyenlőtlenség a legrosszabbul járóknak is kedvezőbb, mint az egyenlőség fenntartása. Ezt az elvet a ritka eszközök elosztására alkalmazva azt találjuk, hogy ha megengedik, hogy néhány ember – az egészségügy magánszektora keretében – megvehessen egy egyébként nem rendelkezésre álló eszközt, és a bevételt úgy adóztatják meg, hogy az adó az egészségügy ingyenes ellátást biztosító részébe áramoljék vissza, az adott ritka eszközt így hozzáférhetőbbé téve a fizetni nem tudók számára is, akkor ez a szisztéma megfelel RAWLS kikötésének. A legrosszabb helyzetűek (a fizetni nem tudók) is jobban járnak így, egyrészt azért, mert a ritka eszközre várók várakozási listája rövidül (hiszen a gazdagabbak már nem állnak sorba, hanem a magánegészségügybe mennek), másrészt mert több pénz jut a sor és így a várakozás rövidítésére.

Hangsúlyozni kell azonban, hogy ez csak a pénzért előállítható eszközök elosztásában fogadható el, és ott is csak legkisebb rosszként. Pénzért elő nem állítható

eszközök (például emberi szervek) megszerzésére a fizetőképességi elv elfogadhatatlan, mert csak úgy lenne alkalmazható, hogy a fizetni tudó eszközöket vesz el a fizetni nem tudótól.

Komoly ellenérvek szólnak a közvetett fizetőképesség alkalmazása ellen is, amikor – mint láttuk – szülők, hozzátartozók médiakampánnyal próbálnak pénzt szerezni a beteg költséges (legtöbbször külföldi) gyógykezelésére. Ez erkölcsileg azért problematikus, mert aki először folyamodik ilyen módszerhez, az sokkal nagyobb érdeklődést tud kelteni, mint a később próbálkozók, amikor az emberek már megszokták az ilyen jellegű kéréseket. A fő probléma ilyenkor az, hogy a beteg ellátása nem állapotának sürgősségétől, hanem rokonai kampányszervező képességétől, médiakapcsolataitól függ[98]. Ilyen módon azonban a média csak néhány esetre tudja a figyelmet felhívni, és a közvélemény számára „láthatatlan" marad a sok hasonló beteg, akik éppúgy rászorulnának a drága orvosi kezelésre, de sajtókampány híján háttérbe szorulnak azok mögött, akiknek a rokonai megfelelő sajtókampányt tudnak folytatni. Így a sajtóban bemutatott betegek tisztességtelen előnyhöz jutnak, hiszen a személyesség már tárgyalt hatása miatt a látható, személyes szenvedés sokkal jobban mozgósítja az embereket, mint a pusztán elméletileg ismert, de közelről nem tapasztalt szenvedés. Ugyanakkor persze mindenkinek joga van arra, hogy minden törvényes eszközt igénybe vegyen, amelyet mozgósítani tud ahhoz, hogy életmentő orvosi kezelésben részesülhessen[99].

A véletlenszerű kiválasztás módszere (sorsolás)

E módszer szerint orvosilag egyaránt rászoruló betegek esetén csak a véletlen döntheti el, hogy melyik beteg kapjon életmentő kezelést. A véletlen kiválasztásnak két módszere lehetséges[100]:

1. A betegek érkezési, az orvosnál való jelentkezési sorrendjében való ellátása.
2. Sorshúzás, amikor a rászoruló betegek közül sorsolással választják ki azt, akit kezelésben részesítenek.

A véletlenszerű kiválasztás mellett mind elméleti, mind gyakorlati érveket fel lehet hozni. Elméletileg az szól mellette, hogy ez felel meg leginkább az emberi élet egyenlősége, illetve az emberi életek egyenlő értéke elvének. Ha az emberi élet egyformán értékes, ha mindenkinek egyenlő joga van az élethez, illetve ahhoz, hogy életét megmentsék, akkor – szól az érvelés – semmilyen más módon nem lehet igazságosan eldönteni, hogy a ritka eszközzel kinek az életét mentsék meg, mert a betegek közötti bármely különbség lényegtelen az élethez való egyenlő jogukhoz képest[101].

A véletlenszerű kiválasztás mellett az elméleti érveken kívül praktikus megfontolások is szólnak. Egyrészt nagyon könnyű alkalmazni, nem szükséges bizottságok felállítása, vitatható kritériumok kidolgozása stb. Az emberek többsége egy sorsolás eredményét sokkal könnyebben el tudja fogadni, mintha hasonló döntést emberek hoztak volna. Ez azért van így, mert életünk során megszoktuk, hogy nagyon sok lényeges dolog (például egészség, gazdagság stb.) a véletlenen múlik, és ezért jobban el tudjuk fogadni, ha egy kezeléshez való hozzájutást is a véletlen dönti el, mintha a döntést egy bizottság hozná, esetleg olyan szempontok alapján, amelyekkel nem is értünk egyet. A véletlen adta eredményt sokan mint Isten vagy a sors „akaratát" fogják fel, és könnyebben nyugszanak bele, mintha egy bizottság döntötte volna el – bármilyen kritérium alapján –, hogy valaki nem kap kezelést[102]. Ugyanakkor látni kell, hogy a véletlenszerű elosztás nem veszi figyelembe az egyéni érdemeket, a betegek erkölcsi értéke, társadalmi hasznossága stb. közötti különbségeket. Ezt azonban sokan elfogadhatatlannak érzik, hiszen azt jelentené, hogy ha például ALBERT SCHWEITZER és ADOLF HITLER között kellene választani, akkor is a véletlen döntené el, melyikük kapjon életmentő kezelést[103]. Ilyen extrém helyzetektől eltekintve azonban a véletlenszerű választás erkölcsileg széles körben elfogadott és gyakorolt, hiszen minden emberi élet egyenlőségének elvével ez van leginkább összhangban. A vita inkább arról folyik, hogy a véletlenszerű elosztás melyik formája elfogadhatóbb, az érkezési sorrend alkalmazása vagy a sorsolás?

A gyakorlatban az érkezési sorrend alkalmazása az elterjedtebb. Ez azt jelenti, hogy a betegek neve érkezési sorrendben egy listára kerül, és a listán szereplő nevek sorrendjében kapnak ellátást, addig pedig várakozniuk kell. Ez a várakozás természetesen hónapokig eltarthat (például szívműtétekre való előjegyzés esetén), és ez alatt az idő alatt a beteg meghalhat. Bár az érkezési sorrend az első pillanatra nem is tűnik véletlenszerű elosztásnak, valójában azonban az, hiszen az nagyjából a véletlenen múlik, hogy ki mikor betegszik meg és kerül orvoshoz. Az érkezési sorrendben való ellátás előnye, hogy megszokott, hogy a medicinában is régóta alkalmazzák, és az élet más területein is általánosan elterjedt az előjegyzés és a sorban állás mint elosztási módszer. A véletlenszerű elosztás eme formája a többség számára természetesenek tűnik, és nem olyan nyilvánvaló az elosztás véletlen jellege, mint a sorsolásnál. Hátránya azonban, hogy nem olyan igazságos, mint a sorsolás, hiszen azt, hogy egy beteg mikor kerül orvoshoz, sokféle tényező befolyásolja. Függ például a beteg tájékozottságától, lakhelyétől, műveltségétől stb. Kevésbé tájékozott, hátrányos helyzetben élő betegek számára az egészségügy kevésbé elérhető, így az orvosnál való jelentkezésük is későbbi lesz. Az érkezési sorrendben való ellátás tehát diszkriminálhat a szegényebbekkel, iskolázatlanabbakkal szemben[104]. Ilyen szempontból igazságosabbnak tűnik a sorsoláson alapuló kiválasztás. Ilyenkor a kezelésre várakozó betegek között sorsolással döntik el, hogy ki milyen

sorrendben kapjon kezelést. A sorsolás mindig tartalmazza az érkezési sorrendet mint módszert, hiszen sorsolni csak azok között lehet, akik a sorsolás időpontjáig jelentkeztek orvosi kezelésre. Továbbá sorsolásra csak akkor kerülhet sor, ha a kezelésre használt eszközök már foglaltak, hiszen ha van közöttük még szabad, akkor ésszerűtlen lenne egy jelentkező beteget a szabad eszközzel nem kezelni addig, amíg elég beteg össze nem gyűlik ahhoz, hogy sorsolni lehessen. Ugyanakkor az érkezési sorrendet használó eljárás során is néha sorsolásra kényszerülnek, ha egyszerre érkező betegek kezelési sorrendjét kell eldönteni. Ezért az érkezési sorrenden és a sorsoláson alapuló elosztási forma kombinálható, és a gyakorlatban sokszor kombinálják is őket.

A sorsolás előnye, hogy a véletlen szerepét a döntésben sokkal láthatóbbá teszi, mint az érkezési sorrend alkalmazása. Ez azért előny, mert a társadalom így tudatára ébred annak, hogy az adott életmentő eszköz szűkösen áll csak rendelkezésre, és ezért tragikus döntésekre kényszerül az ezzel gyógyító orvoscsoport. Így ez motivációt jelent a társadalom számára az eszköz elérhetőbbé tételére. További előny, hogy azok, akik egy társadalomban döntési helyzetben vannak, szintén jobban motiváltak, hogy elérhetőbbé tegyék az adott ritka eszközt, hiszen tudhatják, hogy ha ők maguk betegek lesznek, az ő esetükben is a véletlenen múlik majd, hogy kapnak-e kezelést vagy sem[105].

Mindent egybevetve a sorsolás erkölcsileg elfogadhatóbb eljárásnak tűnik, mint az érkezési sorrend alkalmazása. Ezt a módszert egyébként a történelem során nagyon sokszor alkalmazták tragikus választások segédeszközeként, éppen azért, mert az ilyenkor szükséges elfogultságmentesség és pártatlanság technikailag így biztosítható a legegyszerűbben. Az USA-ban egy bírói döntés is született azzal kapcsolatban, hogy mi a legigazságosabb eljárás annak eldöntésére, hogy kit dobjanak vízbe egy túlterhelt mentőcsónakból (US v. HOLMES). A hajókatasztrófa 1841-ben történt Új-Foundland partjainál. A túlterhelt mentőcsónakból a tengerészek 14 embert dobtak a vízbe, és az áldozatok kiválasztásakor két szempontot vettek figyelembe: nőt nem szabad vízbe dobni, és asszonyt nem szabad a férjétől elválasztani. Két nő azonban mégis meghalt, amikor vízbe dobott bátyjuk után ugrottak. A 14 ember vízbe dobása után a csónak utasai néhány óra múlva megmenekültek. Ezt követően beperelték a matrózok egyikét, aki – parancsra cselekedve – több embert vízbe dobott. Az esetet tárgyaló bíró ítélete szerint annak eldöntésére, hogy egy túlterhelt mentőcsónakból kit dobjanak vízbe a többiek megmenekülése érdekében, a sorshúzás az egyetlen elfogadható megoldás[106]. A CARDOZO bíró vezette angol bíróság azonban nem tartotta elfogadhatónak a sorsolással való kiválasztást, mert úgy ítélte meg, hogy az utasoknak együtt kell megmenekülniük vagy meghalniuk, és ezért senkit sem szabad vízbe lökni a megmenekülés érdekében, hiszen „ki tudhatja előre, hogy nem tűnnek föl a ködben a megmenekülést jelentő hajó árbocai és vitorlái?”[107]

A véletlenszerű elosztás mint módszer ma is széles körben használatos. Az USA-ban például ezzel a módszerrel döntik el, hogy a sok jelentkező közül ki kap végül is bevándorlási engedélyt (Magyarországon ezt a módszert a sajtó vízumlottónak nevezi), és használták felsőoktatási intézményekbe való túljelentkezés esetén a kívánt teljesítményszintet elérők közül a felveendők kiválasztására, repülőtéren az indulási és érkezési helyek légitársaságok közötti elosztására, jól jövedelmező árusítóhelyek elosztására stb. A medicinában sem hagyomány nélküli ez az eljárás, hiszen az orvosi kísérletek egyik fontos módszere, a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet során a betegek beosztását a kísérleti vagy a kontrollcsoportba a véletlen segítségével végzik.[108] A ritka orvosi eszközök elosztására való alkalmazására is több példa kínálkozik. Például 1952-ben az angol Egészségügyi Minisztérium úgy döntött, hogy a járványos gyermekbénulás elleni, akkor még csak kis mennyiségben rendelkezésre álló Salk-vakcinát a gyerekek között sorsolással osztja el[109].

Az életkor mint kritérium

E kritérium szerint ritka, életmentő orvosi eszközök elosztásakor – ha minden egyéb tényező azonos – mindig azt kell előnyben részesíteni, aki fiatalabb. Úgy tűnik, hogy ezt az elvet a gyakorlatban széles körben elfogadják és alkalmazzák. Nagyon sok európai országban és az USA-ban dialysiscentrumok, vese- vagy szívtranszplantációval foglalkozó intézetek alkalmazták az életkort kritériumként annak eldöntésére, ki részesüljön az életmentő kezelésben. A határt mint a kezelésben részesíthetők korának a felső határát legtöbbször 50, 55, 60, 65 év körül húzták meg[110, 111].

Sok adat van arra, hogy sokszor még a nem ritka eszközök alkalmazására sem rászorultság, hanem kor szerint kerül sor. Empirikus vizsgálatok szerint ugyanolyan prognózisú és funkcionális állapotú idősebbek kevésbé intenzív orvosi kezelésben részesülnek, mint a fiatalabbak[112], illetve ugyanolyan állapotában az idősebbet sokszor nem kezelik (például nem resuscitálják), amikor a fiatalabbat igen[113]. Bár az idősebbek háttérbe szorítása pusztán koruk alapján igen elterjedt gyakorlat, mindez nem jelenti azt, hogy morálisan el is fogadható. A kor szerinti diszkrimináció kifejezésére az angol nyelvben külön szót használnak (ageism = kor-izmus, a rasszizmus és a szexizmus mintájára). Ezzel azt fejezik ki, hogy emberek életkor szerinti hátrányos megkülönböztetése erkölcsileg éppúgy elfogadhatatlan, mint diszkrimináció, a nem vagy a bőrszín alapján mert mindegyik önkényesen szorítja háttérbe bizonyos csoportok érdekeit.

Érvek és ellenérvek a ritka eszközök életkor szerinti elosztásával kapcsolatban. Sokféleképpen szoktak érvelni a fiatalok előnyben részesítése mellett. Az egyik érvelés szerint ezt az igazságosság elve követeli meg, hiszen ha az idősebbet

mentenénk meg a fiatal helyett, akkor életéveket adnánk neki, amiből pedig neki eredetileg is több volt, miközben a fiatalnak nem adnánk több életévet, holott ebből neki eredetileg is kevesebb jutott[114]. E logika szerint akkor is a fiatalabbat kellene megmenteni, ha ezzel mindkettőjük számára ugyanannyi életévet mentenénk meg, mert a fiatalnak az életből eddig kevesebb része volt[115].

A fiatalabbak előnyben részesítésének legfőbb indoka azonban általában az, hogy az így megmentett életévek száma nagyobb. Tegyük fel, hogy egy országban a férfiak születéskor várható átlagos élettartama 70 év. Ha ebben az országban egy 20 éves fiú és egy 65 éves férfi egyaránt akut életveszélyben van, és a rendelkezésre álló eszközök szűkössége miatt csak egyiküket lehet megmenteni, akkor – az érvelés szerint – a 20 évest előnyben kell részesíteni a 65 évessel szemben, hiszen előbbi megmentésekor – a statisztikai valószínűség alapján – valószínűleg még 70 – 20 = 50 évet nyerünk, míg a 65 éves megmentésekor csak 70 – 65 = 5 évet.

A megmentett életévek számának maximalizálását célul kitűző logikával azonban igen furcsa következtetésekre juthatunk. Tegyük fel, hogy ama választás elé kerülünk, hogy egy 20 éves fiút mentsünk-e meg, vagy ugyanazzal az eszközzel kilenc 65 éves férfit? (Tegyük fel például, hogy mindannyian veseelégtelenségben szenvednek, és veseátültetésre nincs lehetőség. Dialysist kaphatnak, de a rendelkezésre álló egyetlen dializátorral, amelyik már csak egyetlen beteg „fogadására" képes, vagy egy fiatalt kezelnek hosszú ideig, haláláig, vagy egymás után több idős embert, de mindegyiket rövidebb ideig, hiszen haláluk előbb következik be.) Az előbbi számítást megismételve úgy tűnik, hogy ebben az esetben is a 20 éves fiút kellene előnyben részesíteni, hiszen megmentett életéveinek száma 70 – 20 = 50, miközben a kilenc 65 éves férfira számítva ugyanez az érték 9 x 5 = 45. Ha a megmentett életévek számát vesszük tehát alapul, akkor egy 20 éves előnyben részesíthető adott esetben még kilenc 65 évessel szemben is. Ez azonban élesen szemben áll a minden emberi élet egyenlő értékének az elvével. Hiszen nemcsak az nem magától értetődő, hogy egy 20 éves előnyben részesítendő kilenc 65 évessel szemben, de már az sem, hogy egy 20 éves előnyben részesítendő egyetlen 65 évessel szemben[116]!

Ezt az ellenérvet támasztja alá a büntetőjog gyakorlata is[117]. Nem enyhébb a büntetése annak, aki egy 65 évest ölt meg, mint annak, aki egy 20 évest, pedig ha a gyilkos által elvett valószínű életévek számát tekintenénk a büntetés alapjának, akkor – mivel a 20 évestől a gyilkos kb. 50 évet, a 65 évestől valószínűleg csak kb. 5 évet vett el – ezért ha a 20 éves gyilkosa például 15 év börtönbüntetést kapna, akkor a 65 évesé ennek csak a tizedét, vagyis mindössze másfél évet kaphatna, ami természetesen képtelenség. Ha az emberi élet értéke és az élethez való jog a hátralevő életévek számától függne, akkor az élethez való jogunk életünk minden eltelt napjával egy kicsit csökkenne[118], és életünk minden leélt nappal valamennyit veszítene értékéből.

Így a „Ments meg minél több életévet!" és a „Ments meg minél több emberi életet!" elve egymással ellentétes következtetésekhez vezet. Az emberi élet egyenlőségének és az élethez való egyenlő jognak az elve a „Ments meg minél több emberi életet!" paranccsal tűnik összeegyeztethetőbbnek. Az e parancs mögött álló feltételezés az, hogy életének hátralévő részét mindenki egyformán meg akarja élni, tekintet nélkül arra, hogy mekkora ez a hátralévő rész, és ezért ugyanakkora igazságtalanság valakit ettől megfosztani, akár idős az illető, akár fiatal[119].

Pszichológiailag biztosan nem igaz az a tétel – pedig a megmentett életek számának maximalizálása helyett a megmentett életévek számának maximalizálását erkölcsi parancsként elfogadó felfogás ebből indul ki –, hogy az élet szubjektív értéke annak mennyiségével egyenesen arányos. Valójában egy 80 éves az életéből esetleg hátralévő 1–2 évet éppen olyan értékesnek érezheti, mint egy 60 éves az életéből valószínűleg még hátralevő 10–20 évet[120].

A természetes élettartamhoz való jogra alapozó érvelés. Ez az érvelés az előbbinek finomított formája, igyekszik elkerülni annak elfogadhatatlan elemeit. Eszerint van egy természetes élettartam, mely mindenkinek „jár". Ez ma egy gazdaságilag fejlett országban kb. 70 vagy 80 év[121]. Ez a természetes élettartam inkább normatív, mint statisztikai fogalom, és azt fejezi ki, mennyi az az élettartam, amennyit egy ember ma ésszerűen elvárhat, ha megfelelő gazdasági körülmények között él, és megfelelő egészségügyi ellátásban részesül. Meghalni természetesen ennek a kornak az elérése után is szomorú, de már nem tragédia, hiszen 80 év elég arra, hogy valakinek teljes élete legyen, életterveit megvalósíthassa, és mindazt átélhesse, amit egy ember az élettől elvárhat[122]. Ilyen módon minden társadalomnak arra kellene törekednie, hogy minden ember megérhesse ezt a természetes élettartamot. A legfontosabb esélyegyenlőség tehát a természetes élettartam megéléséhez való egyenlő esély biztosítása lenne.

Ez az érvelés fontos gyakorlati következtetésekkel jár, ugyanis az egészségügyben felhasználható források elosztásának és a prioritások megfogalmazásának radikális megváltoztatását követelné meg. Ma ugyanis a fejlett országokban (például az USA-ban) az a tendencia, hogy a 65 év felettiek egészségügyi ellátására kb. 3,5-szer többet költenek, mint az e kor alattiakéra[123]. A források ilyen elosztása azonban nem ésszerű, mert azt jelenti, hogy nagy összegeket költenek arra, hogy idős embereknek néhány hónappal vagy évvel meghosszabbítsák az életét, mikor ugyanez az összeg az újszülöttek, gyerekek, fiatalok jobb ellátására is fordítható lenne, minden újabb megmentett koraszülöttel évtizedeket mentve meg. Így az egészségügy mai elosztási rendszere úgy ad az embereknek idős korukban néhány hónapot vagy évet óriási költséggel, hogy közben a szükségesnél kevesebb pénz marad újszülöttek, csecsemők és fiatalok megmentésére, kezelésére, évtizedeket veszítve minden meg nem mentett élettel, amely életek az idősebbekre felhasznált pénz átcsoportosításával megmenthetők lennének.

CALLAHAN érvelése. DANIEL CALLAHAN amerikai filozófus a természetes élettartam fogalmából kiindulva az egész jelenlegi (amerikai) egészségügyi rendszer radikális reformját javasolta. Szerinte az egészségügyi költségrobbanás (az USA-ban 1993-ban már a GDP 14%-át költötték egészségügyre) egyik oka az idősek túlkezelése. Véleménye szerint három alapvető probléma létezik ezzel kapcsolatban:

1. Az egészségügyi költségeknek egyre nagyobb része jut az idősebbek gyógykezelésére.
2. Az egészségügyi költségeknek aránytalanul nagy része jut a haldokló idősek ellátására, pontosabban haldoklásuk meghosszabbítására.
3. Az orvostudományi kutatásokra fordított pénz aránytalanul nagy része jut olyan betegségek kutatására, amelyek elsősorban idősebbeket érintenek[124].

CALLAHAN szerint e trend nem ésszerű, és generációk közötti (intergenerációs) igazságtalanságot eredményez: a fiatalok igazságtalanul háttérbe szorulnak az idősebbekkel szemben. A trend oka szerinte az, hogy a mai kultúra nem fogadja el az öregedést és a halált természetes folyamatként, hanem minden lehetséges eszközzel meg akarja akadályozni mindkettőt. Legszívesebben az öregséget és a halált is betegségnek nevezné és orvosi eszközökkel megszüntetné. Természetesen ez nem lehetséges, de miközben a mai orvostudomány megpróbálja egyre jobban kitolni a halált, óriási összegeket költ a haldoklási folyamat megnyújtására.

A mai kor e törekvésével szemben, mely ésszerűtlen, CALLAHAN szerint ismét el kellene fogadnunk az öregedést és a halált természetes jelenségnek, ahogyan a tradicionális kultúrák el is fogadták annak. Arra kellene törekednünk, hogy mindenki megélhesse a természetes élettartamot, amely ma kb. 70–80 év[125]. Ez mindenkinek jár, és a medicina célja az kell legyen, hogy mindenkit hozzásegítsen ennek az élettartamnak a leéléséhez. Aki azonban ezt az életkort elérte, az megkapta, ami járt neki, és ezért az ennél idősebb ember csak palliativ, fájdalomcsillapító kezelésben részesüljön, de már nem kell törekedni élete meghosszabbítására[126]. Így idős korban már nem a szükséglet lenne az orvosi kezelések indikációjának legfőbb kritériuma, mert ekkor a szükséglet már túl cseppfolyós fogalom. (Minél idősebb valaki, annál inkább közeledik egészségügyi szükséglete a végtelenhez.) Ezért idős korban maga az életkor válna CALLAHAN felfogása szeint a legfőbb allokációs kritériummá[127].

Elképzelése szerint a végső cél egy olyan, a mainál ésszerűbb egészségügyi rendszer kialakítása lenne, ahol mindenki minden eszközt megkap ahhoz, hogy a természetes élettartamot megélhesse, ezen az életkoron túl azonban már senki nem részesülhet életfenntartó, illetve életmeghosszabbító kezelésben[128]. A cél tehát nem az lenne, hogy mindenáron meghosszabbítsuk az életet, hanem inkább az, hogy a természetes élettartamot mindenki jó életminőségben élhesse le. A gyakran idézett jelszó szerint tehát inkább életet kellene adnunk az éveknek és nem éveket az életnek.

CALLAHAN érvelését összefoglalva tehát kiindulhatunk abból, hogy kb. 80 év mindenkinek jár, és minden lehetséges eszközt biztosítani kell, hogy az emberek ezt az életkort megérhessék. Elérve a 80 évet azonban mindenki megkapta azt, ami jár neki, és életének ezen túl való költséges meghosszabbítását már nem várhatja el a társadalomtól. Ápolást, palliativ kezelést, kényelmi szolgáltatásokat természetesen ezután is biztosítanának a számára, nagyon költséges és csak marginálisan hatékony kezelési eljárásokat azonban nem. A természetes élettartam (például 80 év) alatt a ritka eszközök elosztásakor tehát a kort nem vennék figyelembe, efölött azonban igen, előnyben részesítve azt, aki a 80 év alatt van, azzal az érveléssel, hogy ő még nem kapta meg azt az élettartamot, ami „jár" neki. Ez az elv nemcsak az egyedi döntések, hanem az egészségpolitika szintjén is érvényesülne, mert a források átcsoportosítását jelentené az elsősorban a 80 év alattiakat érintő betegségek (például perinatalis medicina, gyermekgyógyászat stb.) kezelésére, kutatására, prevenciójára, háttérbe szorítva a geriátriai kutatásokat, illetve az ilyenkor használatos terápiás eljárások biztosítását.

Első pillantásra e javaslat durva diszkriminációnak tűnik az idősebbekkel szemben. DANIELS szerint azonban – ha egy ilyen elveken működő egészségügyi rendszer már régóta létezik – akkor az az idős ember, akitől 90 éves korában megtagadnak egy drága és nem túlságosan hatékony kezelést, most ugyan hátrányban van, fiatal korában viszont haszonélvezője volt ugyanennek az elosztási rendszernek, hiszen a fiatalokat egy ilyen finanszírozási rendszer előnyben részesíti. Így egy ilyen egészségügyi rendszer azért nem lenne az idősekkel szemben diszkriminatív, mert ugyanazokat a személyeket részesítené előnyben fiatal korukban, akiket később idős korban hátrányosan érint. Egy ilyen rendszer azért lenne igazságosabb, mert a legalapvetőbb területen biztosítana esélyegyenlőséget: egyenlő esélyt adna mindenkinek arra, hogy megérje az öregkort, a természetes élettartamot, a 80 évet. Így aki 90 éves korában hátrányba kerül ebben a rendszerben, az egy másik, hagyományos egészségügyi rendszerben ezt az életkort esetleg meg sem érhette volna, mert a források nagyobb szűkössége miatt meghalt volna korábban valamilyen más betegségben. Ez a rendszer azért nem lenne diszkriminatív – szól az érvelés –, mert nem egyének között diszkriminál, hanem egy és ugyanazon személy különböző életszakaszai között[129], megadva mindenkinek minden lehetségest fiatalabb korában, és biztosítva ezzel a 80 év megélésének minél nagyobb esélyét, de azon az áron, hogy a 80. év után korlátozottan hatékony kezelést (például egy drága intenzív osztályos kezelést, amely nagy költségen csak hónapokra fogja meghosszabbítani az életét) már nem biztosítanak a számára. Így a kor szerinti diszkrimináció (ageism) azért fogadható el, szemben a nem vagy a rassz szerinti diszkriminációval (szexizmus, rasszizmus), mert egy ember egész életében ugyanahhoz a nemhez és rasszhoz tartozik, így akit hátrányosan kezelnek e jellemzői alapján, azt egész életében éri a hátrányos megkülönböztetés. A kor azonban – szemben a nemmel és

a rasszal – változik, aki ma öreg, és hátrányban van, az fiatal is volt, és akkor előnyben volt, így DANIELS szerint a kor szerinti diszkrimináció ésszerű és elfogadható, ha következetesen és mindenkire alkalmazzák[130].

Ellenérvek a természetes életkorhoz való jogra alapozott érveléssel szemben. CALLAHAN felfogása éles kritikát kapott. Volt, aki könyvét JONATHAN SWIFT „Szerény javaslat" című szatirikus pamfletjéhez hasonlította, amelyben az írországi éhínség megszüntetésére SWIFT azt javasolta, hogy a szülők vágják le gyerekeiket, és húsukat adják el a gazdagoknak finom csemege gyanánt. Semmi nem lenne humánusabb ennél, hiszen a gyerekeket megkímélnék a szegénység borzalmaitól, szüleiket pedig az éhínségtől. CALLAHAN kritikusa szerint SWIFT és CALLAHAN között csak az a különbség, hogy CALLAHAN nem viccel[131].

Mások szerint CALLAHAN messze túlmegy azokon, akik ma a halálhoz való jogot követelik, és javaslata annak analógiájára inkább a meghalás kötelességeként lenne értelmezhető. CALLAHAN javaslata végül is kényszer-eutanáziát jelentene az idősek számára, és ez természetesen elfogadhatatlan, hiszen nem szabad az idősek okozta problémákat az idősek elpusztításával megoldani[132]. Valójában CALLAHAN javaslata túl drákói, s mielőtt elfogadnák, ki kellene próbálni más, elfogadhatóbb eszközöket a költségek csökkentésére[133].

Javaslatainak gyakorlati megvalósítása is sok elfogadhatatlan következményhez vezetne, hiszen CALLAHAN szerint például ha valaki 80 éves kora előtt kapna cukorbetegséget, az kapna insulinkezelést akár 90 éves koráig is (szerinte egy egyszer már elkezdett kezelést nem szabad megszüntetni akkor sem, ha valaki túljutott a természetes életkoron), viszont egy másik személy, aki 81 éves korában válna cukorbeteggé, már nem részesülhetne az életmentő insulinkezelésben. Hasonlóképpen a 80 éves életkor előtt kezdődő veseelégtelenség kezelésére alkalmaznának dialysist, a 80 év után kezdődőre már nem stb.[134]

Arra is rámutattak, hogy a természetes élettartam fogalma az emberi életciklus premodern felfogása, a technika haladásával folytonosan változik[135], a mai természetes élettartam egyáltalán nem természetes, hanem az orvostudomány haladásának és az életkörülmények javulásának az eredménye[136].

Végül arra is rámutattak, hogy CALLAHAN javaslatai nem csökkentenék az egészségügyi kiadásokat, mert ő az életminőség javítására helyezné a hangsúlyt az élet egyszerű meghosszabbítása helyett, ez azonban inkább növelné a költségeket, mintsem csökkentené[137].

A természetes élettartam fogalmával kapcsolatos érvelés alapvetően problematikus. Ez ugyanis – mint láttuk – egyáltalán nem természetes, hanem a mai orvosi technológia által lehetővé tett élettartam. Ha tehát egy bizonyos életkort (például 80 év) jelölnek meg a természetes élettartam felső határának, és ennek elérése után életmentő költséges kezelést az idősek számára nem biztosítanak, akkor a társada-

lom elesik az idősek ellátására szolgáló orvosi technológia továbbfejlesztésének, a természetes élettartam további növelésének lehetőségétől. Ez azért is rossz, mert nem tartható, hogy a természetes élettartam elegendő arra, hogy valaki teljes életet éljen, kitűzött életcéljait megvalósítsa stb. Idős korára valóban megvalósíthatta valaki fiatal kori céljait, de új célok is keletkeznek eközben, amelynek megvalósítása ismét időt igényel. Vagyis nem mondhatjuk az élet egyetlen szakaszában sem, bármilyen késői is az, hogy az illető megkapta már, ami jár neki, és ezért adja át a helyét (például egy életmentő orvosi kezelés lehetőségét) egy fiatalabbnak, akinek az életből eddig még kevesebb jutott.

DANIELS érvelése filozófiailag sokkal védhetőbb, mint CALLAHANÉ, mert ő elkerüli az öregek fiatalokkal szembeni hátrányos megkülönböztetésének a vádját, hiszen értelmezésében csak az elérhető erőforrások átcsoportosításáról van szó, arról, hogy a rendelkezésre álló eszközöket mindenki fiatalabb korában kapja meg, cserébe azért, hogy idős korában viszont a költségesebb kezelésekről le kell mondania. Így saját idős kori költséges ellátásáról lemondva mindenki saját fiatal kori költséges ellátását finanszírozza, növelve így annak esélyét, hogy eszközök hiányában nem fog meghalni fiatalon, s így megélheti az öregkort.

Egy fontos ellenérv kínálkozik azonban DANIELS érvelése ellen is. Egy ilyen egészségügyi rendszer bevezetésekor az idősek első generációja számára elkerülhetetlenül igazságtalan lenne, hiszen tőlük úgy tagadnának meg költséges életmeghosszabbító kezeléseket, hogy fiatal korukban nem kaptak ezért kompenzációt, hiszen akkor még a régebbi egészségügyi rendszer volt érvényben, amelyben a fiatalok ellátásának rovására is biztosítottak költséges kezelést az idősebbek számára. Így egy ilyen rendszer csak kellő idejű fennállás után lehet igazságos, a bevezetésekor azonban az akkori idősek számára igazságtalan, mert számukra diszkriminatív[138]. Így a kor szerinti elosztás e mérsékeltebb, a durvább diszkriminációt jobban elkerülő formája is erkölcsileg megkérdőjelezhető. Alaposabban megvizsgálva azt találjuk, hogy az életkor figyelembevétele gyakran burkolt módja annak, hogy a társadalmi hasznosság szempontját alkalmazzák a ritka eszközök elosztásakor. Ez azonban igazságtalan, hiszen csak az idős emberek jelenlegi kisebb gazdasági produktivitását veszi figyelembe, eltekint viszont attól, hogy a társadalom jelen szintre való fejlődését – s közte a kérdéses ritka orvosi eszköz létrehozását is – éppen a mai idős emberek korábbi munkája tette lehetővé[139].

Gyakran hangoztatott érv, hogy a kor önmagában ugyan valóban nem számíthat ritka eszközök elosztásánál, mégis fontos jele lehet annak, hogy valaki orvosilag mennyi hasznot remélhet bizonyos terápiáktól. Így a kor voltaképpen orvosi kritérium, és az idősebbeket azért szorítják háttérbe, mert a legtöbb terápiás eljárás számukra kisebb haszonnal jár, mintha fiatalabbak kapnák[140]. Ez az érvelés sok szempontból helytálló, azonban vigyázni kell a benne rejlő csapdára. Sokszor előfordul, hogy nem orvosi kritériumokat orvosinak maszkíroznak. Ilyen volt

Nagy-Britannia már említett haemodialysis-gyakorlata, amelyben egy bizonyos életkoron felül nem részesítették az időseket a kezelésben, holott az számukra épp annyira hasznos, mint a fiatalabbak számára. Ügyelni kell tehát, hogy adott esetben valóban az orvosi hasznosságot mérlegeljék.

Következtetések. Mint láttuk, az életkor önmagában erkölcsileg nem elfogadható kritérium a ritka, életmentő eszközök elosztásakor, ezért ilyen választási helyzetben a fiatal – pusztán életkora miatt – nem részesíthető előnyben az idősebbel szemben. Ilyenformán a kor szerinti diszkriminációt éppúgy elfogadhatatlannak kell tartani, mint a nem vagy a bőrszín alapján való hátrányos megkülönböztetést. Előfordulhat azonban, hogy bizonyos terápiás eljárások idősebbeknél kevésbé hatásosnak bizonyulnak. Ilyenkor indokolt lehet a fiatal előnyben részesítése, de nem pusztán a kora miatt, hanem a kezelés nagyobb hatékonysága folytán. Azt azonban, hogy idősebbek egy kezelésre ugyanúgy reagálnak-e, mint a fiatalabbak, általában nem lehet tapasztalat nélkül, puszta feltételezés alapján eldönteni. Ez csak úgy állapítható meg, ha kezdetben a rendelkezésre álló eszközökkel nagyszámú időst és fiatalt egyaránt kezelnek, majd a kezelés eredményességét utólag megvizsgálják. Nem elfogadható tehát az az eljárás, amely bizonyos életmentő kezelésekből (például dialysis) az idősebbeket egy bizonyos kor felett eleve kizárja, anélkül hogy kellő tapasztalat gyűlt volna össze arról, mennyire hasznos számukra a kezelés[141].

A mai modern társadalmak – sok tradicionális társadalomtól eltérően – nagyra értékelik a fiatal kort, elsősorban a fiatalok produktivitása miatt. Mindez azonban nem elég indok arra, hogy orvosi döntések során a mai kor ezen előítéletét döntő módon vegyék figyelembe. Amennyiben életkor alapján bizonyos csoportokat kizárnak bizonyos terápiás eljárásokból, ennek morálisan elfogadható indoka csak orvosi lehet, sohasem pusztán az életkor. (Ilyen elfogadható indoklás például az, hogy bizonyos gyógyszerek – az enzimrendszerek éretlensége miatt – bizonyos kor alatti újszülötteknek, csecsemőknek nem adhatók. Ez azonban már orvosi indoklás, amelyben az életkor csak egy testi állapot jelzője, de nem önmagában számításba vett paraméter.)

Az életkort önmagában azért sem lehet figyelembe venni, mert a kronológiai kor rosszul korrelál a biológiai korral, és az orvosi döntésekben, ha egyáltalán számít, akkor a biológiai kor számít. Így a kronológiai kor alapján eldönteni, hogy ki kapjon és ki ne kapjon kezelést, elfogadhatatlan[142].

A ritka orvosi eszközök életkor szerinti elosztása tehát ellentmond az emberi élet egyenlőségéről vallott elveknek, ezért önmagában erkölcsileg elfogadhatatlan elosztási kritérium.

A betegek kiválasztásának szempontjai kísérleti terápia esetén

Speciális szempontok vetődnek fel akkor, amikor egy terápia még csak kísérletinek tekinthető. (Ilyen volt például a haemodialysis vagy a májtranszplantáció a hatvanas években.) A kísérleti stádiumban lévő terápia általában még ritka, és széles körű alkalmazása etikai okokból sem lenne megengedhető, hiszen még nem ismertek előnyei és veszélyei. Ezekre csak a terápiával kapcsolatos kellő tapasztalat megszerzése után lehet következtetni. Ezért a betegek kiválasztása itt is alapvető probléma.

Általános szabályként az fogadható el, hogy mivel minden kísérlet „ugrás a sötétbe", vagyis nem lehet tudni, hogy mennyire lesz hasznos a kísérleti alany számára, viszont ilyenkor a veszély a standard terápiához képest mindig potenciálisan nagyobb, ezért a kísérlethez a betegek kiválasztására némileg szigorúbb kritériumokat kell alkalmazni, mint standard terápiára[143]. Ha ugyanis a veszélyek nagyobbak, akkor elvárható, hogy ennek ellensúlyozására csak azok a betegek részesüljenek a terápiában, akik számára a terápiás haszon is várhatóan a legnagyobb lesz. Ezért ilyenkor az orvosi kritériumok alkalmazásakor egy kissé magasabbra kell emelni a mércét, és ez igaz a nem orvosi kritériumokra is. Láttuk például, hogy standard terápia alkalmazásakor is a kezelés orvosi eredményességét befolyásoló tényező a beteg pszichológiai stabilitása és az őt támogató családi környezet jelenléte vagy hiánya, ezért az orvosi szempont részeként figyelembe veendő. Mindez kísérleti terápiára még fokozottabban igaz, hiszen itt a veszélyek nagyobbak, a kezeléssel kapcsolatos bizonytalanság fokozott, így a beteg nagyobb pszichológiai terhelésnek van kitéve. Ezért ilyenkor e tényezők a standard terápia esetén megengedhetőnél nagyobb súllyal szerepelnek, és ezek alapján olyan betegek kizárása is indokolt a kísérletből, akiket standard terápia esetén nem lenne szabad kizárni a kezelésből[144].

Mindez persze azt a problémát is felveti, hogy meddig tekinthető egy kísérleti terápia kísérletinek, és mikor válik standard terápiává? A határ meglehetősen elmosódó, de etikai szempontból fontos, hiszen amikor egy terápia a kísérleti stádiumon túljut, és standard terápiává válik, akkor a kísérletnél alkalmazott szigorúbb betegkiválasztási kritériumok többé nem indokolhatók, további alkalmazásuk diszkriminatív és etikailag elfogadhatatlan.

Gyakran említik a szakirodalomban, hogy kísérleti terápia esetén egy újabb betegkiválasztási kritérium is indokolt, amelyik standard terápia esetén nem jön szóba: azokat a betegeket kell bevenni a kísérletbe, akiknek az „esete" orvosi szempontból érdekesebb, vagyis akiken az adott betegség olyan „tisztán", más betegségekkel nem kombinálva fordul elő, hogy orvosilag jobban tanulmányozható, és így az ő kiválasztásuk a tudomány haladása szempontjából a legindokoltabb. Látni kell azonban, hogy ez az érvelés a társadalmi hasznosság kritéri-

umának az egyik alesete. Hiszen nem azt vizsgálják ilyenkor, hogy az adott kísérleti terápia valószínűleg mennyire lesz hasznos a betegnek, hanem azt, hogy az ő kezeléséből mennyi haszna lesz a tudománynak, s így a társadalomnak. Ez pedig a tradicionális orvosi ethosszal nem összeegyeztethető szempont, így etikailag ennek alkalmazása kísérleteknél sem elfogadható[145].

ÖSSZEFOGLALÁS

Foglaljuk össze tehát azokat a kritériumokat, amelyeknek használata erkölcsi szempontból elfogadhatónak tűnik a ritka, életmentő orvosi eszközök elosztásakor. Mint láttuk, a legfontosabb szelekciós kritériumok kétségtelenül az orvosiak. Itt azt kell vizsgálni, lehet-e haszna a betegnek a ritka eszközzel való kezelésből. Akkor mondható ki, hogy igen, ha a kezelés sikere egy bizonyos előre megállapított minimális valószínűségnél nagyobb, vagy az így megmentett élet hossza, esetleg minősége egy bizonyos minimumot meghalad. Ezen a minimumon túlmenően azonban csak azok a betegek részesíthetők előnyben a többiekkel szemben, akik kezelésénél a siker valószínűsége nagyobb, mint a másik betegnél. Nem részesíthető előnyben a szelekció során az egyik beteg a másikkal szemben pusztán azért, mert az egyik túlélése valószínűleg hosszabb, illetve életminősége jobb lesz. Előnyben részesíthető a beteg a másikkal szemben akkor, ha esete sürgősebb kezelést tesz szükségessé, vagyis kezelés nélkül 2 héten belül meghalna, a másik viszont nem[146].

A társadalmi hasznosság kritériuma egyik formájában sem elfogadható. Sem az a formája nem védhető etikailag, amelyik egy egyén múltbeli hasznosságát veszi figyelembe, sem az, amelyik a valószínűsíthető jövőbeli hasznosságából indul ki[147].

A területi elv általában nem fogadható el, kivéve akkor, ha egy csoport – saját pénzén – az illető ritka eszközt, ellátást a saját maga számára állította elő, és így korlátozza azt, hogy mások (a csoporton kívüliek) az eszközhöz hozzájussanak. Ez az eset áll fenn egy adott ország és idegen állampolgárok vonatkozásában is. A szánalom, a méltányosság azonban még ilyenkor is azt diktálja, hogy néhány csoporton kívüli betegnek (például külföldinek) kvótarendszer alapján ellátást nyújtsanak[148].

A ritka eszközzel szükséges kezelés időtartama fontos kritérium, hiszen a rövidebb idejű kezelést igénylők előnyben részesítésével a megmenthető betegek száma növelhető. Fontos azonban, hogy az elvet alkalmazva azért ne zárják ki a kezelésből teljesen azokat sem, akik hosszabb idejű kezelést igényelnek, illetve az egészségügyi erőforrásokra aránytalanul nagy mértékben szorulnak rá. Az ő kezelésük a prioritási listán hátrább van, de nem szorulhatnak ki teljesen

a kezelésből. Az sem fogadható el, amikor egy beteget egy kezelésre csak egy meghatározott ideig tartanak jogosultnak, és utána a kezelését megszüntetik.

Egy beteg túlélésének fontossága mások élete, jóléte szempontjából figyelembe vehető, különösen akkor, ha a beteg halála mások számára akkora kár, hogy bekövetkezésekor életük vagy egészségük is veszélyben forog[149].

A beteg kora, pszichológiai stabilitása, illetve az őt támogató családi környezet jelenléte vagy hiánya fontos tényező annak megítélésében, hogy mennyire lehet hasznos a beteg számára az adott eszközzel való kezelés. Ezek a kritériumok azonban csak az orvosi kritérium részeként vehetők figyelembe, de nem használhatók fel önálló szelekciós kritériumként. Ez azt jelenti, hogy egyetlen beteget sem lehet pusztán a kora miatt vagy az őt támogató családi támogatás hiánya miatt a kezelésből kizárni. Ez csak akkor lehet indokolt, ha a kor, az emocionális labilitás stb. lehetetlenné teszi, hogy a betegnek orvosilag haszna lehessen a kezelésből. Ezt nagyon sokszor lehetetlen másképp megállapítani, mint úgy, hogy nagyszámú idős, emocionálisan instabil stb. beteget kezelnek, és megállapítják, hogy valóban kevésbé használ-e számukra a kezelés. Pusztán ama feltételezés alapján, hogy idősek, egyedülállók nem jól fognak tolerálni egy terápiát, nem szabad őket háttérbe szorítani semmiféle kezelés vonatkozásában. A gyakorlatban úgy lehet ezt biztosítani, hogy azt vizsgáljuk, hogy a beteg kora, emocionális labilitása stb. nem tenné-e a ritka eszközzel való kezelést akkor is haszontalanná, ha az nem lenne ritka, hanem korlátlanul rendelkezésre állna. Ilyenkor ugyanis csak akkor nem részesítenék a beteget az illető kezelésben, ha valóban semmiféle orvosi haszon nem lenne tőle várható[150].

Természetesen a beteg beleegyezése fontos kritérium. Csak tájékozott beleegyezés után lehet a beteget bármiféle kezelésben részesíteni. A beteg sokszor azonban csak akkor érti meg, hogy milyen terhek, illetve előnyök járnak egy kezeléssel, ha azt már kipróbálta, ha az adott kezelésben már egy ideje részesül. Ha ilyenkor utasít vissza a beteg egy életfontosságú kezelést, ez informáltsága szempontjából meggyőzőbb és jobban elfogadható, mintha kezelés előtt utasítja vissza azt, amikor még nem is tudja pontosan, mit jelent az majd a számára.

A beteg morális felelőssége saját betegsége kialakulása szempontjából elméletileg ugyan elfogadható kritérium, a gyakorlatban azonban ritkán bizonyítható, hogy tettei közvetlen okozati összefüggésben voltak a betegsége kialakulásával, hogy tudatában volt annak, hogy életmódja betegséghez fog vezetni, és hogy megfelelő szabadsággal rendelkezett ahhoz, hogy ne az adott betegséghez vezető életmódot válassza. Mivel az egyéni felelősség ilyen pontosan úgyszólván sohasem bizonyítható, ezért ez a kritérium a gyakorlatban nem alkalmazható[151].

A fizetőképesség kritériumként általában nem fogadható el, kivéve akkor, ha a fizetőképes betegek nem a fizetni nem tudók helyett, őket kiszorítva kapnak kezelést, hanem azok mellett, úgy, hogy saját ellátásuk költségeit ők maguk finan-

szírozva új eszközök bevonását teszik lehetővé a kezelésbe. Ha az így keletkező haszon egy része adó formájában az egészségügy ingyenes részét támogatja, ily módon hozzáférhetőbbé téve a ritka eszközt a fizetni nem tudók számára is, akkor a fizetőképesség elve ezekkel a feltételekkel elfogadható.

A véletlenszerű elosztás mindkét formája (sorsolás, illetve az érkezési sorrend, vagyis a sorban állás) elfogadható elosztási elv. Bár a sorsolás etikai szempontból igazságosabbnak tűnik, mégis a sorban állás módszere az elfogadottabb a gyakorlatban, valószínűleg azért, mert megszokottabb.

Kísérleti terápia esetén a szelekciós kritériumok ugyanazok, csak szigorúbbak, mint standard terápia alkalmazásakor, hiszen a beteget fenyegető veszély is nagyobb, így a haszon valószínűségének is nagyobbnak kell lennie, hogy a kísérlet etikailag elfogadhatóvá váljék[152].

Végső soron tehát 7 olyan kritérium van, amelyik erkölcsileg elfogadhatónak tűnik a ritka, életmentő orvosi eszközök elosztása során: a beavatkozás orvosi haszna, orvosi sürgőssége, a siker valószínűsége, a ritka eszköz szükséges alkalmazásának ideje, a beteg fontossága más emberek életben maradása vagy jóléte szempontjából, a beteg beleegyezése és a véletlenszerű elosztás[153].

A betegek kiválasztásának módszere a ritka, életmentő eszközökkel való kezelés szempontjából

Az eddigiek alapján KILNER a következő módszert és sorrendet ajánlja a betegek kiválasztására a ritka, életmentő orvosi eszközökkel való kezelésre akkor, ha nincs elegendő eszköz arra, hogy minden rászorulót kezeljenek[154]:

1. Azoknak a betegeknek a kiválasztása, akik számára az adott eszközzel való kezelés orvosilag hasznos lehet. Ennek keretében figyelembe lehet venni a beteg korát, pszichológiai stabilitását, a támogató családi háttér jelenlétét vagy hiányát is. Ezen az alapon azonban csak akkor szabad a beteget kizárni a kezelésből, ha akkor is kizárnák belőle, ha a ritka eszköz korlátlanul hozzáférhető lenne.
2. Az előbbiek alapján kiválasztott betegek közül legelőször azokat kell kezelni, akiknek ez orvosilag a legsürgősebb, vagyis kezelés nélkül nagyon rövid időn (például 2 héten belül) meghalnának.
3. Ha az előbbi alapján kiválasztva még maradt szabad hely, akkor a fennmaradó betegek közül azokat kell előnyben részesíteni, akiknek a kezelése az eszköz rövidebb idejű igénybevételét teszi csak szükségessé, illetve azokat, akik nem kezelése, illetve az ilyen módon bekövetkező halála mások életét is veszélyezteti.
4. Ha az előző szempontok alapján még mindig nem lehet egyértelműen dönteni, mert már nincs különbség a betegek között, akkor a fennmaradó betegek közül sorshúzással lehet kiválasztani az először kezelendőket.

Az itt ismertetett módszer számos elemét illetően – USA-beli vizsgálatok alapján – meglehetősen széles körű konszenzus van az orvosok körében. Két olyan szempont van azonban, amelyben a széles körű egyetértés kétséges. Az egyik a sorsolás használata a kiválasztás utolsó szakaszában. Itt sokan az érkezési sorrendet (sorban állás) tekintik elfogadhatóbbnak, és a gyakorlatban is ez terjedt el jobban. Bár etikailag, mint láttuk, a sorsolás tűnik helyesebbnek, elvileg a sorban állás is elfogadható, hiszen az is a véletlenszerű elosztás egyik formája. Az is alkalmazhatja a leírt kiválasztási struktúrát, aki ezt fogadja el a sorsolás helyett, azzal a különbséggel, hogy a kiválasztás utolsó fázisában sorsolás helyett a várakozási listán elfoglalt helyet használja kritériumként[155].

A másik vitatható pont a kezelési siker valószínűségének a figyelembe nem vétele a kritériumok között. Természetesen az orvosi kritériumok között, az 1. pontban ez a megfontolás már implicite szerepel, olyan értelemben, hogy csak azok kezelése indikált orvosilag, akik kezelésének sikere egy bizonyos minimális valószínűségnél nagyobb. Vannak azonban, akik ezt nem tartják elégségesnek, és azt mondják, hogy túl e minimum-követelményen annál nagyobb prioritást kell kapnia egy betegnek, minél nagyobb esetében a kezelés sikerének a valószínűsége. Ily módon az, akinek a kezelésekor a siker valószínűsége igen nagy, kiszoríthatja azt, akinek kezelésekor a siker valószínűsége csak nagy. Mivel a gyakorlatban a valószínűségek becslése igen nehéz, ezért ez a kritérium objektíven igen kevéssé használható. Aki mégis úgy érzi, hogy használata szükséges, az ezt a szempontot a sorsolás előtt, vagyis a 3. és a 4. lépés között használhatja anélkül, hogy a döntés struktúráját megváltoztatná[156].

A betegkiválasztás eljárási feltételei

A betegkiválasztás tartalmi kritériumain túl néhány szót azonban szólni kell a kiválasztás formai, eljárási oldaláról is. Mivel a kiválasztási mechanizmusban számos olyan elem van, amelynek megítélése nem egyértelmű, célszerű az egyéni elfogultság, előítélet kiküszöbölésére, ha a betegkiválasztással kapcsolatos döntéseket olyan vegyes összetételű kórházi etikai bizottság hozza meg, amelynek tagjai között az orvosokon kívül etikus, filozófus, teológus, jogász és laikus is jelen van, hiszen a betegkiválasztás során keverednek orvosi, etikai, jogi stb. kérdések. Ez az orvos számára is megnyugtatóbb, hiszen nem kényszerül magányos döntéshozatalra ezekben a kérdésekben, amelyek az orvosi gyakorlat legnehezebb és legfájóbb döntései közé tartoznak.

Jegyzetek a 8. fejezethez*

[1]*Kilner, J. F.* (1990): Who Lives? Who Dies? Ethical Criteria in Patient Selection. New Haven & London, Yale University Press (p. 6)
[2]*Childress, J. F.* (1970): Who shall live when not all can live? Sounding, Vol. 53, 1970. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): Ethics in Medicine. Massachusetts and London, The MIT Press (p. 621)
[3]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 7)
[4]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): Principles of Biomedical Ethics. (3rd ed.) Oxford, Oxford University Press (p. 290)
[5]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 6)
[6]*Rescher, N.* (1969): Allocation of Exotic Medical Lifesaving Therapy. Ethics, Vol. 79, no. 3. April, 1969. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): Medical Ethics. A Clinical Textbook and Reference for Health Care Professions. Massachusetts, The MIT Press (p. 575)
[7]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 13)
[8]Ibid.
[9]*Childress, J. F.* (1970): i. m. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): i. m. (p. 621)
[10]*Sanders, D., Dukeminier, J. jr.* (1968): Medical Advance and Legal Lag: Hemodialysis and Kidney Transplantation. UCLA Law Review, vol. 15, February 1968. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): i. m. (p. 611)
[11]Ibid. (p. 609)
[12]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 14–16)
[13]*Sanders, D., Dukeminier, J. jr.* (1968): i. m. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): i. m. (p. 610)
[14]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 13–14)
[15]Ibid.
[16]*Annas, G. J.* (1985): The Prostitute, the Playboy and the Poet: Rationing Schemes for Organ Transplantation. American Journal of Public Health, Vol. 75. In: *Mappes, T. A., Zembaty, Jane, S.* (eds) (1991): Bimedical Ethics. (3rd ed.) New York, Mcgraw-Hill, Inc. (p. 610)
[17]*Spicker, F. S.:* Rights, Reasonable Expectations, and Rationing: A Commentary on the Essays of Ruth Mattheis and Baruch Brody. In: *Sass, H.-M., Massey, R. V.* (eds) (1988): Health Care Systems. (Moral conflicts in European and American Public Policy. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers (p. 250)
[18]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 116)
[19]Ibid. (p. 117)
[20]*Schwartz, W. B., Aaron, H. J.* (1984): Rationing Hospital Care. Lessons from Britain. The New England Journal of Medicine, 310:53. (January 5)
[21]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 118)
[22]Ibid. (p. 121)
[23]Ibid. (p. 124)
[24]Ibid. (p. 126)
[25]Ibid. (p. 130)
[26]Ibid. (p. 127)
[27]*Rescher, N.* (1969): i. m. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): i. m. (p. 584–585)
[28]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 132)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal

[29]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (eds) (1989): i. m. (p. 294)
[30]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 136)
[31]Ibid. (p. 140)
[32]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (eds) (1989): i. m. (p. 287)
[33]*Annas, G. J.* (1985): i. m. In: *Mappes, T. A., Zembaty, Jane, S.* (eds) (1991): i. m. (p. 611)
[34]*Lockwood, M.* (1988): Quality of Life and Resource Allocation. In: *Bell, J. M., Mendus, Susan* (eds) (1988): i. m. (p. 44)
[35]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 139)
[36]Ibid. (p. 142)
[37]Ibid. (p. 141)
[38]Ibid. (p. 146)
[39]Ibid. (p. 147)
[40]Ibid.
[41]Ibid. (p. 120–121)
[42]Ibid. (p. 152)
[43]Ibid. (p. 154.)
[44]Ibid. (p. 155)
[45]Ibid. (p. 158)
[46]*Kolata, Gina, Bari:* Dialysis after Nearly a Decade. Science, Vol. 208, May 2, 1980. In: Abrams, Natalie, Buckner, M. D. (eds) (1983): i. m. (p. 571)
[47]*Sanders, D., Dukeminier, J. jr.* (1968): i. m. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): i. m. (p. 607)
[48]*Rescher, N.* (1969): i. m. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): i. m. (p. 584)
[49]*Knox, R. A.* (1980): To Pay or Not to Pay. Science, vol. 209, August 1In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): i. m. (p. 563)
[50]*Sanders, D., Dukeminier, J. jr.* (1968): i. m. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): i. m. (p. 610)
[51]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 97)
[52]Ibid. (p. 99)
[53]Ibid. (p. 100)
[54]Ibid. (p. 102)
[55]Ibid. (p. 107)
[56]Knox, R. A. (1980): i. m. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): i. m. (p. 563)
[57]Kilner, J. F. (1990): i. m. (p. 110–111)
[58]Ibid. (p. 106)
[59]Ibid. (p. 109)
[60]Ibid. (p. 108)
[61]Ibid. (p. 110)
[62]*Rescher, N.* (1969): i. m. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): i. m. (p. 578)
[63]Ibid.
[64]*Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): i. m. (p. 626)
[65]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 37)
[66]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 299)
[67]*Reiser, S. J.* (1977): Therapeutic Choice and Moral Doubt in a Technological Age. In: Daedalus, Winter, 1977. (p. 54)
[68]*Annas, G. J.:* i. m. In: *Mappes, T. A., Zembaty, Jane S.* (eds) (1991): i. m. (p. 609)
[69]*Sanders, D., Dukeminier, J. jr.* (1968):. i. m. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): i. m. (p. 610)
[70]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 27)

[71]Ibid. (p. 45)
[72]*Rescher, N.* (1969):.i. m. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): i. m. (p. 576)
[73]Ibid. (p. 576–577)
[74]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 49)
[75]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 293)
[76]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 49)
[77]Ibid. (p. 50)
[78]Ibid. (p. 51)
[79]Ibid. (p. 60)
[80]Ibid. (p. 69)
[81]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 300)
[82]Ibid.
[83]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 71)
[84]*Lockwood, Michael* (1988): i. m. In: *Bell, J. M., Mendus, Susan* (eds) (1988): i. m. (p. 51)
[85]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 70–71)
[86]*Glover, J.* (1988): Causing Death and Saving Lives. Penguin Books (p. 226)
[87]*Blank, R. H.* (1988): Rationing Medicine. New York: Columbia University Press. (p. 215)
[88]*Underwood, M. J., Bailey, J. S.* (1993): A koronáriabypass-műtétet nem kell felajánlani a dohányzóknak. British Medical Journal, Magyar Kiadás. 1993. szeptember. (p. 84)
[89]The Netherlands (1992): Choices in Health Care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care (p. 65)
[90]*Williams, A.* (1988): Ethics and Efficiency in the Provision of Health Care. In: *Bell, J. M., Mendus, Susan* (eds) (1988): i. m. (p. 119)
[91]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 171)
[92]The Netherlands (1992): i. m. (p. 62)
[93]*Loewy, E. H.* (1989): Textbook of Medical Ethics. Plenum Publishing Corporation. (p. 197)
[94]The Netherlands. (1992): i. m. (p. 63)
[95]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 177)
[96]Ibid. (p. 180)
[97]Ibid. (p. 188)
[98]*Blank, R. H.* (1988): i. m. (p. 97-98)
[99]Ibid. (99)
[100]Ibid. (192)
[101]*Annas, G. J.:* i. m. In: *Mappes, T. A., Zembaty, Jane S.* (eds) (1991): i. m. (p. 610)
[102]*Rescher, N.* (1969): i. m. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): i. m. (p. 583)
[103]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 197)
[104]*Loewy, E. H.* (1989): i. m. (p. 196)
[105]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 200)
[106]U.S. v. Holmes. cit. *Childress, J. F.* (1970): i. m. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): i. m. (p. 621)
[107]*Sanders, D., Dukeminier, J. jr.* (1968): i. m. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): i. m. (p. 611)
[108]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 193)
[109]*Margolis, J.* (1985): Triage and Critical Care. In: Moskop, J. C., Kopelman, Loretta (eds) (1985): Ethics and Critical Care Medicine. Dordrecht. D. Reidel Publishing Company.
[110]*Schwartz, W. B., Aaron, H. J.* (1984): Rationing Hospital Care. Lessons from Britain. The New England Journal of Medicine. 310:52–56 (January 5)
[111]*Sanders, D., Dukeminier, J. jr.:* i. m. In: *Reiser, S. J., Dyck, A. J., Curran, W. J.* (1977): i. m. (p. 607)
[112]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 78)

[113]Ibid. (p. 88)
[114]*Lockwood, M.* (1988): i. m. In: *Bell, J. M., Mendus, Susan* (eds) (1988): i. m. (p. 50)
[115]Ibid. (p. 53)
[116]*Harris, J.* (1985): The value of life. London, Routledge & Kegan Paul (p. 95)
[117]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 83)
[118]Ibid. (p. 90)
[119]*Harris, J.* (1985): i. m. (p. 89)
[120]*Gadow, Sally:* Medicine, Ethics, and the Elderly. The Gerontologist, Vol. 20, no. 6, 1980. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds) (1983): i. m. (p. 357–358)
[121]*Harris, J.* (1985): i. m. (p. 101–102)
[122]Ibid. (p. 93)
[123]*Daniels, N.* (1985): Just Health Care. Cambridge. Cambridge University Press (p. 86)
[124]*Callahan, D.* (1987): Setting Limits. New York. Simone & Schuster Inc. (p. 21)
[125]Ibid. (p. 148)
[126]Ibid. (p. 135)
[127]Ibid. (p. 138)
[128]Ibid. (p. 157)
[129]*Daniels, N.* (1985): i. m. (p. 97–98)
[130]*Daniels, N.* (1991): Equal Opportunity and Health Care Rights for the Elderly. In: *Bole, T. J. III., Bondeson, W. B.* (eds) (1991): Rights to Health Care. Dordrecht. Kluwer Academic Publishers (p. 209)
[131]*Hentoff, N.* (1988): The Pied Piper Returns for the Old Folks. The Village Voice, April 26, 1988. In: *Homer, P., Holstein, Martha* (eds) (1990): A good old age? The paradox of setting limits. New York, Simone & Schuster Inc. (p. 51–52)
[132]*Fletcher, J.* (1988): Setting Medical Limits. Loma Linda University Ethics Center Update 4 (1) (June, 1988). In: *Homer, P., Holstein, Martha* (eds) (1990): i. m. (p. 64)
[133]*Cassel, Christine K.:* The limits of Setting Limits. In: *Homer, P., Holstein, Martha* (eds.) (1990): i. m. (p. 199)
[134]*Wetle, Terrie, Besdine, R. W.* (1988): Letting Individuals Decide. The New England Journal of Medicine. 319 (7) August 18, 1988. In: *Homer, P., Holstein, Martha* (eds) (1990): i. m. (p. 56)
[135]*Moody, H. R.* (1988): „Natural" Limits to Health Care. Medical Humanities Review. 2(2) (July 1988) In: *Homer, P., Holstein, Martha* (eds) (1990): i. m. (p. 271)
[136]*Singer, P.* (1988): Setting Limits. For Whose Benefit? Bioethics. 2 (2) 1988. In: *Homer, P., Holstein, Martha* (eds) (1990): i. m. (170–171)
[137]*Schwartz, W. B., Aaron, H. J.* (1988): A Tough Choice on Health Care Costs. The New York Times, April 6. In: *Homer, P., Holstein, Martha* (eds) (1990): i. m. (p. 88)
[138]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 86)
[139]Ibid. (p. 89)
[140]*Gadow, Sally* (1980): Medicine, Ethics, and the Elderly. The Gerontologist, vol. 20, no. 6, 1980. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds.) (1983): i. m. (p. 357–358)
[141]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 94)
[142]*Thomasma, D. C.* (1993): Moral Problems in Aging. Bulletin of the ESPMH. (European Philosophy of Medicine and Health Care) Vol.1:3 (p. 16)
[143]*Kilner, J. F.* (1990): i. m. (p. 211)
[144]Ibid. (p. 216)
[145]Ibid. (p. 219)
[146]Ibid. (p. 224)
[147]Ibid. (p. 211)
[148]Ibid. (p. 222)

[149]Ibid.
[150]Ibid. (p. 223)
[151]Ibid. (p. 225)
[152]Ibid. (p. 226)
[153]Ibid.
[154]Ibid. (p. 230)
[155]Ibid. (p. 231)
[156]Ibid.

9. fejezet - A műви abortus etikai kérdései

Kevés probléma kapott több figyelmet az elmúlt 25 év nemzetközi bioetikai irodalmában, mint az abortus kérdése, a viták ma mégis éppen olyan hevesek, mint kezdetben. A fő probléma az, hogy az igazán logikusnak tűnő álláspontok szélsőségesek, és szemben állnak mind a közgondolkodással, mind a legtöbb ország gyakorlatával, míg a mérsékelt álláspontokat, melyek a gyakorlathoz és a józan észhez is közelebb állnak, nehéz elméletileg is indokolni. Hiszen úgy tűnik, hogy ha már a megtermékenyített petesejt éppen olyan ember, mint bármelyikünk, akkor az abortus szinte soha nem indokolható. Akkor sem, ha a nő terhessége bűncselekmény (például nemi erőszak) következménye, hiszen ez azt jelentené, hogy apja bűnéért a gyermeket büntetik – mégpedig halállal –, és még akkor is nehéz az elméleti indoklás, ha az abortus az anya életének a megmentése céljából lenne szükséges, hiszen – ha mindketten egyformán emberek – mi indokolja, hogy mindig az anya életét mentsék meg és ne a magzatét? Ilyenkor gyakran az anyának az önvédelemhez való jogára szoktak hivatkozni, csakhogy ez legfeljebb azt indokolná, hogy az anya maga végezhessen magának abortust, ha tud, azt azonban nem, hogy megkérhesse orvosát, hogy az ő életét mentse meg és ne a magzatáét (ha mindkettőt egyszerre nem lehet megmenteni), hiszen két ártatlan ember élete közötti választásra sokan csak a véletlent (például sorshúzást) tartják elfogadható választási módnak, és ez természetesen nem mindig az anya életét részesítené előnyben. Az, hogy mindannyian szörnyűnek éreznénk egy ilyen döntést, és legtöbben mégis az anya életét mentenénk meg, azt mutatja, hogy ösztönösen mégsem érezzük a magzatot ugyanolyan jogú embernek, mint az anyát.

A jog azonban az élethez való jog tekintetében nem ismerhet el erősebb és gyengébb jogot. Vagy joga van valakinek az életre, és ekkor ugyanannyi joga van, mint bárki másnak, vagy nincs, de egy születése előtt egy órával álló magzatra nézve ezt a szélsőséget is nehezen lehet elfogadni.

Az abortuskérdés kétségtelenül az egyik legnehezebben megoldható, alapvetően filozófiai természetű bioetikai probléma. A kérdés racionális megoldását azonban nehezíti, hogy a róla folytatott vitákban sokszor elszabadulnak az indulatok, és nem mindig biztosítható a fogalmak használatának az a pontossága, amelyre a probléma sikeres megoldásához szükség lenne. Az indulatok elszabadulása azonban némiképp érthető, hiszen itt nem kevesebbről van szó, mint arról, hogy a kétségtelenül az emberi fajhoz tartozó magzat mennyire tekinthető embernek morális értelemben is? Ez a kérdésfeltevés pedig kényelmetlen érzéseket kelt, hiszen a történe-

lem során már számos példa volt arra, hogy emberek bizonyos csoportjait (más bőrszínűeket, más vallásúakat, más nemzetiségűeket stb.) morálisan nem tekintettek teljes értékű embernek. Ez a gondolkodás az emberiség történetében olyan gyakori volt, hogy önkéntelenül is felvetődik a gyanú, hogy az abortus nem az emberek közötti diszkrimináció egyik utolsó olyan formája-e, amelyet sokan még ma is elméletileg indokolhatónak tartanak? Az abortus ellenzői rá szoktak mutatni, mennyi hasonlóság van a rabszolgaság vagy a rasszizmus melletti régi érvelés és az abortus melletti mai érvelés között. Hiszen például a múlt századi rabszolgatartó Amerikában a rabszolgaság melletti érvek is azt hangsúlyozták, hogy mennyire mások testi és lelki tekintetben a fekete rabszolgák, mint a fehér bőrű szabadok. És a rabszolgaság ellenzői akkor is azt a stratégiát alkalmazták, amelyet sok mai abortusellenes mozgalom: igyekeztek megmutatni, hogy a fekete rabszolga és a fehér rabszolgatartó közötti különbségek morálisan nem jelentősek, így nem indokolják a négerekkel való eltérő bánásmódot[1]. A mai vitákban is sokszor hasonlítják az abortust egyfajta holocausthoz, utalva a bizonyos embereket nem embernek vagy csak félig embernek tartó felfogás embertelenségére. Valószínűleg erre utalt a magyar alkotmánybíróság is, amikor az abortus esetleges új megítélését jelentőségében csak a rabszolga-felszabadításhoz tartotta hasonlíthatónak[2]. Valóban a modern kor diszkriminációja az abortus? A kérdés megválaszolásához célszerű először néhány gyakori, de a probléma félreértésén alapuló érvelést szemügyre venni.

NÉHÁNY GYAKORIBB ÉRVELÉSI HIBA AZ ABORTUS KAPCSÁN

Gyakran lehet hallani, hogy az abortus mindenkinek a magánügye, és csak az anya döntheti el, hogy megtartja-e a terhességét. Ugyanakkor természetesen senki sem gondolja, hogy az anya magánügye lenne annak eldöntése, hogy újszülött gyermekét megölje-e vagy sem. Az abortust magánügynek gondoló érvelés tehát sokszor eleve feltételezi, hogy a magzat nem ugyanúgy ember, ahogyan egy újszülött, azonban éppen ez az, amit bizonyítani kellene, hiszen enélkül az érvelés a levegőben lóg.

Az az érvelési mód is gyakori, mely az abortus megtiltásának negatív következményeire hívja fel a figyelmet, például arra, hogy ekkor megnőne az angyalcsinálók által végzett illegális abortusok száma, és ez növelné az ilyen abortusok anyai halálozását. Ez az érvelési mód is csak akkor lenne meggyőző, ha előzőleg kimutatnák, hogy a magzat nem úgy ember, mint az anya, hiszen ha ugyanolyan jogú embernek tekintjük, akkor az érvelés sántít, akkor az abortus emberölés, és ezért bűncselekmény, egy bűncselekmény elkövetéséhez pedig nem szoktak azért segítséget nyújtani, mert tiltásakor néhány bűnelkövető rosszul járna. Ha például egy értékes festményeket őrző múzeum 3. emeleti ablakán behatolni próbáló betörők közül

sokan lezuhannának és sérüléseket szenvednének, ez még nem lenne érv amellett, hogy a továbbiakban állványok építésével segítsék a betörőket, abból a meggondolásból, hogy mivel betörések továbbra is lesznek, kevesebb betörő szenvedjen sérülést[3]. Másrészt aki a magzatot az anyával egyenjogú embernek tekinti, az meggyőzően tud érvelni a tiltás mellett is, hiszen ő a tiltás miatt megnőtt anyai halálozással együtt tekintetbe venné a tiltás révén a haláltól megmentett magzatok számát is, és mivel egy tiltó abortuspolitika jobban csökkenti a magzati halálozást (hiszen a magzatok egy jelentős részét nem abortálják el), mint amennyire növeli az illegális vetélések miatti anyai halálozást, így összességében több emberi életet ment meg, mint amennyit elpusztít. Így az illegális abortus megnőtt anyai halálozása csak annak ellenérv a tiltás ellen, aki az így „megmentett" magzatokat a számolásban nem veszi figyelembe, mert a magzat életét nem tekinti az anyáéval egyenértékűnek. Viszont éppen ez az, amit be kellene bizonyítania, hogy érve egy magzatvédőnek is meggyőző lehessen.

Azt is gyakran lehet hallani, hogy a magzatvédők megtehetik, hogy tartózkodnak az abortustól, anélkül, hogy másokat megpróbálnának megakadályozni benne. Azonban a magzatvédők éppen azért tartózkodnak az abortustól, mert azt gondolják, hogy a magzat épp olyan ember, mint bárki más, így az abortus emberölés. Azt mondani tehát nekik, hogy ők kerüljék az abortust, de hagyják, hogy mások viszont abortust végeztessenek, olyan, mintha valaki azt mondaná: a demokraták ne tartsanak rabszolgát, vagy ne üldözzék a négereket, mindezt azonban a rasszisták nyugodtan tegyék, hiszen ezzel nem akadályozzák a demokratákat, hogy saját elveik szerint éljenek[4].

Gyakran mondják azt is, hogy egyéb (gazdasági, politikai stb.) társadalmi problémák mellett az abortus eltörpül, vagyis nem olyan fontos kérdés, hogy vele kiemelten kellene foglalkozni. Azonban ez az érvelés is csak akkor állja meg a helyét, ha a magzat nem ember, hiszen ha az, akkor évente sok tízezer (Magyarországon kb. 90 000) ember megölése nem tekinthető kis jelentőségű kérdésnek.

Az előbbi érvelések tehát csak akkor lennének elfogadhatóak, ha előzőleg bebizonyítanák, hogy a magzat „kevésbé" ember, mint mi. Viszont éppen ennek a bizonyíthatósága az abortusvita tárgya, így a magzat státusának vizsgálata nélkül ezek az érvek nem meggyőzőek.

AZ ABORTUS ÉS A FOGAMZÁSGÁTLÁS MEGÍTÉLÉSÉNEK TÖRTÉNETE

Már az ókori Egyiptomban számos hatékony fogamzásgátlási eljárást ismertek, és ezek kudarca esetén nem volt ritka az abortus, illetve az újszülöttek megölése sem[5]. A különböző egyházi vagy világi hatóságok a történelem során általában

kevés gyakorlati különbséget láttak a fogamzásgátlás és az abortus között, hiszen az eredmény mindkét esetben azonos volt, az újszülöttek számának a csökkenése[6]. (Elméleti különbség azonban volt, hiszen a keresztény világ a fogamzásgátlást főképp azért ítélte el, mert azt természetellenesnek tartotta.) A nagymértékű csecsemőhalálozás miatt pedig a legtöbb társadalomban csak a nagyfokú termékenység biztosíthatta a közösség fennmaradását. Egy társadalom akkor szokta értékesnek tekinteni a magzatot, ha alulnépesedett. A túlnépesedett társadalom a magzatban inkább fenyegetést lát, amely ellen védekezni kell. Mivel a történelem folyamán e század közepéig a fő veszélynek általában az alulnépesedést látták, ezért egészen a II. világháborúig nagyon sok társadalom tiltotta az abortust és a fogamzásgátlást is[7]. Valamilyen hatékony fogamzásgátlót minden korban ismertek, és a múlt század közepére jóformán majdnem minden korszerű fogamzásgátlási technika (az oralis fogamzásgátlók kivételével) már ismert volt valamilyen primitív formában. A múlt század közepe és századunk ötvenes évei között észlelhető stagnálásnak a fogamzásgátlás terén nem technikai-technológiai okai voltak, hanem a fogamzásgátlással szemben még mindig fennálló ellenséges attitűd[8]. E téren fordulat csak a II. világháború utáni időkben történt, amikor néhány társadalomtudós felfigyelt a harmadik világ várható népességrobbanására. Úgy gondolták, hogy ez társadalmi instabilitáshoz vezet, ezért nem kívánatos. Ekkor fordult a figyelem újból a fogamzásgátlás felé, és mivel az addigi módszereket nem tartották elég hatékonynak, újak kifejlesztésére törekedtek. Ekkor tökéletesítették a már korábban is ismert intrauterin eszközt, és ekkor hozták létre az USA-ban az oralis antikoncipienseket[9]. A hatvanas évektől vált elfogadottá a nők reproduktív szabadságának a gondolata, vagyis az, hogy a nő (illetve a család) jogosult eldönteni utódai számát és megszületésük idejét. A fogamzásgátlás ekkor vált a korábban titokban végzett magánbűnből mindenki jogává[10].

Mivel sok abortusellenes érvelés a művi vetélés tiltásának évezredes hagyományaira hivatkozik, érdemes elkülöníteni ennek indítékait. A történelem során ugyanis sok társadalomban valóban elítélték az abortust, ennek indokai azonban sokszor gyökeresen eltértek egymástól.

Tiltás demográfiai okból. Egy társadalom vagy közösség elítélheti az abortust azért, mert kapcsolatot lát a népesség száma és az adott közösség ereje, hatalma között. Ha ilyenkor létezik egy riválisközösség, amelynek nagy szaporasága azzal fenyeget, hogy számbeli fölényre tesz szert az előbbivel szemben, akkor ők erre reagálhatnak az abortus, illetve mindenfajta fogamzásgátlás elítélésével, hogy megnyerjék a „szaporodási versenyt". Ezt a stratégiát számtalanszor alkalmazták egymás ellen riválistársadalmak, etnikai csoportok, vallási felekezetek, faluközösségek stb. Aktívan propagálták a népességnövelést hasonló okból például az ókori Spártában, a francia-porosz háború alatt Franciaországban, Mussolini Olasz-

országában, a hitleri Németországban vagy a sztálini Szovjetunióban[11]. Ezekben az esetekben tehát az abortus tiltásának indoka nem a magzati élet védelme, hanem az illető állam vagy közösség hatalmának, katonai, politikai stb. erejének a növelése.

Ide tartozik az a probléma is, amelyet a demográfusok a „differenciális termékenység" terminussal szoktak leírni. Ez azt jelenti, hogy egy társadalom fejlődésével az utódok átlagos száma csökken, de a társadalom egyes rétegeiben nem azonos mértékben. Az előnyösebb helyzetű, műveltebb, iskolázottabb rétegek utódainak száma általában kisebb, mint a hátrányosabb helyzetű csoportoké. Ilyenkor előfordul, hogy a domináns kultúra fenyegetve érzi magát a hátrányos helyzetű csoportok nagyobb termékenysége által. Nem azt látják bajnak, hogy csökken a termékenység, hanem azt, hogy nem a nemkívánatos rétegek termékenysége csökken[12]. (Például ez komoly aggodalmat okozott a XIX. századi Amerikai Egyesült Államokban, ahol a korábban megtelepedett amerikaiak termékenysége generációról generációra csökkent, és azzal fenyegetett, hogy részarányuk egyre kisebb lesz a frissen bevándoroltak nagy gyermekszáma miatt[13].) Ilyenkor kétféle reakció lehetséges:

1. A politika megpróbálhatja növelni a kívánatos csoportok termékenységét különböző kedvezményekkel, propagandával stb. A múlt századi USA-ban például a politikusok faji öngyilkosságról beszéltek, arról, hogy sok nő vonakodik teljesíteni hazafias kötelességét, hogy bűnt követnek el a természet ellen, hiányzik belőlük az anyai érzés stb.[14] Ez az út azonban ritkán sikeres.
2. Megpróbálhatják csökkenteni a nemkívánatos rétegek termékenységét (például juttatásokat ajánlanak fel annak, aki sterilizáltatja magát, diszkriminatív népesedéspolitikát alkalmaznak, mint például a náci Németországban, ahol tiltották az árjának tartott németek abortusát, a zsidókét azonban megengedték), de közvetlen kényszer is előfordulhat (például kényszersterilizáció[15]).

Tiltás a férfiak jogainak védelmében. Elítélhetnek bizonyos abortusokat a „tulajdonos" jogán is. Például az ókori Rómában a rabszolganőt fogamzásgátlásra és abortusra kötelezték, ha ura csak saját szexuális élvezete tárgyaként akarta használni, amelyben terhessége csak akadályt jelentett volna, viszont büntették a rabszolganő abortusát és fogamzásgátlását is, ha a rabszolgatartó pénzért eladható utódot remélt tőle[16].

Némileg hasonló az abortus elítélése némely esetben a szabadok körében is az ókori Görögországban vagy Rómában. Itt nemcsak az abortus volt elfogadott, hanem az újszülöttek kitevése is elhagyott helyre elpusztításuk céljából. Az abortust csak akkor tekintették elfogadhatatlannak, ha erről a terhes anya maga döntött, mintegy férje háta mögött. Itt tehát szintén nem a magzat életét védték, hanem a férfi döntési jogát a nőével szemben. Nem azért ítélték el az abortust, mert az a mag-

zatot elpusztította, hanem azért, mert a nő kivette a döntést férje kezéből, mintegy bitorolva annak családfői jogait. Ilyenkor nem a magzatot tekintették károsultnak, hanem az apát, akinek megsértették a döntéshez való jogát[17]. A történelem során sok társadalomban megfigyelhető abortustilalom kapcsán nem szabad elfelejteni, hogy a tradicionális társadalmakra majdnem egészen a múlt századig az volt a jellemző, hogy a nőt nem tekintették olyan mértékben embernek, mint a férfit. ARISZTOTELÉSZ például Az állatok keletkezéséről c. művében a leggyakoribb szülétési deformitásnak azt tartja, ha valaki nőnek születik, és szerinte a nőkből hiányzik az a lélekrész (a racionális lélek), amely az embert az állattól megkülönbözteti. A nő szerinte nem is járul hozzá alapvetően az embryo létrehozásához, mert annak megformálása teljes egészében a férfi magja által történik, a nő ehhez csak az anyagot adja. E felfogás szerint a nő nem teljesen ember, és nem is szülő a szó igazi értelmében, hanem csak olyan, mint a virágcserép, a belévetett magvak tartálya[18]. Az ehhez hasonló vélemények azután hosszú évszázadokig jellemzők voltak. (Ne felejtsük el, hogy az, hogy a megtermékenyítéshez a nőtől származó petesejtre és a férfitól származó spermiumra egyaránt szükség van, és hogy egyik sem kevésbé fontos, mint a másik, csak egy 1875–1879 között elvégzett vizsgálatsorozat óta vált általánosan elfogadottá[19].) Nem véletlen, hogy még a magyar nyelv is ismerte az ember és az „asszonyi állat" megkülönböztetést. Ez a felfogás a női testet olyan dolognak tekintette, amelyet a férfiak használhatnak, és amely feletti rendelkezés inkább a férfi joga, mint a nőé magáé[20]. Ilyen körülmények között az abortus megítélése is egyértelműbb lehetett, hiszen a nő önrendelkezési jogát nem ismerték el, és ezért nem is kellett szembeállítani azt a magzat élethez való jogával. Ezért volt sokáig ismeretlen a nő reproduktív szabadságának a gondolata, amely szerint az ő joga eldönteni gyermekei számát és születésük idejét fogamzásgátló segítségével. Ilyen jogot még a múlt század végén és e század elején sem ismertek el, noha már hatékony fogamzásgátló eljárások álltak rendelkezésre[21]. Bár a fogamzásgátlás valamilyen formáját mindig használták az emberek a történelem folyamán, ez Európában hosszú időn keresztül csak afféle titokban űzött magánbűn volt, amelyet nyilvánosan elítéltek. Csak a múlt század közepén emelt néhány szabadgondolkodó Angliában és Amerikában szót a fogamzásgátlás nyílt propagálása mellett[22]. A XIX. században azonban a vezető orvosok erősen születésszabályozás-ellenesek voltak, és például az USA-ban az 1873-ban elfogadott Comstock Act a fogamzásgátlókról való tájékoztatást obszcénnek minősítette, és az orvosi könyvekből kihagyták az ezzel foglalkozó fejezeteket[23]. Ilyen eljárásokat csak kizárólag orvosok számára hozzáférhető könyvekben ismertettek, és az orvos megítélésére bízták, kinek ad fogamzásgátlási tanácsot és kinek nem. (Ez ellentétes volt az akkori törvénnyel, hiszen fogamzásgátlási tanácsot tilos volt adni.) A könyv az orvosnak azt javasolta, hogy annak az asszonynak, aki kellő indok nélkül nem akar gyereket, tanácsolja azt, hogy váljon el, és ne foglalja el olyan nő helyét, aki képes is és akarja is a feleség kötelességeit teljesíteni és örömeit élvezni[24]. Csak 1915-ben bontakozott

ki az a mozgalom az USA-ban, amely a fogamzásgátlók használatát legalizálni és propagálni akarta. (A tiltás nemcsak az USA-ra volt jellemző, a fogamzásgátlást törvény tiltotta például Franciaországban is, az I. világháború után.) Az Amerikai Orvostársaság csak 1937-ben fogadta el, hogy orvos – a beteg kérésére – fogamzásgátlási tanácsot is adhat, de a fogamzásgátlókat ekkor is csak orvosi rendelvényre lehetett megvenni[25]. Az oralis fogamzásgátlók használata csak a hatvanas években kezdődött, de használatukról ekkor még az USA-ban is nagy vita folyt, és csak 1972-ben mondta ki egy legfelsőbb bírósági döntés, hogy a nem házasoknak ugyanolyan joguk van a fogamzásgátlók használatára, mint a házasságban élőknek. Így nem véletlen, hogy az USA-ban a nem terápiás abortust csak 1973-ban legalizálták, hiszen tradicionálisan sohasem tettek éles különbséget az abortus és a fogamzásgátlás közé[26].

Tiltás az anya életének védelmében. Az abortus a XIX. századi asepsis-antisepsis tan kifejlődése előtt, de még a XX. században is az antibiotikumok kifejlesztése előtt veszélyes orvosi beavatkozásnak számított. Ezért a tiltás oka nem egy esetben az anya egészségének a védelme volt. Csak e század második felében lett az abortus annyira biztonságos, hogy ez a szempont alárendelt jelentőségűvé vált. A legális körülmények között végzett művi abortus halálozása ma kisebb, mint a terhesség, a szülés és a gyermekágy szövődményei miatti anyai halálozásé. Ez volt az USA Legfelsőbb Bírósága egyik érve a nem orvosi indikációból végzett abortus legalizálása mellett 1973-ban[27], de ez az állítás Magyarországra is igaz. Például 1990-ben törvényes művi vetélés miatt Magyarországon senki nem halt meg[28], a terhesség, a szülés és a gyermekágy szövődményei ugyanez az idő alatt 22 anya halálát okozták[29].

A korlátozó abortustörvények enyhülésének motívumai. A hatvanas évek végén, majd a hetvenes években sok országban a korábban erősen korlátozó abortustörvények enyhítésének tendenciája figyelhető meg. Ennek legfontosabb okai közé a következőket sorolhatjuk[30]:

- A különböző polgárjogi és ezen belül a nők jogaiért harcoló feminista mozgalmak megerősödése.
- Az egyre fokozódó figyelem a megszülető gyermekek életminőségére a születések puszta száma helyett (praenatalis diagnosztika, a beteg magzatok szelektív abortusának lehetőségével).
- A túlnépesedéstől való félelem.
- Az abortus végzésének egyre nagyobb orvosi biztonsága.
- Annak a ténynek figyelembevétele, hogy a korábbi, szigorúbb abortustörvények ellenére is az abortus általánosan elterjedt jelenség volt, csak az illegalitás szférájába süllyedt.

Látható tehát, hogy ahogyan a történelem során az abortus- és fogamzásgátlási tilalom gyakran nem vált élesen el egymástól, és sokszor nem a magzat érdekét vették figyelembe, hanem egyéb társadalmi célokat, ugyanúgy az abortustörvények megengedőbbé válása is komplex társadalmi-politikai folyamatok eredménye volt, és nem a magzati élet értékéről alkotott felfogás megváltozásáé. Ezeket az indokokat ezért élesen el kell különíteni a XX. század második felének abortusellenes mozgalmaitól, ahol a hangsúly a magzat életének a védelme és nem egyéb társadalmi célok elérése.

Tiltás a magzat élete védelmében. Bár már a pythagoreusok tiltották az abortust és a fogamzásgátlást[31], az európai történelemben az abortustilalom kifejezetten a magzat élete érdekében csak a kereszténységgel vált elterjedtté[32]. A mai katolikus álláspont jól ismert, eszerint mind az abortus, mind a fogamzásgátlás erkölcsileg megengedhetetlen, és a terhesség elkerülésének egyetlen elfogadható módja a tartózkodás a nemi élettől. Ez – a házaspár mindkét tagjának beleegyezésével – lehet állandó[33], de lehet ideiglenes is, vagyis csak a nő termékeny periódusaira korlátozódó önmegtartóztatás[34]. A jelenlegi katolikus tanítás a fogamzásgátlást egyetlen esetben tartja erkölcsileg elfogadhatónak. Akkor, ha a nő terhessége nemi erőszak eredményeként jött létre, és orvos igazolta, hogy – a ciklusa alapján – valószínűleg még nem ovulált. Ekkor a katolikus orvos „elsősegélyként" korábban végezhetett méhkaparást azzal a szándékkal, hogy az előidézett vérzés az ondósejteket elpusztítsa, és hogy bizonyos fertőzések veszélyét csökkentse[34a]. Ma ilyenkor a katolikus orvos elsősegélyként adhat ún. esemény utáni tablettát (valamilyen diethylstilboestrol tartalmú készítményt), amely az ovulációt megakadályozza. (A modern katolikus tanítás szerint a fogamzásgátlás házasságban azért rossz, mert ezzel mesterségesen szétválasztják a házastársi aktus gyermeknemzési és a házasfeleket a szeretetben egyesítő jelentését. Így itt a rossz a kettős választásban van, abban, hogy a házastársak egyrészt intim testi kapcsolatba kerülnek egymással, másrészt viszont megakadályozzák egy új élet létrejöttét, ami teljessé tehetné kapcsolatukat. Mivel azonban nemi erőszak esetén a nemi aktus a nő részéről nem szeretetet fejez ki, ezért részéről nincs kettős választás, hanem csak egy: nem akar kapcsolatba kerülni támadójával. Így itt az ovuláció megakadályozása gyógyszerrel megengedhető, hiszen ezzel a nő támadója további behatolását akadályozza meg)[35].

Azonban a kereszténység történetében sem volt mindig egyforma az abortus megítélése. A korai kereszténység ARISZTOTELÉSZ álláspontján állt, aki az emberben 3 lélekrészt különített el. Tenyésző (vegetatív, növényi) lelket, érző (állati) lelket és gondolkodó (racionális) lelket. Szerinte az embryo kezdetben csak vegetatív lélekkel rendelkezik, majd érzőképes lélekkel, és csak később racionális lélekkel. Ezért a csak vegetatív lélekkel bíró embryo megölése az élet elpusztítása, de nem gyilkosság. A racionális lélekkel való átlelkesülés jele szerinte a magzat megmoz-

dulása. Bár volt olyan teológus (például a III. században TERTULLIANUS), aki szerint a racionális lélek a magzatba már fogamzáskor beköltözik, az ő véleménye ekkor kisebbségi álláspontot képviselt. A legtöbb teológus egyetértett az V. századi SZENT ÁGOSTONNAL, aki szerint az átlelkesült embryót megölni gyilkosság, az át nem lelkesült megölése még nem az[36]. (Természetesen az utóbbi is bűnnek számított, csak kisebbnek.)

A XIII. században AQUINÓI SZENT TAMÁS megerősítette ezt az álláspontot: szerinte is kisebb bűn az átlelkesülés előtti magzat abortusza, mint az átlelkesülés utánié, hiszen az előbbinek még nincs racionális lelke. Ez a tanítás az ember ún. hylomorfista koncepciójával volt kapcsolatos. Eszerint az emberi lélek csak akkor költözhet az embryo testébe, ha az emberi formáját már elnyerte, és alapvető emberi szervei már kialakultak, mert emberi lélek nem élhet egy még nem emberi testben[37]. Az átlelkesülés előtt az embryo élő, de csak úgy, ahogyan egy növény vagy állat is az, vagyis csak növényi és állati lelke van, de nem emberi. Ma úgy mondanánk, hogy ekkor az embryo a létezésnek csak a fiziológiai szintjét érte el, de spirituálisan ekkor még nem létezik, vagyis nem emberi személy. Ez volt az ún. késleltetett átlelkesülés tana, és ezt fogadta el a katolikus tradíció hosszú évszázadokon keresztül[38]. A XVII–XVIII. században azonban az első primitív mikroszkópokat használva néhány tudós úgy találta, hogy már a spermiumban is megtalálható egy teljesen ember formájú, miniatűr emberi lény, karokkal, lábakkal stb. Ez volt az ún. preformizmus tana, eszerint az egyedfejlődés puszta növekedés, kiindulópontja egy parányi, ember formájú élőlény, amely már minden emberi szervvel rendelkezik, és már a spermiumban megtalálható. Eszerint tehát amit ma zigótának tartunk, azt ekkoriban egy spermiumnak tartották, benne egy mikroszkopikus méretű emberrel, akinek egyszerű növekedése lett volna az egyedfejlődés. Ennek a preformista tanításnak a hatására kezdett elterjedni az ún. azonnali átlelkesülés tana. Ha emberi lélek csak ember formájú embryóba költözhet, de az embryo már megtermékenyüléskor ember formájú, akkor már megtermékenyüléskor beleköltözhet a lélek – érveltek –, így ez nem ellentétes a hylomorfista tanítással[39]. Így a preformizmus téves elméletéből kiindulva már 1708-ban az azonnali átlelkesülés tana mellett foglalt állást az egyház, de a magzat megmozdulása előtti abortusra ezt a tanítást még nem vonatkoztatták teljes szigorral[40]. 1854-ben IX. PIUS megerősítette, hogy az átlelkesülés a fogamzással történik meg, és 1869-ben hivatalosan is eltávolították a kánonjogból az átlelkesült és az át nem lelkesült magzat közötti különbségtételt, és így a korai és a késői abortus eltérő erkölcsi megítélését[41]. (Ez a megkülönböztetés a kánonjogban 1234-től létezett[42].) Ekkortól kezdve tekintett a katolikus egyház minden abortust egyértelműen gyilkosságnak, és ma ez a katolikus egyház hivatalos tanítása. A katolikus teológusok egy részének véleménye azonban az, hogy az egyház a késleltetett átlelkesülésről szóló helyes tanítását a XVIII. században a preformizmus elmélete hatására változtatta meg. Ez az elmélet azonban tévesnek

bizonyult, a mai felfogás, az epigenezis tana szerint a megtermékenyített petesejt még nem ember formájú, azt csak fokozatos fejlődéssel és sejtdifferenciálódással nyeri el, és csak ekkor fejlődnek ki az emberi szervek kezdeményei. Ezért e kisebbségi vélemény szerint az egyháznak vissza kellene térnie AQUINÓI SZENT TAMÁS helyes álláspontjához, az átlelkesült és át nem lelkesült embryo közötti különbségtételhez, hiszen a ma is elfogadott hylomorfista tanításnak csak ez felel meg[43]. DONCEEL azt az újabb megfigyelést is érvként hozza fel a közvetlen átlelkesülés ellen, hogy a zigóta fejlődésének első 14 napjáig néha kettéosztódik, és ilyenkor egyetlen egyed helyett egypetéjű ikrek fejlődnek. Ez azonban azért szól az azonnali átlelkesülés tana ellen, mert ez esetben a léleknek is ketté kellene osztódnia, ami – szerinte – metafizikai képtelenség[44].

Ennek a teológiai vitának, mint látni fogjuk, ma is jelentősége van, hiszen – más megfogalmazásban ugyan, de – nagyon hasonló a mai világi filozófiai vitához arról, hogy milyen időponttól kezdve beszélhetünk az egyedfejlődés során emberi személyiségről.

A MAI ÁLLÁSPONTOK

A mai nemzetközi abortusvitákban nagyjából 3 markáns álláspont különíthető el (a konzervatív, a liberális és a mérsékelt),[45] de természetesen ezek között számtalan átmenet létezik. Fontos hangsúlyozni, hogy ezek a fogalmak csak az abortuskérdésben elfoglalt álláspontra vonatkoznak, nem politikai kategóriák. Ezért elképzelhető, hogy egy politikailag liberális az abortuskérdésben konzervatív álláspontot foglal el és fordítva. A konzervatív álláspont szerint az egyedi emberi élet a fogamzással kezdődik, s a megtermékenyített petesejt (zigóta) morálisan már éppen olyan ember, mint bármelyikünk, ezért elpusztítása éppen akkora bűn, mint egy felnőtt ember megölése. A konzervatív álláspont általában a fejlődő embryo, illetve magzat és a későbbi újszülött közötti hasonlóságot hangsúlyozza. Ezen álláspont szerint az egyetlen jó abortuspolitika a szigorúan korlátozó abortuspolitika.

A liberális álláspont szerint a magzat emberi jogokra csak életképessé válásakor vagy élve születésekor tesz szert, s ez előtt jogilag és erkölcsileg még nem tekinthető embernek, noha biológiai értelemben már az. Ez a felfogás általában a fejlődő embryo és a későbbi újszülött közötti különbségeket tartja jelentősnek. A liberális álláspont szerint ezért az egyetlen helyes abortuspolitika a permisszív, hiszen ha az anya abortust akar végeztetni, akkor az ő kétségtelen személyiségi jogai állnak szemben egy még morális értelemben nem ember kétséges jogaival, ezért ilyenkor mindig az anya kívánságát kell előnyben részesíteni.

A mérsékelt álláspont a kettő között helyezkedik el, úgy gondolva, hogy a méhen belüli fejlődés során van egy szakasz, amelyen túljutva a magzat erkölcsi

személy lesz, ezért e szakasz után az embryo morális értelemben már ember, míg ez előtt még nem az. A vita a következő 3 olyan állításból indul ki, amelyek mindegyike elfogadhatónak tűnik a józan ész alapján, de egyszerre mégsem lehetnek igazak. Az állítások a következők[46]:

1. Egy megtermékenyített petesejt még nem emberi lény. A zigóták még nem emberek.
2. Egy újszülött már emberi lény. Az újszülöttek már kétségtelenül emberek.
3. Lehetetlen bármikor – a fogamzás és a születés között – olyan nem önkényes határvonalat húzni, amely előtt a fejlődő lény még nem ember, de amely után már ember.

A józan ész számára mindegyik állítás igaznak tűnik. Az *1.* azért igaz, mert a zigóta még csak egyetlen sejt, egyetlen sejtet pedig éppúgy nem nevezhetünk még embernek, ahogyan a hernyó sem pillangó, noha a hernyóból éppúgy pillangó lesz, ahogyan a zigótából ember. A zigóta tehát csak potenciális ember, de ténylegesen még nem az. Inkább olyan, mint egy épület tervrajza, amelynek elpusztítása azonban nem azonos az épület elpusztításával. Az a márványtömb, amelyből MICHELANGELO Dávid szobrát kifaragta, még csak potenciálisan volt a „Dávid", ezért ennek a márványtömbnek az elpusztítása nem lett volna azonos a szobor elpusztításával. A *2.* állítás a józan ész számára evidens igazság, kevés dologban vagyunk biztosabbak, mint abban, hogy az újszülöttek éppúgy emberek, mint mi. A *3.* is igaznak tűnik, ez az oka annak, hogy mind a konzervatívok, mind a liberálisok úgy érzik, hogy lehetetlen logikusan a mérsékelt álláspontot képviselni.

A konzervatív érvelés abból indul ki, hogy mivel a *2.* és a *3.* igaz, ezért az *1.* állítás szükségszerűen hamis, így már a zigótát is teljes jogú embernek kell tekinteni.

A liberális érvelés abból indul ki, hogy mivel az *1.* és a *3.* igaz, ezért a *2.* állítás igazsága esetleg kétségbe vonható. (Ez az extrém liberális pozíció.)

Látható tehát, hogy amiben a konzervatív és a liberális egyetért, az a *3.* állítás. Éppen ez az, amit viszont a mérsékelt álláspont tagad, véleményük szerint az *1.* és a *2.* is elfogadható, a *3.* állítás azonban helytelen[47].

Közös ellenérvek a konzervatív és a liberális állásponttal szemben

Éppen a *3.* állítás elfogadása az, szokták mondani a mérsékeltek, ami mind a liberálisokat, mind a konzervatívokat elfogadhatatlan szélsőségekbe kergeti. Hiszen ha ez igaz, és a zigóta még nem ember, akkor a magzat sem ember, sőt akkor az újszülött sem az! Ha viszont a *2.* állítás igaz, és az újszülött ember, akkor a magzat és a zigóta is az! Vagyis mind a konzervatív, mind a liberális egyetért abban, hogy

a fejlődő magzat morális státusa a fejlődés egész ideje alatt változatlan. A konzervatív szerint a fejlődő lény a fejlődés során végig ember, zigótakorban éppen annyira, mint újszülöttkorban. A liberális szerint pedig a fejlődő lény végig nem ember, újszülött korában még éppúgy nem, mint zigóta korában! Nehéz azonban józan ésszel elfogadni – érvelnek a mérsékeltek –, hogy egy zigóta elpusztítása (például úgy, hogy az anya ún. spirált használ fogamzásgátlóként a zigóta beágyazódásának megakadályozására) ugyanolyan rossz, mint egy újszülött megölése. Hiszen képtelenségnek tűnik, hogy egy spirált fogamzásgátlóként használó anya épp annyira bűnös lenne, mint az, aki újszülöttjét kukába dobja. És ennek az érvelésnek a fordítottja is igaz. Képtelenségnek tűnik, hogy az újszülött megölése nem rosszabb morálisan, mint az ún. esemény utáni tabletta korai abortust előidéző bevétele, pedig a konzervatív álláspont elfogadásából ez a képtelenség logikusan következne! Úgy tűnik tehát, hogy a konzervatív és a liberális érvelés közös hibája, hogy nem tulajdonít morális jelentőséget a magzat méhen belüli fejlődésének. A szélsőséges konzervatív álláspont szerint az abortus mindig rossz, legyen az korai vagy késői, és bármiféle indokból egyaránt elfogadhatatlan, hiszen a magzat megtermékenyítésekor már ugyanúgy ember, mint újszülöttkorában. A szélsőséges liberális álláspont szerint az abortus mindig elfogadható, akár korai, akár késői, mert a magzat születése előtt egy perccel még ugyanúgy nem ember, mint közvetlenül a megtermékenyítés után[48]. Mindkét álláspont szélsőség, közös okuk a *3.* állítás elfogadása.

A *3.* állítás szerint a magzati fejlődés két egymást követő szakasza között soha nincs akkora különbség, amely indokolná, hogy a magzatot az előző szakaszban morálisan még ne tartsuk embernek, a következő szakaszban pedig már igen. Állítása tehát az, hogy nincs olyan pont a magzati fejlődésben, amelyik előtt még csak magzatról, amelyik után pedig már morális értelemben vett emberről lenne szó. Ez az érvelés a fokozatos változásoknak azt az általános jellemzőjét használja ki, hogy két egymást szorosan követő szakaszuk között nincs lényeges különbség. Ez azonban nem jelenti azt, hogy a változás két távolabbi pontja között sincs jelentős különbség! Ha például egy emberről minden nap fényképet készítünk egész élete folyamán, s azt kérjük valakitől, mutassa meg, pontosan melyik napon lett az illető öreg, akkor erre az nem lesz képes válaszolni, hiszen két egymás utáni napon készült fénykép között mindig olyan csekély lesz az eltérés, hogy ránézésre lehetetlen megmondani, hogy a kettő közül melyik készült előbb, hiszen az öregedés fokozatos, s egy nap alatt soha nincs szemmel látható változás. De ha például a 20. és az 60. születésnapon készült két fényképet hasonlítjuk össze, akkor puszta rátekintésre nyilvánvaló lesz a különbség. Tehát ha egy fokozatos változás két egymást követő pontja között nincs is érzékelhető eltérés, ez nem jelenti azt, hogy két egymástól távolabb eső pontja között sincs különbség! Ezért ahogyan nem nevezhetünk egy embert újszülöttkorától aggastyánkoráig végig öregnek csak azért, mert nem tudjuk megmondani, hogy pontosan melyik naptól számít annak, ugyanúgy nem

nevezhetjük a zigótát már embernek csak azért, mert nem tudjuk, hogy pontosan melyik napon válik azzá. Vagyis az abortus elleni konzervatív érvelés a fokozatos változásoknak azt a sajátosságát használja ki, hogy itt az egymást szorosan követő fázisok között csak csekély különbség van, a liberálisok pedig azt, hogy a változás kezdő- és végpontja között éles különbség lehet. A liberálisok a távoli fejlődési szakaszok különbségeit, a konzervatívok az egymást követő fejlődési szakaszok hasonlóságát szokták hangsúlyozni. A liberálisok szerint önkényes az a konzervatív követelés, hogy mindig két, egymást követő magzati fejlődési állapotot hasonlítsanak össze, vagyis nem helyes csak az egymást követő fázisokra koncentrálni, mert ez a konzervatívokat rövidlátóvá teszi a viszonylag távoli szakaszok közötti jelentős különbségek iránt[49].

A mai álláspontok közötti viták

A konzervatív álláspont és kritikája

A konzervatív álláspont abból indul ki, hogy az egyedi emberi élet a fogamzással kezdődik, mivel pedig minden ártatlan emberi élet elpusztítása bűn, ezért az abortus erkölcsileg elfogadhatatlan.

A konzervatív álláspont bírálata az emberi élet sejtszintű és szervezeti szintű formájának megkülönböztetésével. „Az egyedi emberi élet a fogamzással kezdődik" kezdetű érvelés kritikusai rá szoktak mutatni arra, hogy itt az „emberi élet" fogalma nincs jól definiálva, mert két különböző értelemben használják. Amikor azt mondják, hogy az emberi élet elpusztítása bűn, akkor olyan érzőképes, kommunikáló, szenvedni és örülni tudó emberekre gondolnak, mint amilyenek mi magunk is vagyunk, egyszóval erkölcsi személyekre. Emberi sejtek elpusztítását azonban, bár biológiailag természetesen ezek is emberi életet jelentenek, nem szokták bűnnek tartani. Egy vérvétel során például emberi vérsejtek milliói pusztulnak el, mégsem tekintjük a vért vevő asszisztenst gyilkosnak. A megtermékenyített petesejt, bár ember fog fejlődni belőle, aktuálisan mégis csak egyetlen sejt, egyetlen emberi sejtet azonban éppúgy nem lehet még embernek tekinteni, és elpusztítását éppúgy nem lehet gyilkosságnak tartani, ahogyan a makk sem tölgyfa még, és ezért szétaposása nem azonos egy tölgyfa kivágásával[50]. A zigóta biológiai értelemben kétségtelenül egy emberi élet kezdete, de még nem ember morális értelemben, vagyis nem erkölcsi személy. Az emberi életnek ugyanis két szintje van. Egyfelől létezik emberi élet a sejtek szintjén, és mint ilyen, ez puszta anyagcserét jelent. Ilyen celluláris szinten emberi élet a zigóta élete, de emberi élet a spermium vagy a petesejt élete is! Az emberi élet másik szintje, amelyet szervezeti szintnek lehetne nevezni, az

emberi test szerveinek az összehangolt működését jelenti[51]. Vagyis az emberi szervezet mint egész élete elkülönítendő egyes sejtjeinek, szöveteinek vagy szerveinek az életétől. Célszerű ezért a celluláris szintű életet vagy halált biológiai életnek, illetve halálnak, a szervezet mint összehangolt egész életét pedig személyes életnek, illetve halálnak nevezni. Az emberi élet többszintű (sejti, szöveti, szervi és szervezeti) létezésében a szervezeti szintű létezés az, ami elsősorban védelmet érdemel. Nemcsak egyetlen sejt, hanem egy egész szerv élete sem azonos egy szervezet életével, hiszen nem mondjuk például azt, hogy egy ember még él, mert a halála után egy másik emberbe átültetett egyetlen veséje még él.

Az emberi élet kezdetének meghatározásakor ugyanolyan elméleti nehézségekkel kell szembenéznünk, mint az élet végének, vagyis a halálnak a definiálásakor. Az utóbbiról folyatott viták tanulságai ezért segítséget jelenthetnek az élet kezdetének a meghatározásához.

A hatvanas években kezdődő szervátültetési (elsősorban szívátültetési) gyakorlat szükségessé tette a halál újradefiniálását. Ekkor fogadták el, hogy halottnak tekinthető morális és jogi értelemben az, akinek minden agyműködése irreverzíbilisen megszűnt. Ez az ún. agyhalál-kritérium, amelyet azóta számos ország – köztük hazánk – törvényhozása is elfogadott. Fontos hangsúlyozni, hogy az agyhalott biológiai értelemben még él, hiszen dobog a szíve, működik a veséje stb. (éppen ezért alkalmasak ekkor még a szervei átültetésre, hiszen halott szervek transzplantálásának orvosilag nem lenne értelme). Az agyhalott ember testében tehát még sejtek milliói élnek, ez az ember mégis csak biológiai értelemben tekinthető élőnek, jogilag már halottnak számít, mert sejtjei, szövetei, egyes szervei ugyan még élnek, de a szervek működése közötti összhang, a szervezet mint egységes egész működése megszűnt. Ha tehát egy emberi lény, amelynek testében még sejtek milliói élnek, jogilag és erkölcsileg már nem számít élőnek az élet végén, noha biológiailag még él, akkor logikus, hogy az élet kezdetén is különítsük el a biológiai élet kezdetét (a fogamzást) az erkölcsi személy életének a kezdetétől, amely egy ennél későbbi időpont. Így azt lehetne mondani, hogy az ember személyes élete később kezdődik, mint biológiai élete (amelynek kezdete a fogamzás), és előbb is fejeződik be annál (az agyhalállal). A biológiai élet rövid ideig még az agyhalál után is folytatódhat, és csak az utolsó élő emberi sejt működésének a megszűnésével ér véget[52]. Így tehát az emberi élet biológiai értelemben a fogamzással kezdődik, és az utolsó élő sejt pusztulásával fejeződik be. (Az utolsó élő sejt pusztulása a légzés és a szívműködés leállása után kb. 72–96 órával következik be. Jól ismert jelenség, hogy a holttestnek még nő a haja, a szakálla, a körmei, vagyis még működő sejtjei vannak.) Ugyanakkor az egyén személyes élete csak több héttel a fogamzás után kezdődik, és az agyhalállal fejeződik be. Az ember személyes élete rövidebb tehát, mint biológiai élete. Ezért az élethez való jog nem az egyedi élet kialakulásával kezdődik, hanem később, és nem is az egyedi élet megszűnésével fejeződik be, hanem előbb.

A konzervatív válasz erre az, hogy a zigóta aktuálisan ugyan tényleg csak egy sejt, ez a sejt azonban potenciálisan egy erkölcsi személy, egy gondolkodó ember. A zigótát tehát nem azért kell védeni, ami az most, hanem azért, ami lesz, azért, mert potenciális személy. Ez az ún. potencialitás argumentum, amelynek a konzervatív érvelésben kitüntetett szerepe van.

A potencialitás argumentum. Az említett ellenérvekre adott konzervatív válasz tehát általában az, hogy egy vérsejt megölése azért nem problematikus, mert az csak egy sejt, amelyből már semmi egyéb nem lesz. Az agyhalott is azért nem érdemel már védelmet, mert belőle már sohasem lesz gondolkodó ember, viszont a zigótára mindez nem igaz, hiszen bármi is a zigóta jelenleg, de belőle nagy valószínűséggel ember lesz. Ezért védendő jobban, mint egy „közönséges" sejt.

Erre az érvelésre kétféle válasz adható. Egyik szerint ha a zigóta potenciális ember, ez egyben azt is jelenti, hogy akkor jelenleg még nem ember, csak az lesz, ha megfelelő ideig fejlődik. Ha tehát csak potenciális ember, akkor csak potenciálisan vannak emberi jogai[53]. Az az ember, aki például 2020-ban Magyarország miniszterelnöke lesz, ma még csak potenciális miniszterelnök, és mint ilyen ma még nem is rendelkezik azokkal a miniszterelnöki jogosítványokkal, amelyekkel 2020-ban rendelkezni fog.

A másik ellenérv a potencialitás argumentummal szemben az, hogy túl messzire vezet. Ugyanis, ha az abortus azért elfogadhatatlan, mert megakadályozza a zigótát abban, hogy emberré fejlődjék, akkor a fogamzásgátlás is rossz, hiszen az is megakadályoz egy folyamatot (a megtermékenyülést), amelynek eredménye ugyancsak egy ember kialakulása lenne. Így a korai abortust is elítélő konzervatív álláspontnak, ha következetes, a fogamzásgátlást is el kell ítélnie[54, 55], hiszen mindkettővel ugyanaz a végrehajtók szándéka és a tett következménye. A fogamzásgátlás célja az, hogy ne jöjjön létre a megtermékenyülés, vagyis ne induljon meg az az egyedfejlődési folyamat, amelynek végeredménye egy emberi lény megszületése lenne. Ezt a célt pedig két élő emberi sejt (a petesejt és a spermium) elpusztításával éri el, amelyek fogamzásgátlás nélkül egyesülnének, és újszülötté fejlődnének. A korai abortus célja pedig az, hogy egy még érzőképtelen embryót elpusztítson, hogy az ne fejlődhessék érzőképes emberré. A különbség tehát csak az, hogy a fogamzásgátlás érzőképtelen ivarsejteket, az abortus pedig egy még érzőképtelen embryót pusztít el.

Minden ma élő ember megszületése két módon lett volna megakadályozható. Az egyik mód, hogy édesanyja abortust végeztetett volna, mikor vele volt viselős, a másik pedig az, hogy szülei az ő fogamzásakor fogamzásgátlót használva éltek volna nemi életet. Mindkettő eredménye az ő meg nem születése lett volna, és az ő szempontjából nem lett volna a kettő között különbség, hiszen mindkét módszer biztosan megakadályozta volna a megszületését, és egyik sem okozott volna neki

több fájdalmat, mint a másik. A fogamzásgátlás és az abortus között csak valószínűségben van különbség. Egy 7 hetes magzat megszületésének valószínűsége kb. 85%, mert a diagnosztizált terhességek kb. 15%-a végződik spontán vetéléssel. Így egy 7 hetes magzat abortusa esetén (aki ekkor még nem érzőképes), elpusztítanak egy olyan életet, amely kb. 85% valószínűséggel újszülötté fejlődött volna[56]. Fogamzásgátlás esetében más a valószínűség. Egy rendszeres nemi életet élő, fogamzásgátlót nem használó, egészséges fiatal pár esetében kb. fél év normális nemi élet vezet nagy valószínűséggel egy élveszületéssel végződő terhességhez. E statisztikai különbségeket figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy kb. fél év rendszeres nemi élet, amelynek során a pár hatékony fogamzásgátlót használ, morálisan ugyanolyan, mint egyetlen korai abortus, hiszen megközelítőleg ugyanolyan valószínűséggel akadályozzák meg egy egyébként majdnem biztosan világra jövő újszülött megszületését mindkét módszerrel. Elméletileg is nehéz különbséget látni aközött, hogy egy petesejtet és egy spermiumot közvetlenül egyesülésük előtt pusztítanak el (fogamzásgátlás), vagy a már egyesült két sejtet együtt pusztítják el (korai abortus). A közgondolkodás nem is szokott különbséget tenni erkölcsileg a fogamzásgátlás kétféle típusa között, noha a fogamzásgátlók egyik csoportja tulajdonképpen nem is fogamzásgátló, hanem korai abortust idéz elő. Sokan mégsem éreznek komoly erkölcsi különbséget a spirállal és például a pesszáriummal megvalósított fogamzásgátlás között, holott a spirál fogamzásgátló hatását korai abortus létrehozásával, a pesszárium a fogamzás megakadályozásával fejti ki.

MICHAEL TOOLEY a következő példát hozza fel a potencialitás argumentum ellen[57]. Tételezzük fel, hogy kifejlesztenének egy olyan gyógyszert, amelyet kiscicák agyába fecskendezve az állatot emberi aggyal rendelkező macskává fejlesztené. Az ilyen macska éppúgy gondolkodna, beszélne, érezne, mint bármelyik felnőtt ember, és ezért természetesen az ilyen gondolkodó macskák ugyanolyan jogokkal rendelkeznének, mint mi. Életük éppúgy védendő lenne, nem lehetne őket megölni stb. A gyógyszer birtokában természetesen minden kiscica potenciálisan gondolkodó személy lenne. Erkölcsileg elítélhető lenne-e ekkor a kiscicákat a gyógyszerrel nem beoltani, hanem ehelyett például fájdalommentesen megölni? TOOLEY szerint nem. Vagyis nem lenne kötelességünk a potenciálisan ember kiscicát valóságos emberré fejleszteni. Sőt, ha egy kiscicát véletlenül már beoltottak, de még nem indult meg az átalakulása, akkor erkölcsileg elfogadható lenne neki egy közömbösítő anyagot adni, amely megakadályozná a macskaagy emberaggyá transzformálódását. Konklúziója tehát az, hogy ha egy lény potenciálisan gondolkodó lénnyé fejlődne, ezt elősegíteni nem lenne kötelességünk, illetve ezt megakadályozni elfogadható lenne mindaddig, amíg a jogokat adó gondolkodóképesség ki nem fejlődött. A kritikusok szerint tehát a konzervatív álláspont fő hibája az, hogy ha a zigótát aktuális tulajdonságai alapján tekinti védendőnek, akkor nincs igaza, hiszen az csak egy érzőképtelen emberi sejt, emberi sejtek elpusztítása pedig morá-

lisan nem kifogásolható. Ha pedig a zigótát amiatt tekinti elpusztíthatatlannak, mert az potenciálisan érzőképes emberré válik, akkor ez érv a fogamzásgátlás ellen is, hiszen a fogamzásgátlás is emberi ivarsejteket pusztít el, amelyek együtt szintén érzőképes emberré fejlődtek volna. Ez azt jelenti tehát, hogy ha a konzervatív vélemény helyes, és a korai abortus is elfogadhatatlan, akkor elfogadhatatlan a fogamzásgátlás is. A konzervatív álláspontot elutasítók szerint azonban, mivel ma a fogamzásgátlás általánosan elfogadott, és mivel nincs komoly erkölcsi különbség az embryo szempontjából a fogamzásgátlás és a korai abortus között, ezért a korai abortus erkölcsileg szintén elfogadható. (Mivel a fogamzásgátlás kevésbé káros az anya egészségére, mint az abortus, ezért az anya szempontjából van különbség a kettő között. A morális hasonlóság csak az embryo szempontjából igaz.)

Világi, filozófiai érvekkel is alátámaszthatónak vélik tehát néhányan azt az emberiség történetében úgyszólván e századig majdnem egyeduralkodó álláspontot, amely a fogamzásgátlás és a (korai) abortus között soha nem tett éles különbséget.

A liberális álláspont és kritikája

A liberális álláspont több változata különíthető el. A legszélsőségesebb változat szerint a magzat erkölcsi státussal rendelkező személlyé csak az öntudat, a racionalitás stb. kialakulásával lesz. A kevésbé extrém álláspontok szerint az élve születés vagy az életképessé válás jelenti a morálisan döntő határt az abortus elvégezhetőségével kapcsolatban.

Az életképessé válás mint kritérium. Eszerint a magzat abortusa addig fogadható el, amíg az életképessé nem válik. Ezután már nem lehet abortust végezni, ez előtt viszont igen. Az életképességi kritérium azonban problematikus, mert nagyrészt orvosi technológia függvénye. Azt fejezi ki, hogy mikortól lehet a magzatot az anya testén kívül, inkubátor, gyógyszerek stb. segítségével életben tartani. Ez viszont a technika fejlettségétől függ. 1953-ban például modern intézetekben az életképesség alsó határa kb. 1000 g volt, ma fejlett centrumokban kb. 500 g. Azt jelenti ez, hogy ma az egyedfejlődés során előbb lesz ember az ember, mint 40 évvel ezelőtt? Az sem zárható ki, hogy az orvosi technológia fejlődésével egyszer majd a fogamzástól kezdve fel lehet nevelni az embryót mesterséges anyaméhben. Ekkor tehát az életképesség a fogamzással esne egybe. Az a kérdés azonban, hogy a magzat mikortól ember, nem függhet az orvosi technológia fejlettségétől. Ennek illusztrálására képzeljük el azt a példát, hogy egy anya a terhessége 28. hetében New Yorkban repülőre ül, és Addis Abebába repül. Mivel New Yorkban a 28. hétre született magzat általában már életképes, Addis Abebában pedig még nem az, mondhatjuk, hogy a repülőút során a magzat emberből visszaváltozott nem emberré,

vagyis az élethez való jogát elvesztette? Képtelenségnek tűnik egy olyan mondat, hogy „Tegnap a 27 hetes magzatok még nem voltak emberek, de ma már azok, mert közben az újszülöttosztály beszerzett egy új, jobb inkubátort”[58].

Az életképességi kritérium további problémája, hogy alapvetően statisztikai fogalom, és így némiképp önkényes. Azt fejezi ki ugyanis, melyik az a legkorábbi időpont, amelyet a megszületett magzatok x%-a túlél. Az azonban, hogy x-nek milyen értéket választunk, döntés kérdése, és eltérő értékekből kiindulva erősen eltérő eredmények adódnak. Ha például az életképesség határának azt tekintjük, ahol a megszületett magzatok közül egy-egy kivételesen túlél, akkor az életképessé válás ideje a legfejlettebb centrumokban ma 22 hétnek adódik. Ha viszont azt mondjuk, hogy az életképesség az a kor, amelyet az adott technikai feltételeket tekintetbe véve a magzatok többsége túlél, akkor a határ esetleg csak 28 hét lesz[59]. Mivel a medicinában minden eset egyedi, így például a 28 hetes határ elfogadásánál elabortálhatónak tűnnék az a 25 hetes magzat, aki esetleg ténylegesen már életképes, noha kortársainak többsége még nem az. Így az életképességi kritérium technológia és statisztikai definíció függvénye, ezért országról országra, korról korra változó, az ember fogalmának meghatározása és jogokkal való felruházása ilyen kritériumok alapján azonban megkérdőjelezhető.

Az életképességi kritérium egyik problémája tehát az, hogy a technika fejlődése bármely korú magzatot életképessé tehet, így ez nem „időtálló” határ, a másik pedig az, hogy abból, hogy egy lény csak egy bizonyos környezetben képes túlélni (az anyaméhben), nem következik, hogy ettől a környezettől való megfosztása morálisan elfogadható.

Az öntudat, a racionalitás megléte mint kritérium. Ezt a kritériumot szokták a leggyakrabban említeni a liberális nézetek arra a kérdésre válaszként, hogy „Milyen lények életét kell morális kötelességből védeni?” Bár az erre a kérdésre adott ösztönös válasz az, hogy az emberi életet és csak az emberi életet kell védeni, alaposabb meggondolásra ez a válasz nem bizonyul kielégítőnek. El szokták különíteni ugyanis a biológiai értelemben vett embereket a morális értelemben vett emberektől, az utóbbiakat erkölcsi személynek nevezve. Úgy gondoljuk, hogy ha a világegyetemben lennének más gondolkodó, érző lények is, ők ugyanolyan védelmet érdemelnének, mint mi, őket sem lehetne például önkényesen megölni, noha ők természetesen nem az emberi fajhoz tartoznának. Ők tehát erkölcsi személyek lennének, de nem emberek. Erkölcsi személyek például a különböző vallások istenei, angyalai, a mitológiai figurák stb. Ugyanakkor biológiailag élő ember, de nem személy például egy agyhalott. Erkölcsi védelmet tehát az erkölcsi személyek érdemelnek, függetlenül attól, hogy biológiailag emberek-e vagy sem[60]. Ha egy lényt tulajdonságaitól függetlenül, pusztán az alapján részesítenénk erkölcsi védelemben, hogy a mi fajunkba tartozik, ez a szó szoros értelmében fajelmélet (szpécieszizmus)

lenne, hasonlatos a fajtaelmélethez (rasszizmushoz), amely kizárólag azon tény miatt tartja jobban védendőnek például *A* embert *B*-nél, mert *A* egy adott rasszba tartozik[61]. Ha a Földön élő emberek nem tartoznának egy fajba, akkor is minden embernek azonos jogokkal kellene rendelkeznie, mert morálisan lényeges tulajdonságaik alapján hasonlóak.

A kérdés tehát az, mitől lesz egy lény erkölcsi személy, milyen tulajdonságokkal kell rendelkeznie ahhoz, hogy élete ugyanolyan védelemben részesüljön, mint az emberé? A racionalitás kritérium szerint az tesz egy lényt morálisan személlyé, hogy öntudata van, nyelvhasználatra, kommunikációra, racionális gondolkodásra, esetleg morális szabályok betartására képes, és így vágyat képes érezni saját létezésének a folytatására. Mivel mindeme tulajdonságokkal a magzat még közvetlenül születése előtt sem rendelkezik, sőt tudatilag ekkor még alacsonyabb szinten áll, mint egy kifejlett kutya vagy ló, ezért – e kritérium alapján – élete nem érdemelne több védelmet (sőt csak kevesebb védelemre lenne jogosult!), mint egy fejlett idegrendszerű felnőtt állat[62]. Ez a felfogás azonban több okból is problematikus. Egyrészt az az állítás, hogy erkölcsi személy csak az és az élethez csak annak a lénynek van joga, aki öntudattal, racionalitással, fejlett kommunikációs képességgel stb. rendelkezik, túl szigorúnak tűnik, hiszen ezekkel a tulajdonságokkal még újszülöttek, sőt kisgyerekek sem rendelkeznek. Van olyan filozófus (például TOOLEY), aki le is vonja az elméletéből fakadó azon logikus következtetést, hogy e kritérium szerint az újszülöttek sem személyek, így az ő megölésük sem helyteleníthető morálisan[63]. Ez azonban olyan abszurd következtetés, és olyan mértékben szemben áll érzéseinkkel, hogy inkább TOOLEY elméletének helytelenségére, semmint az újszülöttek megölhetőségére következtethetünk ebből. E nézet kritikusai joggal mutattak rá, hogy a racionalitás, öntudat stb. képessége valójában annak a feltétele, hogy „jogilag felelős emberről" beszélhessünk. Ezen tulajdonságok tehát ahhoz szükségesek, hogy valakinek kötelességei lehessenek, ahhoz azonban nem, hogy egy lénynek jogai legyenek[64]. Jogokkal újszülöttek, kisgyerekek, súlyos értelmi fogyatékosok is rendelkeznek, anélkül hogy a felnőtthöz mérhető öntudat, racionalitás és a kommunikáció képességével rendelkeznének. Így ez a kritérium túl szigorú, hiszen ennek alapján újszülöttek megölése is erkölcsileg indokolható lenne, és ezért nem fogadható el.

A születés mint kritérium. Eme álláspont szerint ahhoz, hogy egy emberi lénynek jogai lehessenek, meg kell születnie. Ezt a meggyőződést fejezi ki az a gyakori jogi formula is, amely „veleszületett" jogokról beszél, és a legtöbb társadalom gyakorlata – az abortusról vallott nézeteitől függetlenül – azt látszik sugallni, hogy nem tekinti ugyanolyan jogú embernek a magzatot, mint az újszülöttet. Ezt bizonyítja, hogy a magzatnak születése előtt még nincs neve, a kort a születéstől számítják és nem a fogamzástól, spontán abortus esetén az abortált magzatról nem kell halotti

bizonyítványt kiállítani, nem kell számára temetési gyászszertartást rendezni, a család gyásza spontán abortus után kisebb, mint egy újszülött halálakor stb.[65]

Ennek a felfogásnak azonban a következő ellenérvvel kell szembenéznie: a mai modern orvosi technológia lehetővé tette, hogy vizsgálják a méhen belül fejlődő emberi magzatot. Ma már vizsgálni tudják életműködéseit, sőt le is tudják fényképezni, filmre, videóra tudják venni. Mindezek alapján tudjuk, hogy fiziológiailag semmi – morálisan lényeges – különbség nincs a születés előtt egy órával álló magzat és a születés után egy órával vizsgált újszülött között. Ha az élethez való jog csak az élve születéssel kezdődne, akkor viszont jelentős különbséget kellene tudni a kettő között kimutatni, olyat, amelyik morálisan annyira lényeges, hogy a születés előtti magzat megölését erkölcsileg elfogadhatóvá tenné, az újszülöttét pedig nem. A születés előtti magzat és az újszülött között fejlettség, idegrendszeri érettség stb. tekintetében semmi morálisan lényeges különbség nincsen, a különbség csak annyi, hogy az egyik az anyaméhben, a másik pedig esetleg egy inkubátorban van. Egy lény jogai azonban nem függhetnek attól, hogy az a fizikai tér mely pontján helyezkedik el. Az a tétel, hogy a méhen belüli magzatnak még nincs joga az életre, így megölhető, egy ugyanilyen fejlettségű újszülöttnek viszont már joga van az élethez, és nem ölhető meg, olyan, mintha azt mondanánk, hogy valakinek joga van az élethez, amíg a szobában van, de elveszíti ezt a jogát, ha például kimegy a konyhába.

Az élve születés mint kritérium: a nők önrendelkezési jogán alapuló érvelés

Az élve születést mint erkölcsileg lényeges határpontot kijelölő álláspontok közül filozófiailag a legerősebbek a nő önrendelkezési jogát, autonómiáját hangsúlyozó érvelések. Két, a bioetikai szakirodalomban igen nagy hatású eszmefuttatás alapján próbálom bemutatni ezek gondolatmenetét. Mindkettő közös stratégiája, hogy képzeletbeli, a valóságban lehetetlen példa – mint a terhességhez közel álló analógia – segítségével próbálja „tesztelni" erkölcsi felfogásunkat. Ez a módszer meglehetősen elfogadott nemcsak a bioetikában, hanem általában a tudományban is, számos tudományos elmélet a valóságban lehetetlen, a tudományos munkában mégis nagyon hasznos absztrakciókkal dolgozik (például a kiterjedés nélküli pont a geometriában, az ideális gáz, a súrlódás, légellenállás nélküli mozgás a fizikában stb.). E példákban az erkölcsi probléma megvilágítása a fontos, s ez akkor is lehetséges, ha a példa által leírt helyzet a valóságban lehetetlen.

Jane English példája[66]. Tegyük fel, hogy egy jól képzett sebészt egy hipnotizált (és így ártatlan) ember elrabol, hogy őrült megbízójához vigye, aki ki akarja törölni agyából teljes orvosi tudását, és így karrierjét tönkre akarja tenni. Ez persze

megváltoztatná egész életét, derékba törné addigi orvosi karrierjét. Ha elrablását csak egyetlen módon tudná elkerülni, úgy, hogy védekezésképpen megölné hipnotizált támadóját, akkor JANE ENGLISH szerint ezt megtehetné, hogy ezáltal elkerülje élete tönkretételét (ahogyan például sok tinédzserkorú terhes lány terhessége kiviselésének kényszere is az illető lány életének a tönkretételét jelentené).

Az abortusszal kapcsolatos álláspontot ezzel az analógiával élve a következőképpen lehet szemléltetni: Tegyük fel, hogy a hipnotizált támadó csak éjjel támad, és így a támadást biztosan el lehet kerülni, ha éjjel nem megyünk ki az utcára. Egy vélemény szerint, mivel mindenki megteheti, hogy éjjel otthon marad, ezért az, aki mégis kimegy éjszaka, és a hipnotizált megtámadja, már nem ölhet önvédelemből, köteles elmenni elrablójával. Ez annak a nézetnek lenne analógiája, miszerint a nemi élettől való tartózkodás a terhesség elkerülésének az egyedül elfogadható módja. Mások szerint kimehetünk éjjel az utcára, de vigyünk magunkkal valamilyen riasztókészüléket. Ám ha ez mégsem riasztaná el a támadót, másképpen védekezni ellene már nincs jogunk. Ez annak az álláspontnak lenne az analógiája, amely szerint a nemi élettől való tartózkodáson túl a fogamzásgátlás is elfogadható módszer a terhesség elkerülésére, de az abortus még akkor is tilos, ha a terhesség fogamzásgátlási hiba következménye. Egy harmadik nézet szerint csak akkor lehet megölni a hipnotizált támadót, ha ő is meg akarja ölni azt, akit el akar rabolni. Ez annak a nézetnek az analógiája, hogy az abortus csak akkor elfogadható, ha a magzat (illetve a terhesség) az anya életét veszélyezteti. Végül van olyan álláspont is, amely szerint még akkor is jogunk van megölni a hipnotizált támadót, ha az csak nagyon csekély kellemetlenséget okozna nekünk, és minden elővigyázatosság nélkül éppen abban az utcában sétáltunk, amelyben tudtuk, hogy támadni szokott. Ez lenne az „abortus puszta kérésre is mindig elvégzendő” álláspont analógiája.

JUDITH JARVISH THOMSON példája[67]**.** Reggel arra ébredsz, hogy egy eszméletlen, híres hegedűművésszel fekszel egy ágyban, akinek halálos vesebetegsége van. A Zenebarátok Társasága – megvizsgálván az összes elérhető adatot és lehetőséget – úgy találta, hogy neked van az egyedül alkalmas vércsoportod, hogy segíts. Elraboltak téged, és összekapcsolták vérkeringésedet a hegedűművészével, hogy a te veséd megtisztíthassa az ő vérét is. A kórház igazgatója értesülvén a történtekről sajnálkozását fejezi ki, kijelenti, hogy az ő tudtával a Zenebarátok Társasága ezt a szörnyűséget soha nem tehette volna meg. De mivel a dolog – sajnos – megtörtént, most már nincs mit tenni, hiszen ha lekapcsolnák a hegedűművészt rólad, ezzel megölnék őt. A jó hír azonban az, hogy a hegedűművész veséje 9 hónap alatt előreláthatólag meggyógyul, ezért akkor le lehet őt kapcsolni a te vérkeringésedről.

THOMSON kérdése: Morálisan kötelező lenne-e az elraboltnak ebbe a helyzetbe beleegyeznie, és testét, vérkeringését – amelyet a hegedűművész ártatlanul, de az elrabolt beleegyezése nélkül, annak akarata ellenére vett igénybe – továbbra is

a hegedűművész rendelkezésére bocsátania? THOMSON válasza a kérdésre határozott nem. Természetesen nagyon nemes lenne az elrabolt részéről az áldozat vállalása, de ez semmiképpen sem morális kötelessége. Hiszen, ha valamihez jogunk van – mondja THOMSON –, akkor a saját testünk feletti rendelkezésre bizonyosan. Ez természetesen nem azt jelenti, hogy a magzat az anyai test része, csak azt: a magzat az anyai test használója, és egy embernek egy másik ember teste használatára csak akkor van joga, ha a másik ebbe önkéntes beleegyezését adta. Enélkül azonban senkinek nincs joga egy másik ember testének a használatához, még akkor sem, ha ez az élete fenntartásához lenne szükséges. Például ha egy gyerek súlyos vesebetegségben szenved, és veseátültetésre lenne szüksége, és ehhez a veséhez csak úgy juthatna hozzá, ha valamelyik szülője veseátültetés céljára „odaadja" (donálja) neki a veséjét, akkor erre a vesére a gyereknek nincs joga, abban az értelemben, hogy a szülőjének kötelessége lenne a veséjét odaadni. Természetesen nagyon nemes cselekedet, ha ezt a szülő mégis megteszi, de erre jogilag nem kötelezhető, csakis az ő önkéntes beleegyezése lehet az erkölcsi és a jogi alapja az ilyen veseátültetésnek. THOMSON példájának mondanivalója tehát általánosan úgy fogalmazható meg, hogy ha valaki olyan testi állapotban van, amelyben túléléséhez valaki más testének az igénybevételére van szüksége, ennek a testnek az igénybevételére még ekkor sincs joga, így a másik nem kötelezhető teste használatának az eltűrésére.

A két analógia értékelése. ENGLISH és THOMSON példájának közös vonása, hogy az abortuskérdést nem a „szokásos" oldalról közelítik meg, vagyis nem azt vizsgálják, hogy a magzat ember-e, tudatos-e stb., hanem feltételezik azt, amit még az abortus legelszántabb ellenzői sem állítanak: azt, hogy a magzat épp olyan racionális, öntudatos, gondolkodó ember, mint egy felnőtt, és azt igyekeznek bizonyítani, hogy az abortus sok esetben még ennek elfogadásával is igazolható lenne. Ezért az abortuskérdés még messze nincs megoldva azzal, ha kimutatják, hogy a magzat ember, pedig sokan ezt tekintik a vita központi kérdésének. Mindkét érvelés azt igyekszik bizonyítani, hogy még ha a magzat minden tekintetben olyan ember lenne is, mint egy felnőtt, az abortus sok esetben még akkor is indokolható lenne, ahogyan az önvédelemből való emberölés jogosságának az elemzésekor sem azt vizsgálják, hogy a támadó ember volt-e vagy sem, hanem azt: a megtámadott elháríthatta volna-e a támadást más eszközökkel is, nem volt-e aránytalan a védekezés a fenyegetés mértékéhez képest[68]. Ezek a példák tehát elfogadják, hogy a magzat ember, sőt erkölcsi személy, és azt állítják, hogy mégis lehetnek olyan speciális körülmények, amelyek indokolhatják az abortust. Így szerintük, ha el is fogadjuk, hogy az abortus emberölés, akkor is: indokolható emberölés. Így a magzat jogállásának megállapítása csak az első lépés az abortus erkölcsösségének a megállapításakor, de ezzel a probléma még nincs megoldva, hiszen ezt követően össze kell mérni az anya és a magzat jogait, és csak ez után lehet az abortus elfogadhatóságáról vagy elfogad-

hatatlanságáról nyilatkozni. A thomsoni érvelés konklúziója pedig az, hogy egy embernek az élethez való joga nem jelenti azt, hogy egyben mindarra joga van, ami életének a fenntartásához szükséges. Így ha például életének a fenntartásához más testének (például veséjének, méhének stb.) használatára van szüksége, akkor ehhez nincs joga, mert ha elismernénk ezt a jogát, akkor ez a másik részéről egyben kötelességet jelentene teste használatának a biztosítására.

Az abortust az élve születésig elvégezhetőnek tartó érvelés végső konklúziója az, hogy azért az élve születés a magzati jogok forrása, mert ez az a pillanat, amikor a magzat teste elkülönül az anyáétól. Ezt követően az anya már védheti a testi integritását anélkül, hogy a gyermekben kárt tenne, ez előtt azonban nem. Az anyának tehát az abortusszal nem a magzat megöléséhez van joga, hanem ahhoz, hogy méhéből a magzatot eltávolítsák, és így testi integritását helyreállítsák. Ez ma még természetesen a magzat pusztulásával jár. Ha azonban létezne olyan orvosi technológia, amellyel az anyaméhből ily módon eltávolított magzatokat egy tökéletes inkubátorban továbbra is életben tudnák tartani, akkor az ilyen magzatok megöléséhez, vagyis például az inkubátor kikapcsolásához az anyának már éppúgy nem lenne joga, ahogyan a hegedűművész példájában is az elraboltnak csak arra van joga, hogy a hegedűművész lekapcsolását kérje saját vérkeringéséről. Ha azonban az ily módon „lekapcsolt" személy valamilyen csoda folytán mégis életben maradna, őt már nem lenne joga az elraboltnak megölni, hiszen neki csak testi integritása helyreállításához volt joga.

Milyen ellenérvek hozhatók fel a fenti példákkal szemben?

Ellenérvek a thomsoni állásponttal szemben. Több ellenvetés kínálkozik. A legkevésbé „súlyos" az, amely e példák abszurditására mutat rá, például arra, hogy nem is lehet a valóságban embereket ilyen súlyos bűncselekmények elkövetésére hipnotizálni (JANE ENGLISH példájában), vagy arra, hogy a hegedűművész vérkeringését az elraboltéval összekapcsoló példa orvosi képtelenség, hiszen ilyesmi immunológiailag lehetetlen, és nincs is rá szükség, hiszen van dializátor stb. Ezek az ellenvetések azért nem helyénvalók, mert a példák erkölcsi problémákat akarnak megvilágítani, és nem pszichológiai vagy orvosi kérdéseket. Hasonlatosak egy számtanpéldához: ha megkérdeznek például egy gyereket, hogy ha van 4 almája, és a nagymamája elvesz belőle egyet, akkor hány almája marad, és a gyerek erre azt válaszolja, hogy ez egy buta példa, mert az ő nagymamája tőle soha nem veszi el az almáját, akkor a gyereknek a szó pszichológiai értelmében esetleg igaza lenne, mégis mondhatnánk, hogy nem érti a problémát, hiszen a kérdés itt egy számtani összefüggés megértése, melynél lényegtelen, hogy a példa pszichológiailag igaz-e vagy sem.

A felelősség argumentuma. Komolyabb ellenvetés a felelősség argumentum[69]. Eszerint a példák azért nem jó analógiái a terhességnek, mert például a thomsoni példában a hegedűművész és az elrabolt nem rokonai egymásnak, továbbá az elrabolt semmiféle módon nem járult hozzá ahhoz, hogy a hegedűművész tőle testileg függő állapotba kerüljön. Így az elraboltnak az idegennel szemben, akinek testi állapotáért ő maga semmilyen formában nem felelős, nyilván semmiféle kötelezettsége nincsen. Más a helyzet azonban a terhességek túlnyomó többségében, ahol az anya – bár szándéka ellenére, de – okozója a magzat „helyzetének". A magzat az anya tevékenységének eredményeként került az anya testétől függő helyzetbe, azért szorul az anya testére, mert létezik, és az anya tevékenységének az eredményeként létezik. Az anya eme függő lénnyel genetikai rokonságban van, és egykor ő maga is ilyen függő lény volt, akin más valaki (az ő anyja) segített!

A jobb analógia kedvéért vizsgáljunk meg ezért egy újabb példát. Egy házaspár gyermeke súlyos allergiás betegségben szenved, és az élete fenntartását lehetővé tevő, igen kis számú tápláléktól eltekintve a legtöbb ételre allergiás. Az allergia annyira intenzív, hogy már az illető ételek néhány molekulája kiváltja a reakciót, amely súlyos – veseátültetést igénylő – vesekárosodáshoz vezet. A gyerek otthon él, tökéletesen szigetelt lakásban a szüleivel. A szülők, akik szeretik a normális, változatos étkezést, egy szűrőt szereznek be, amelyet a konyha ajtajára helyeznek, valahányszor olyasmit esznek, ami a gyermeket allergizálhatná. A szűrő – bár általában megfelelő védelmet nyújt – esetükben gyári hibásnak bizonyul: egy vacsora idején átjut néhány szagmolekula étel a gyerekszobába, és a gyermek veséje tönkremegy. Csak ideiglenes veseátültetéssel lehetne megmenteni (a vesének 9 hónapig kellene a gyermekben maradnia, utána „visszaadhatná" apjának, mert ezalatt saját veséje meggyógyulna). Vesedonorként csak az apa jöhet szóba, más megoldás pedig nincs. (A példa kedvéért tekintsünk el a dialysis lehetőségétől!) Kötelessége-e az apának ekkor a vesedonáció?

A példa jó eszköz a felelősség argumentum vizsgálatára, hiszen a szülők – bár igyekeztek elkerülni a tragédiát – mégis maguk okozták gyerekük olyan állapotát, amelynek révén testileg az apjára szorult. Mondhatjuk-e ekkor, hogy mivel az apa felelős a gyermek helyzetéért, ezért jogilag is kötelezhető veséje átadására? Ebben a helyzetben az apától erkölcsileg elvárható a vesedonáció (ami számára nem jár túl nagy kockázattal, viszont a gyermek életét menti meg), és ha ezt nem teszi meg, erkölcsileg elítélhető. Jogilag azonban ez még ekkor sem lenne kötelessége, ilyenformán a gyermeknek még ebben az esetben sem lenne joga az apa teste egy részének (a veséjének) a használatára. Egy ember testét egy másik ember csak annak kifejezett beleegyezésével használhatja, így erre kényszeríteni senkit nem lehet. Úgy tűnik tehát, hogy a felelősség argumentum nem cáfolata THOMSON példájának, vagyis ha valaki felelős egy lény testileg függő helyzetéért, ebből még nem következik, hogy a függő helyzetűnek ezáltal joga lesz a függőségért felelős személy teste használatára annak beleegyezése nélkül.

A terhesség természetességét hangsúlyozó érv. Eszerint a terhességet a veseátültetéssel összehasonlító analógia hibás, mert a terhesség természetes, a veseátültetés nem az. Azért követelhető meg tehát az, hogy az anya a méhét a magzat „rendelkezésére" bocsássa, mert ez természetes folyamat, a vese odaadása átültetés céljára viszont nem természetes, ezért ehhez a donor külön beleegyezése szükséges.

Az érvelés mögött rejtetten az az előfeltételezés húzódik meg, hogy ami természetes, az jó és elfogadandó, ami pedig nem természetes, az rossz, ezért legfeljebb csak külön beleegyezés esetén helyeselhető. Az a feltételezés azonban, amely szerint minden, ami természetes, az egyben jó is, megkérdőjelezhető. Hiszen természetes például az árvíz, és így természetes lenne az, hogy egy nagyvárost évente elöntsön a levonuló árhullám, emberek ezreinek a halálát okozva. Az, hogy az áradás ellen gátak építésével, folyószabályozással stb. védekezünk, a szó szoros értelmében természetellenes, mégis erkölcsileg jó. Az is természetes lenne, hogy gyerekek tbc-ben, diphtheriában, tetanusban, szamárköhögésben stb. ezrével haljanak meg, mint ahogyan ez is volt a jellemző a védőoltások felfedezése előtt. Az, hogy ezt védőoltásokkal megakadályozzuk, természetellenes, de erkölcsileg jó. Természetellenes például tüdőgyulladásban penicillint adni, és a természetes az lenne, ahogyan évezredeken keresztül az is volt, hogy tüdőgyulladásban az emberek meghaljanak. Erkölcsileg azonban ez mégsem elfogadható. Ilyen értelemben természetellenes a fájdalomcsillapítás, a fogamzásgátlás, a szervátültetés, a védőoltásokkal való immunizáció és majdnem az egész orvostudomány, amely a gyengéket, a betegeket gyógyítja, túlélésüket segíti, holott a természetes az lenne, hogy ilyenkor a természetes szelekció érvényesülne, vagyis a gyengébb elpusztulna, és csak az erős élne tovább. Bizonyos értelemben természetellenes az egész emberi civilizáció, az, hogy tetőt építünk a fejünk fölé az eső ellen, fűtünk, ruházkodunk a hideg ellen stb. Elmondható tehát, hogy ami természetes, az erkölcsileg lehet rossz, hiszen a természet sokszor kegyetlen, ami viszont a természet törvényei érvényesülését akadályozza, ami természetellenes, az erkölcsileg lehet jó[70]. Ezért abból, hogy a terhesség sokszor az anya szándéka ellenére, beleegyezése nélkül jön létre, és hogy ez így természetes, éppúgy nem következik, hogy ezt erkölcsileg el kell fogadni, és nem lehet tenni ellene semmit, ahogyan abból, ha egy terhes anya élete veszélybe került, mert téraránytalanság miatt nem képes természetes úton megszülni gyermekét, nem következik, hogy ebbe bele kell nyugodni, és nem végezhetnek például császármetszést (ami szintén természetellenes) az anya életének megmentésére.

A szándék argumentum. Egy másik lehetséges ellenérv a thomsoni példával szemben az, hogy ott az elrabolt nem a hegedűművész halálát akarta, hanem a saját testi integritásának a helyreállítását, aminek csak sajnálatos mellékhatása a hegedűművész halála. Azt, hogy itt nem a hegedűművész halála volt az elrabolt szándéka, az bizonyítja, hogy ha a hegedűművészt úgy lehetne lekapcsolni az elrabolt vér-

keringéséről, hogy gépi dialysissel továbbra is életben lehetne tartani, akkor ez az elrabolt számára megfelelő megoldás lenne. Ekkor nyilván nem tiltakozna az ellen, hogy a hegedűművészt dializátorra kapcsolják. Ehhez természetesen nem is lenne joga, mivel ezzel a halálát okozná. Abortus esetén azonban nem ez a helyzet, hiszen ilyenkor az anya legtöbbször nem saját testi integritását akarja helyreállítani, hanem az indítéka valami más (például a szegénység elkerülése), és ennek eléréséhez eszközként és közvetlen módon akarja a magzat halálát[71]. Ezt bizonyítja, hogyha létezne olyan orvosi technológia, amellyel az abortust kérő nők magzatát a méhükből épségben el lehetne távolítani, és azok egy inkubátorban fejlődnének tovább, majd mikor születési fejlettségüket elérték, visszaadnák az anyának, akkor ez számára csak a terápiás indikációjú (élete vagy egészsége védelmében végzett) és a nemi erőszak miatt kért abortusok esetében lenne elfogadható (úgy, hogy utóbbi esetben a gyermeket állami gondozásba adja). Eugenikai (a gyermek fejlődési rendellenessége miatti) vagy szociális indikáció (az anya anyagi helyzete, férj hiánya stb.) miatti abortus esetén az anya számára ez a megoldás nem elfogadható, hiszen az abortust nem saját testi integritása helyreállítására kéri, hanem azért, mert meg akarja akadályozni a gyerek kifejlődését és megszületését. Így a thomsoni érvelés csak a terápiás és a nemi erőszak miatti abortus erkölcsi igazolhatóságát bizonyítja, a szociális és az eugenikai indikációjú abortusokét nem.

Cáfolatát jelenti-e azonban ez a thomsoni érvelésnek? Ennek megválaszolásához térjünk vissza ahhoz a példánkhoz, ahol a szülő ételre allergiás gyermekének nem akarja a veséjét adományozni. Tegyük fel, kiderül, hogy az apa veséjének adományozását nem a műtéttől való félelmében utasítja el, nem testi integritása védelmében nem akarja, hanem azért, mert azt szeretné, hogy gyermeke haljon meg, mert úgy gondolja, hogy annak ilyen allergiás betegségben szenvedve nem érdemes élnie. Ha ez lenne a helyzet, kényszeríthető lenne-e az apa veséje adományozására? Bár a szülő szándéka ekkor kétségtelenül a gyermek halála lenne, és tette így morálisan elítélendő, kényszeríteni még ekkor sem lehetne veséje adására, hiszen amikor valóban vesedonációra kérik a szülőket gyermekük megmentése érdekében, nem vizsgálják, hogy az azt visszautasító szülőnek mi volt az indítéka, például nem a gyereke halálát kívánta-e. E gondolatmenet bírósági „tesztelése" a gyakorlatban is megtörtént az USA-ban egy igen nagy sajtóvisszhangot kiváltó perben (McFall v. Shimp)[72]. 1978-ban az akkor 39 éves férfibetegről (McFall) kiderült, hogy aplasticus anaemiában szenved, amelynek egyéves túlélése akkor 25% volt, ezt azonban csontvelő-átültetéssel 40–60%-ra lehetett volna növelni. Mivel közelebbi alkalmas donor nem akadt, unokatestvérét (Shimpet) vizsgálták, aki immunológiailag a vizsgálatok során tökéletesen alkalmas donornak bizonyult. A kezdetben a csontvelődonációba beleegyező Shimp a beleegyezését hirtelen visszavonta, mint később kiderült, azért, mert felesége és anyja nagyon haragudtak McFallra egy korábbi családi viszály miatt, és nem akarták, hogy segítsen rajta. McFall könyörgött unoka-

testvérének a csontvelőért, azzal érvelt, hogy ő meghal, ha unokatestvére nem segít rajta, az azonban hajthatatlan maradt. McFall végső kétségbeesésében beperelte Shimpet, és bírósági úton akarta kényszeríteni őt a csontvelő-donációra, azzal az érveléssel, hogy az McFall számára veszélytelen beavatkozás, neki viszont az életét mentené meg, továbbá hivatkozott az amerikai common law több évszázados elvére, amely szerint egy egyén jogilag is kényszeríthető arra, hogy másnak segítsen. Az ügyben ítélő bíró elutasította McFall keresetét, azzal az indoklással, hogy bár Shimp tette morálisan elfogadhatatlan, jogilag mégsem kényszeríthető. McFall – csontvelő-transzplantáció híján – az ítéletet követően 2 hónap múlva meghalt.

A thomsoni példa tanulsága. A liberális álláspont szerint a thomsoni érvelés nagyon fontos tanulsága: egy ember testét egy másik ember csak annak beleegyezésével használhatja, még akkor is, ha ez élete fenntartásához vagy megmentéséhez szükséges, még akkor is, ha az ő testi függéséért a másik felelős, még abban az esetben is, ha a két személy egymás közeli rokona, és még akkor is, ha az egyik azért nem adja oda egy szervét a másiknak, mert annak halálát közvetlenül kívánja. Ilyen esetekben természetesen erkölcsileg sokszor elítéljük azt, aki nem segít a másiknak, holott megtehetné, jogilag azonban még ilyenkor sem kényszeríthető senki saját teste vagy annak egy része használatának eltűrésére, még akkor sem, ha ez számára csak nagyon csekély kockázattal járna. (Nemcsak vesedonációra nem kényszeríthető valaki, hanem például a nagyon csekély kockázattal járó véradásra sem.)

Itt azonban egy nagyon fontos megjegyzést kell tennünk. Ha ugyanis valaki valamely szervének a használatába már explicit módon beleegyezett, akkor ezt a beleegyezését már nem vonhatja vissza, ha szervének a használata már elkezdődött. Senkinek sem kötelessége például veséjét „odaadni" egy másik embernek, de ha egyszer már önként odaadta, és veséjét már átültették, azt többé már nem kérheti vissza! Ez azt jelenti, hogy amikor egy asszonynak tudomására jut a terhessége, ez az az időpont, amikor explicit beleegyezést kell adnia teste (méhe) használatába. Ha ezt a beleegyezést megtagadja, akkor mindenféle indoklás nélkül abortust végeztethet. Ha viszont terhessége kihordásába beleegyezik, akkor ez a magzat számára teste használatának jogát jelenti, és ezért ettől az időponttól kezdve ezzel az érvvel az abortust indokolni nem lehet. Az asszony beleegyezésére csak akkor kerülhet sor, ha terhessége a tudomására jut. Itt meg lehet szabni egy időpontot, ameddig elvárható, hogy átlagos esetben a terhesség tényét az anya bizonyosan tudomásul vehesse, és ezt csak akkor lehetne túllépni, ha az anya speciális helyzete (például kiskorúság, elmebetegség, nemi erőszak) miatti pszichológiai állapota vagy neki fel nem róható tudatlansága a terhesség tényének felismerését vagy az ezzel való szembesülést akadályozza.

Felvetődik itt a kérdés, hogy az a tény, hogy az anya önkéntesen szexuális életet élt, tudva, hogy annak esetleg terhesség lesz az eredménye, nem jelent-e egyfajta

implicit beleegyezést a bekövetkező terhességbe? Néhány köznapi példa alapján azonban látható, hogy ez nincs így. Ha valaki például elmegy otthonról, tudja, hogy távolléte alatt esetleg betörhetnek, de ez nem jelent implicit beleegyezést a betörésbe, különösen akkor nem, ha esetleg bizonyos védőintézkedéseket (például riasztókészülék felszereltetése) is tett a betörők ellen. Ha valaki repülőgépre ül, tudja, hogy lezuhanhat, de ez nem tekinthető a lezuhanásba való implicit beleegyezésnek, és ha zuhan a gép, joga van – ha tud – menekülni a helyzetből (például ejtőernyővel). Így az anya szexuális élete nem tekinthető beleegyezésnek, ezért szükséges a terhességbe való explicit beleegyezés is.

A liberális álláspont szerint a Thomson-féle érvelés még akkor is indokolhatóvá tenné az anya önrendelkezési joga alapján az abortust a terhesség első szakaszában, ha a magzat már ekkor ugyanolyan ember lenne, mint egy felnőtt. Természetesen azonban nem ez a helyzet, és a későbbiekben majd megvizsgáljuk, hogy milyen a magzat morális státusa a terhesség kezdetén, és vannak-e THOMSONÉTŐL független érvek az abortus korai elvégezhetőségére.

A mérsékelt álláspontok

A mérsékelt álláspontok szerint a konzervatív és a liberális nézetek közös hibája, hogy nem tulajdonítanak morális jelentőséget a magzat méhen belüli fejlődésének. Így a klasszikus konzervatív álláspont szerint a zigóta elpusztítása éppen olyan elfogadhatatlan, mint a terhesség 9. hónapjában fejlődő, már minden tekintetben az újszülöttre emlékeztető magzaté, az extrém liberális álláspontok szerint még a szülés előtt egy órával álló magzat is épp olyan szabadon elpusz-títható, mint a zigóta[73].

A konzervatív nézet tehát a fejlődő magzatot a terhesség egész időtartama alatt egyformán védendőnek tekinti, és álláspontja szerint a terhesség bármely szakaszában végzett abortus egyformán elfogadhatatlan, bármilyen indokból végezzék is azt. A liberális nézet szerint pedig az abortus a terhesség egész ideje alatt végezhető, függetlenül az abortus indokától.

Röviden tehát a konzervatív nézet szerint minden abortus rossz, bármikor és bármilyen indokkal végezzék is azt, a liberális nézet szerint minden abortus elfogadható, bármikor és bármilyen indokból végezzék is[74].

E szélsőséges álláspontok azonban ellenkeznek a közgondolkodással, amelyik a magzat méhen belüli fejlődésének morális jelentőséget tulajdonít, és sokkal könnyebben elfogadhatónak érez egy korai abortust, mint egy későit. Ennek a premisszának az elfogadásából indulnak ki a mérsékelt álláspontok, amelyek azonban az abortus elvégezhetőségét más és más határponthoz kötik.

Az érzőképesség mint kritérium. Igen elterjedt a szakirodalomban az érzőképesség kialakulásához kötni a morális státust. Az érvelés a következő. Egy lénynek érdekei akkor lehetnek, ha valamilyen – legalább minimális – érzőképességgel rendelkezik. Az érzőképesség primitív formái pusztán a gyönyör és a fájdalom érzésére való képességet jelentik, legfejlettebb formáiban azonban már akarat, célok, vágyak, ízlés, értékek meglétét is. Mivel egy lény morálisan lényeges szempontból csak akkor károsítható, ha érzőképes, ezért csak érző lényekkel szemben lehetnek morális kötelességeink[75]. Ha például valaki elfűrészel egy asztalt, ez lehet erkölcstelen az asztal tulajdonosával szemben, akinek a tulajdonát megrongálta, de nem lehet erkölcstelen az asztallal szemben, hiszen az asztal tárgy, nem érzőképes, ezért érdekei sincsenek. Abszurd lenne például azt mondani, hogy az asztalnak érdekében áll, hogy egyben maradjon, és ne legyen kettéfűrészelve. Ezzel szemben kettéfűrészelni egy macskát morálisan súlyosan elítélendő cselekedet, mert a macska fejlett érzőképességgel rendelkező, szenvedni képes lény. Így a macskának érdeke, hogy ne okozzanak neki szenvedést.

Eszerint tehát károsítani egy lényt csak az érzőképesség kialakulása után lehet, így csak érzőképes lénnyel szemben lehetünk erkölcsösek vagy erkölcstelenek. Az érzőképességnek azonban fokozatai vannak, és a törzsfejlődésnek minél magasabb szintjén áll egy lény, annál nagyobb az érzőképessége. Az érzőképesség csúcsán az ember áll, hiszen a racionális gondolkodásra való képesség, az intelligencia új lehetőségeket teremt a világ megtapasztalására. Egy racionális, időfogalommal és öntudattal rendelkező lény nagyobb érzékenysége gazdagabb, változatosabb és teljesebb létet tesz lehetővé, és ezáltal olyan kielégülések és szenvedések átélésére képes, amelyek egy törzsfejlődéstanilag alacsonyabb szinten álló lény számára nem lehetségesek[76].

Azok a lények tehát, amelyek egyáltalán nem rendelkeznek érzőképességgel, e felfogás szerint jogokkal sem rendelkeznek, vagyis nincs morális státusuk. Csak érzőképes lények rendelkezhetnek jogokkal, mégpedig érzőképességük arányában. Minél nagyobb tehát az érzőképességük, annál magasabb a morális státusuk. A csúcson – az intelligencia révén biztosított legnagyobb érzőképesség miatt – az ember áll, így ő rendelkezik a legnagyobb morális státussal is. Mivel azonban a racionalitás hiánya nem jelenti az érzőképesség hiányát, ezért morális státusa az állatoknak is van.

Az elmondottak alapján érthető, hogy morális problémák nem vetődnek fel élettelen dolgokkal vagy érzőképtelen élőlényekkel (például növényekkel) kapcsolatban. Az érzőképesség kialakulását nehéz pontosan meghatározni a törzsfejlődésben, hiszen elvileg nehéz olyan módszert konstruálni, amellyel képet kaphatnánk egy állat szubjektív érzékeléséről, például arról, mennyire „fáj" neki a testét károsító inger. Mivel már az ízeltlábúakban kimutattak olyan endorfinokat, amelyeknek az emberi fájdalom- és gyönyörérzésben szerepük van, ezért primitív érzőképessé-

get már ilyen szinten feltételezhetünk[77]. Biztosan érzőképes már az összes gerinces, jobban érzőképes az emlős, mint a hal, és a magasabb rendű emlősök (például az emberszabású majmok) érzőképesebbek, mint az alacsonyabb rendű emlősök.

Így tehát mind a fajfejlődés (filogenezis), mind az egyedfejlődés (ontogenezis) szintjén felállíthatunk egy érzőképességi ranglétrát, amely egyben az illető lénynek tulajdonítható jogok mértéke is. A fajfejlődést tekintve az érzőképesség egy kontinuumon ábrázolható, amelynek egyik végpontján az érzőképtelen (fájdalomra, szenvedésre nem képes) lények állnak (például fák, egysejtűek stb.), a másikon a legfejlettebb érzőképességű ember. Van a kontinuumon egy átmeneti zóna, ahol az érzőképesség a törzsfejlődés során kialakul. Ez valahol a gerinctelen állatok legfejlettebbjeinél helyezkedik el, hiszen a gerincesek biztosan érzőképesek. A fajfejlődési ranglétrán feljebb haladva az érzőképesség egyre nő, például a gerinceseké nagyobb, mint a gerincteleneké, és a gerinceseken belül is, mint láttuk, nagyobb a madaraké vagy az emlősöké, mint a halaké vagy a hüllőké. Az érzőképesség mértéke pedig az előbbiek értelmében az illető lény „jogait" is meghatározza, amennyiben annál erkölcstelenebb egy lénynek fájdalmat okozni vagy elpusztítani őt, minél érzőképesebb[78]. Ez a felfogás összhangban van az emberek ösztönös reakcióival, legtöbben sokkal problematikusabbnak ítélik például egy kutya lelövését, mint egy falevél letépését, kevésbé szívesen pusztítanak el állatkísérletek során például emberszabású majmokat, mint halakat, vagyis spontán gondolkodásuk is tükrözi azt a meggyőződésüket, hogy minél érzőképesebb egy lény, annál inkább jogosult arra, hogy ne okozzanak neki szenvedést. Ezért ad az érzőképesség már az állatoknak is jogokat (és ezért nem feltétele a racionális gondolkodásra való képesség annak, hogy egy lénynek jogai legyenek), hiszen JEREMY BENTHAM híres szavaival: az érdekek figyelembevételénél nem az a lényeges, hogy egy lény tud-e érvelni, hanem az: tud-e szenvedni[79].

A gondolatmenet természetesen az emberi egyedfejlődésre is alkalmazható. Itt a kontinuum egyik végpontján az érzőképtelen zigóta áll, a másik végpontján a felnőtt ember. Nemcsak az egyetlen sejtből álló zigóta érzőképtelen azonban, hanem még az embryo is az. (A terhesség 10. hete végéig beszélünk embryóról, utána már magzatról.) Így az embryónak érdekei sem lehetnek, hiszen – érzőképesség híján – nem képes szenvedésre, ezért az ebben az időszakban végzett abortusnak ekkor még nincs szenvedő alanya, nincs áldozata. A Haeckel-féle biogenetikai alaptörvény értelmében az egyedfejlődés kezdeti, embryonalis szakasza a törzsfejlődés egyfajta rövidített megismétlése (a fejlődő emberi embryónak például még farka van, kopoltyúívei vannak stb.). A kezdet tehát nem az ember fejlődése, hanem a zigóta emberré fejlődése, egy emberi sejt emberi szervezetté való fejlődése. Az emberre jellemző szervek, az emberi alak stb. csak az embryonalis periódus végére alakul ki, és az embryo éppúgy nem érzőképes, ahogy egy alacsonyabb rendű állat sem az.

A magzat fájdalomérző képessége kialakulásának időpontja ma még nem határozható meg pontosan, de minimális feltétele az ehhez szükséges anatómiai és élettani struktúrák kialakulása és funkcionálása. Az érzőképesség kialakulása nyilván nem hirtelen, hanem fokozatosan történik, és becslések kb. a terhesség 14. hetére teszik[80]. (Bár reflexes fájdalomreakció már a 7–8. héten megfigyelhető, de ezek gerincvelői reflexek, még nem „átélt" fájdalomról, szenvedésről van szó.) Ezért sokak szerint ez (tehát a terhesség 14. hete) lenne az abortus szabad (vagyis indok nélküli) elvégezhetőségének a határa.

Bár ez az álláspont filozófiailag logikusnak tűnik, és a szakirodalomban számos képviselője van, mégis több ellenvetés kínálkozik vele szemben.

Ellenérvek az érzőképesség kritériumával szemben. A legfontosabb ellenvetés az, hogy az érzőképesség – szigorúan véve – jogot nem az élethez ad, hanem a szenvedés elkerüléséhez. Ennek megfelelően ma például a legtöbb civilizált országban elítélik az állatok kínzását, de nem ítélik el az állatok megölését (például vágóhidakon), ha ezt fájdalommentesen végzik. Így az érzőképesség indok arra, hogy ne kínozzunk egy lényt, vagy arra, hogy ne öljük meg fájdalmas módon, de nem indok arra, hogy ne öljük meg, ha ez fájdalommentesen tehető. A fájdalommentes megölés csak akkor lehet rossz egy lénynek, ha rendelkezik valamiféle időtudattal és éntudattal, ha vágyni tud például élete folytatására. Ehhez a halál tudatára való képesség szükséges, a halál tudatához pedig már valamiféle öntudat, racionalitás. Az állat nem a haláltól fél, csak a szenvedéstől; a haláltól való tudatos félelem csak az emberre, esetleg néhány magasabb rendű emlősre jellemző. Mindezekből az következne, hogy csak olyan racionális lénynek lenne joga arra, hogy ne öljék meg, aki erre tudatosan vágyakozni is képes, aki a haláltól félni tud. Erre azonban nemcsak a legtöbb állat nem képes, de az újszülött sem, így ő is meg lenne ölhető. Ez azonban elfogadhatatlan.

További probléma, hogy egy magzat érzőképessége még igen kezdetleges, biztosan fejletlenebb – még a terhesség végén is –, mint például egy kifejlett kutyáé. Sőt még egy emberi újszülött is fejletlenebb – érzőképesség tekintetében –, mint egy felnőtt kutya. Ha tehát az érzőképesség lenne az élethez való jog kritériuma, akkor a kifejlett kutyának az élethez több joga lenne, mint egy emberi újszülöttnek! És erre nem lehet azt az ellenvetést tenni, hogy a kisebb érzőképességű újszülöttnek azért van több joga az élethez, mint a nagyobb érzőképességű kifejlett kutyának, mert az előbbi ember, az utóbbi pedig csak egy állat. Ha egy lénynek csak és kizárólag azért adunk több jogot, mint egy hozzá hasonló másiknak, mert az illető lény egy bizonyos fajba tartozik, akkor ez szpécieszizmus (fajelmélet), ami elfogadhatatlan. (Az elnevezés, mint láttuk, onnan származik, hogy a szpécieszizmus logikája hasonló a rasszizmus logikájához. Egy rasszista is pusztán azért akar több jogot adni például a fehér bőrűeknek, mint a hozzájuk minden morálisan lényeges vonatkozásban hasonló fekete bőrűeknek, mert az utóbbiak más rasszhoz tartoznak.)

További probléma az érzőképességgel kapcsolatban, hogy ha egy fejlődő emberi lény élethez való joga a méhen belül az érzőképesség függvénye, akkor miért nem az érzőképesség függvénye az élethez való jog a méhen kívül? Ezzel szemben, noha a felnőtt érzőképessége nagyobb, mint a gyermeké, hiszen racionális, mégsincs több joga az élethez, mint egy újszülöttnek.

Összességében tehát az érzőképességből kiinduló érvelés nem tudja megmagyarázni a jelenlegi erkölcsi gyakorlat több elemét, és fontos érv ellene az is, hogy szemben áll a ma széles körben elfogadott agyhalál-kritériummal és az ebből fakadó orvosi gyakorlattal. Ezért egy kis kitérőt kell tennünk, mert az agyhalál különböző definíciói kapcsán folytatott filozófiai és etikai viták segítséget adnak az abortusprobléma pontosabb megfogalmazásához is.

Az egész-agyhalál koncepció

Évezredeken keresztül a halál beállta legbiztosabb jelének a légzés és a szívműködés irreverzíbilis megszűnését tartották, és bár ezek kimutatásának diagnosztikus módszerei egyre fejlettebbé váltak, maga a halálfogalom keveset változott. 1967-ben, az első szívátültetés elvégzésével azonban ez a haláldefiníció a viták kereszttüzébe került. Hiszen – mivel a kioperált emberi szív, amelyet Barnard professzor az átültetéshez felhasznált, még élő, dobogó emberi szív volt – így a régi haláldefiníció szerint azt még élő emberből operálták ki, vagyis a transzplantációhoz tulajdonképpen megöltek egy még élő embert! Az így kibontakozó vita eredményeként született meg 1968-ban egy harvardi szakértői bizottság ajánlása alapján az ún. harvardi agyhalál-kritérium[81]. Eszerint nemcsak az számít halottnak, akinek szívműködése és légzése irreverzíbilisen megszűnt, hanem az is, akinél – noha még ver a szíve – az egész agy összes funkciója irreverzíbilisen megszűnt. Ezt igazolni lehet az agyi elektromos aktivitás megszűnésével is (izoelektromos vagy lineáris EEG, vagy más néven agyi elektromos csend), de EEG-vizsgálat nélkül is biztonságosan megállapítható az agytörzsi reflexek hiányának kimutatásával. Hangsúlyozni kell, hogy az agyhalál az egész agy minden funkciójának a megszűnését jelenti, az agytörzs működését is beleértve, mert ez később sok vita forrásává vált. Az agynak ugyanis – durván és nagyon elnagyoltan megfogalmazva – kétféle funkciója van. Az egyik az egyes szervek működésének az integrálása, az állandó testhőmérséklet, vérnyomás, légzés, neuroendokrin egyensúly stb. fenntartása. Ezek az ún. integratív funkciók, amelyek a szervezet egyes szerveinek működését hangolják össze, melynek révén a szervek nem külön-külön, hanem a szervezet mint egész részeiként működnek. Ezek az integratív funkciók nagyrészt az agytörzs normális működéséhez kötöttek; az agytörzs mint az agy fejlődéstanilag primitívebb része valamennyi gerincesben megtalálható, így ennek műkö-

désében nagyon kevés a csak az emberre jellemző elem. A másik funkció az észleléssel, a megismeréssel, a gondolkodással, az érzelmekkel kapcsolatos, amelyek végső feldolgozása az agykéregben, a neocortexben megy végbe. A neocortexhez kapcsolódnak az emberre specifikusan jellemző működések, az emberi megismerés, érzelem, gondolkodás, racionalitás, tudatosság stb. Az egész-agyhalál koncepció szerint egy egyén halála csak akkor következik be, ha a neocortex működésén kívül az agytörzs működése is irreverzíbilisen megszűnt. Ettől az időponttól kezdve a test fiziológiai apparátusa megszűnik integrált egészként funkcionálni, és az a működés, amely ezután marad, csak sejtek, szövetek, szervek egymástól független, disszociált működése, és nem a szervezet mint egész integrált működése. Az egész-agyhalál koncepció filozófiai lényege – elnevezésével ellentétben – nem az, hogy akkor hal meg egy ember, ha az egész agya meghal, hanem az: akkor hal meg, ha szervezete mint egész meghal, ha mint egységes egész irreverzíbilisen megszűnik funkcionálni, ez pedig az agytörzsi működés irreverzíbilis megszűnése után elkerülhetetlenül bekövetkezik, hiszen ekkor kiesik az agytörzsnek az egyes szervek koordinált működését biztosító integratív funkciója. Noha e pont után még sejtek, szövetek, sőt szervek is tovább működhetnek, de az agytörzs integratív funkciójának hiánya miatt már nem egy egységes egész részeiként, hanem egymástól független, önálló entitásokként.

Az egész-agyhalál definíció szerint tehát a halál a szervezet fiziológiai integráltságának a megszűnése, a szervezet mint egész integrált funkcionálásának az irreverzíbilis vége. Az egész-agyhalál kimutatása tehát nem az agy halála miatt lényeges, hanem azért, mert ez csalhatatlan jele annak, hogy a szervezet mint egész integrált funkcionálása megszűnt[82]. Agyhalál esetén az agy összes funkciója megszűnt, a beteget respirátorral lélegeztetik, viszont spontán szívműködése van, és egyéb szervei is (például veséje) működnek. Ma néhány napig, kivételes esetben legfeljebb néhány hétig tartható valaki ebben az állapotban, ezt követően feltartóztathatatlanul bekövetkezik a biológiai halál. Azt a néhány napot azonban, amely az agyhalál és a biológiai halál (a szervek, szövetek, sejtek működésének a megszűnése) között fennáll, fel lehet használni, hogy a szükséges szerveket az agyhalottból kioperálják és szervátültetéshez felhasználják.

A neocorticalis agyhalál koncepciója. Az agy egyes részei nem azonos mértékben érzékenyek az oxigénhiányra. Az agy vérellátásának bármilyen okból létrejövő zavara először az agykérgi sejtek károsodásához vezet. Ha ezt követően orvosi segítség érkezik – mivel az agytörzs kevésbé érzékeny az oxigénhiányra, mint az agykéreg –, kialakul az irreverzíbilis coma vagy a sokak által rettegett perzisztens vegetatív állapot képe, amely a mai bioetika egyik legvitatottabb problémája. Mind az irreverzíbilis comás betegre, mind a perzisztens vegetatív állapotra az agyi neocorticalis működés legtöbbször irreverzíbilis megszűnése jellemző. A comás beteg

eszméletlen, a perzisztens vegetatív állapotú viszont nincs comában, alvását hosszú éber periódusok szakítják meg, amikor a szeme nyitva van, azzal mozgó tárgyat reflexesen követni képes, szemét a hirtelen erős zaj irányába képes fordítani. Grimaszolni tud, a szájába tett kis mennyiségű ételt vagy italt lenyeli. Néha nyöszörög, kiabál, de szavakat mondani nem tud. Bár tapasztalatlan megfigyelő ezeket a jelenségeket a beteg akaratlagos reakcióinak tudja be, valójában ebben az állapotban nincs pszichológiailag értelmes válasz a környezeti ingerekre. A beteg spontán lélegzik, mesterséges lélegeztetésre nincs szüksége, túlélése azonban csak úgy lehetséges, hogy nasogastricus szondán vagy gastrostoma segítségével mesterségesen táplálják[83]. Ilyen ellátást biztosítva több éves túlélés is lehetséges, az eddig észlelt leghosszabb túlélés 37 év volt[84].

Mind a perzisztens vegetatív állapot, mind az irreverzíbilis coma a neocorticalis halál egy-egy alesete, amelyre a tudat és a kognitív funkciók végleges elvesztése jellemző, vagyis a személyiség irreverzíbilis megszűnése. Neocorticalis agyhalottnak nincs öntudata, érzelmei, előhívható emlékei, hiányzik a gondolkodása, még a fájdalomérző képessége is. Csak agytörzsi reflexek maradnak meg (például ásítás, sóhaj, a pupilla fényreakciója stb.). A hetvenes években számos filozófus, teológus érvelt amellett, hogy a személyiség, a tudatosság, az érzőképesség irreverzíbilis elvesztése, vagyis a neocorticalis halál az „igazi" halál, ezért az egész-agyhalál koncepció feleslegesen szigorú, hiszen az ennél többet kíván, a neocorticalis halálon túl még az agytörzs működésének az irreverzíbilis megszűnését is. Pedig annak a testnek az élete, amely a neocorticalis halál után visszamarad – érvelnek –, csak biológiai értelemben emberi élet, erkölcsi értelemben már nem az, hiszen a neocortex pusztulásával minden, ami egy emberben egyedi és specifikusan emberi – a személyisége, az emlékei, az érzései stb. – visszavonhatatlanul meghalt. Az egész-agyhalál koncepció az emberi élet vitalista felfogását jelenti, az emberi életet a test mint egész integrált működésével azonosítja[85]. A neocorticalis agyhalál koncepció hívei viszont az emberi életet a tudatos élettel azonosítják, vagyis szerintük az emberi élet csak addig védendő, ameddig legalább minimális szintű érzőképesség vagy tudatosság jelen van. Ennek hiányában a test még élhet, de ez már nem az az élet, amelyet értékesnek tartunk, hiszen az emberi létet az állatitól a neocortex funkcionálása különíti el, ennek segítségével gondolkodunk, kommunikálunk, tapasztaljuk meg környezetünket, vagyunk képesek emberi érzelmekre. A neocortex működésének irreverzíbilis megszűnése így annak megszűnése, ami bennünk specifikusan emberi és egyedi volt[86]. Ennek illusztrálására nézzük ENGELHARDT képzeletbeli példáját.

ENGELHARDT jó hír, rossz hír példája[87]. Egy neurológus megállapítja, hogy olyan gyógyíthatatlan betegségben szenvedünk, amelyik irreverzíbilisen elpusztítja egész agyunkat. A rossz hír mellett van azonban egy jó híre is. Az orvosi tech-

nológia fejlődése ugyanis lehetővé tette, hogy agyunk pusztulása ellenére testünket életben tartsák, sőt, hogy így teljesen normális élettartamot éljünk, vagyis életünk nem rövidül meg. Aki úgy találja, hogy ez a jó hír nem vigasz, hiszen nem ő fog túlélni, hanem csak a teste, az elfogadta az egész-agyhalál koncepciót.

Folytatható azonban a történet úgy, hogy a rossz hír sem olyan rossz, mert nem az egész agyunk pusztul majd el, csak az agykérgünk, agytörzsünk működése azonban ép marad, így – bár minden pszichológiailag értelmes reakciónk megszűnik – a spontán légzésünk és testünk mint egész működése megmarad, így nem kell minket respirátorra kapcsolni.

Aki úgy találja, hogy még ez sem vigasz, az megtette az első lépést a neocorticalis agyhalál definíciójának az elfogadása felé.

A neocorticalis agyhalál-definíció szerint az „igazi" halál a neocorticalis halál, hiszen a személyiség az, amit fontosnak tartunk, és annak pusztulása jelenti az egyén tényleges pusztulását, míg az egész-agyhalál az agy legprimitívebb és egyáltalán nem csak az emberre jellemző funkciójának, a test integrált működését biztosító agytörzsi működésnek tulajdonít nagy jelentőséget.

Az elnöki bizottság álláspontja. Az egész-agyhalál koncepció és a neocorticalis agyhalál koncepció közötti viták újbóli felülvizsgálatára 1981-ben az USA elnöke mellett működő bioetikai bizottságot kérték fel[88]. Ez a bizottság – áttekintve az egymással versengő álláspontokat – ismételten az egész-agyhalál koncepció mellett foglalt állást. A neocorticalis agyhalál-koncepció elutasítása mellett több érvet hoztak fel. Először is kiemelték, hogy ma még nem lehet biztonsággal tudni, hogy az agy melyik része felelős a tudatért, az a kevés, amit tudunk, azt mutatja, hogy szoros összeköttetés van az agytörzs, a subcorticalis struktúrák és a neocortex között, így nem lehet tudni, hogy a tudat kialakításában melyiknek mekkora a szerepe[89]. További érv, hogy az emberi személyiség mibenlétéről, feltételeiről stb. folytatott filozófiai viták nem eredményeztek olyan konszenzust, amelyre ilyen fontos kérdés eldöntésében támaszkodhatnának. Másik, gyakorlati érv, hogy a neocorticalis agyhalál diagnosztizálása a gyakorlatban bizonytalan[90]. (Ez az érv mára már elavult, pozitronemissziós tomográfiával – PET – a neocorticalis működés vagy annak hiánya megbízhatóan diagnosztizálható[91].) A neocorticalis agyhalál-definíció elvetésében kitüntetett szerepet tulajdonított a bizottság annak, hogy ez radikális szakítást jelentene a tradicionális halálfelfogással, hiszen spontán légzéssel és szívműködéssel rendelkező és mesterséges táplálással akár hosszú évekig is életben tartható embert kellene halottnak nyilvánítani. Bár a neocorticalis halott érzőképtelen, de mivel spontán légzése és szívműködése van, esztétikai és morális okokból ilyen állapotban nem lehetne eltemetni. Ezeket a funkcióit megszüntetni csak úgy lehetne, ha megszüntetik a neocorticalis halott mesterséges táplálását. Mivel ez túl lassan vezetne csak a biológiai halálhoz, ezért valószínűleg aktívabb

módszerhez (valamilyen kemikáliával a szívműködés leállításához) kellene folyamodni a temetés előtt. Bár a neocorticalis agyhalál-kritérium hívei szerint ezt nem lehetne aktív eutanáziának nevezni, hiszen akinek a szívét leállítanák, az már holttestnek számítana, holttestet pedig már nem lehet megölni[92], ezek sokak számára mégsem tűnnek elfogadhatónak. Mivel a társadalomban nincs akkora konszenzus a neocorticalis halál elfogadása tekintetében, amekkora szükséges lenne egy ilyen radikális szemléletmódosulás elfogadásához, ezért a bizottság továbbra is az egész-agyhalál koncepció mellett tört lándzsát.

A neocorticalis haláldefiníció hívei azzal érveltek, hogy ennek az elfogadása – túl azon, hogy filozófiailag korrekt álláspont – jelentős gyakorlati haszonnal is járna.

Az irreverzíbilisen comás és a perzisztens vegetatív állapotú betegek ugyanis ekkor jogilag halottnak számítanának, viszont hosszú évekig életben lehetne őket tartani. E testek (természetesen csak a családtagok vagy az elhunyt korábbi beleegyezésével) mindenkor könnyen hozzáférhető szervdonorraktárként szolgálhatnának a gyakran szervhiány miatt akadozó szervátültetési programok számára. A testek alkalmasak lennének olyan gyógyszerkísérletek elvégzésére is, amelyeket ma jórészt önkéntes egészségeseken végeznek el stb.[93] Mindezek azonban túl nagy módosulást jelentenének a halálról való tradicionális gondolkodásunkban, ezért – jórészt eme tradíciótól való radikális különbözősége miatt – döntött az elnöki bizottság az egész-agyhalál koncepció elfogadása mellett, s utasította el a neocorticális agyhalál koncepcióját.

Az egész-agyhalál koncepció elfogadásának etikai következményei. A neocorticalis agyhalott (például az irreverzíbilisen comás, illetve a perzisztens vegetatív állapotban lévő beteg) tehát jogilag és erkölcsileg még élő. A vita ma (főleg az USA-ban és Nyugat-Európában) akörül zajlik, hogy érdekében áll-e az ilyen betegeknek a túlélés? Hiszen ápolásuk a hozzátartozók számára érzelmileg nagyon megterhelő, és a társadalom véges erőforrásaiból is sokat von el az ilyen reménytelen állapotú betegek életben tartása, ezeket az összegeket olyan betegekre is költhetnék, akiknek a gyógyulására még remény van. Az USA-ban kialakult konszenzus szerint az ilyen betegek életfenntartó kezelése megszüntethető, ha a beteg azt előzőleg, még egészséges állapotában kérte. Az USA több mint 40 államában törvénybe iktatták az ún. természetes halál törvényét, amely jogilag lehetővé teszi, hogy valaki még egészséges állapotában előre rendelkezhessék, mit tegyenek vele, milyen orvosi kezelésben részesítsék, ha egyszer majd akaratnyilvánításra képtelen állapotba (például perzisztens vegetatív állapotba vagy irreverzíbilis comába) kerül. Ez az ún. élő végrendelet (living will). Élő végrendelet hiányában a család dönthet a beteg életben tartásáról az ún. helyettesített döntés elve alapján: meg kell próbálni rekonstruálni, mit kívánna a beteg, ha még tudatánál lenne? A család a be-

teg értékrendjének ismeretében hozza meg a helyettesített döntést, és ezt a bíróságok legtöbbször elfogadják. A kezelés megszüntetése jelentheti azt, hogy fertőzés bekövetkezésekor a beteg például nem kap antibiotikumot, és jelenleg arról folyik intenzív vita, hogy megszüntethető-e ilyenkor a beteg mesterséges táplálása? Az USA-ban az a vélemény, hogy mivel perzisztens vegetatív állapotban a fájdalom és a szenvedés átéléséhez szükséges neurológiai mechanizmusok hiányoznak, ezért a mesterséges táplálás megszüntetése erkölcsileg megengedhető, ha a beteg az élő végrendelet révén erre előzetesen felhatalmazást adott[94].

Látható tehát, hogy az irreverzíbilis comában vagy perzisztens vegetatív állapotban lévő beteg pszichológiailag érzőképtelen, így szenvedésre sem képes, mégis érdekeket tulajdonítanak neki, hiszen még nem agyhalott, s így például aktív eutanáziáját nem engedik meg. A mai orvosi gyakorlat tehát még olyan embereknek is érdekeket tulajdonít, akik érzőképtelenek. Hasonló probléma jelentkezik anencephal újszülöttekkel kapcsolatban is. Az anencephalia olyan fejlődési rendellenesség, amelyben az agy nagy része hiányzik, az agytörzs egy része azonban funkcionál. Az ilyen újszülött néhány napon belül meghal. Érzőképtelen, de nem agyhalott, mert bizonyos agytörzsi működése még van. A sokat vitatott erkölcsi kérdés az, hogy fel lehet-e használni őket szervdonorként más újszülöttek életének megmentésére. Bár ilyen műtétet már végeztek, ez intenzív bioetikai vita tárgya lett, az anencephal újszülött ugyanis – mivel nem agyhalott – jogilag élő[95]. A felsorolt problémák (amelyeknek igen nagy a gyakorlati jelentősége, hiszen a fejlett országokban a perzisztens vegetatív állapotban életben tartott betegek száma több ezerre rúg, kezelési költségük hatalmas, a kezelés megszüntetése pedig, mint láttuk, bonyolult jogi procedúrát tesz szükségessé) végül is oda vezettek, hogy jelenleg sok országban (például az USA-ban) de jure az egész-agyhalál koncepció az elfogadott, de facto viszont a neocorticalis agyhalál, hiszen sok esetben megengedik a családnak, hogy irreverzíbilisen comás vagy perzisztens vegetatív állapotban lévő beteg mesterséges táplálásának leállítását engedélyezhessék a kezelőorvos számára, ami neocorticalisan élő beteg esetén természetesen elfogadhatatlan lenne[96].

Látható tehát, hogy a neocorticalis agyhalott morális státusa eléggé speciális és ellentmondásos, amennyiben de jure még élőnek számít, ugyanakkor olyan eljárásokat is elfogadhatónak tekintenek vele szemben (például a mesterséges táplálás megszüntetése, életmentő antibiotikus terápia használatáról való lemondás), amely egyéb esetben súlyosan erkölcstelen és jogellenes lenne. Így a neocorticalis agyhalott olyan élő, akivel szemben a neocorticalisan még élőkkel kapcsolatban alkalmazott szokásos jogi és erkölcsi szabályoktól eltérő, speciális jogi és erkölcsi szabályok érvényesek.

Az agyszületés koncepciója az abortus kapcsán

Az agyhalál világszerte széles körben elfogadott és alkalmazott koncepciója alapján sokan az erkölcsileg és jogilag védendő élet kezdete és vége között szimmetrikus viszonyt látnak. Az érvelés szerint ha a védendő élet az agyhalállal végződik, vagyis előbb, mint a biológiai élet, akkor az erkölcsileg és jogilag védendő személyes élet később is kezdődik, mint a biológiai. Az egyedi biológiai élet a fogamzással kezdődik, és a szervezet utolsó élő sejtjének a pusztulásáig tart (ez a biológiai halál). A személyes, erkölcsileg védendő élet kezdete pedig az agyműködés kialakulása lenne (agyszületés), vége az agyműködés irreverzíbilis megszűnése (agyhalál). A személyes élet így rövidebb, mint a biológiai élet, később kezdődik annál és előbb is fejeződik be, mint az.

Ennek a gondolatnak az első csírái katolikus teológusok hatvan-hetvenes évekbeli írásaiban fogalmazódtak meg (bár még nem ebben a formában), mikor azt vizsgálták, mikorra tehető a keletkező élet „hominizálódása”[97]. Ők a döntő lépést az agykéreg megjelenésében látták, hiszen ez jelenti a személyes élet biológiai bázisát. Orvosi formában a gondolat 1982-ben vetődött fel, mikor J. M. GOLDENRING amerikai gyermekgyógyász fogalmazta újra ezt a pozíciót. Az ő megfogalmazása szerint az embryo akkortól tekinthető erkölcsileg embernek, amikortól regisztrálható agyműködése van. Érvelése az volt, hogy orvosi szempontból az emberi élet fennállásának megállapítására mindig is a vitális funkciók jeleinek az észlelése szolgált. Ez évezredeken keresztül a szívműködés, a légzés, a mozgás regisztrálását jelentette, ezért tekintették sokáig a magzatot csak megmozdulása után élőnek, és tettek különbséget jogi és valláserkölcsi szempontból egyaránt a megmozdulás előtti és utáni abortus között. Ma a halál beálltát az agyműködés regisztrálásával állapítják meg. Ha egy magzat megszületik, bármilyen korú legyen is, halála megállapításának kritériuma elvileg ugyanaz, mint bármilyen más esetben: az agyműködés jelenléte vagy hiánya. (Azért csak elvileg, mert a gyakorlatban 2 hónaposnál fiatalabb csecsemőn az agytörzsi halál megbízható diagnózisa egyedi esetekben ritkán lehetséges.) Ha azt, hogy egy már megszületett magzat él-e, elvileg úgy állapítjuk meg, hogy az agyműködés kimutathatóságát vizsgáljuk, akkor miért ne tekinthetnénk ugyanezt kritériumnak a méhen belül elhelyezkedő embryo „élő” voltának a megállapításakor? Az agyműködés kezdete pedig a 8. terhességi hétre tehető. Ekkortól regisztrálható először EEG-aktivitás az embryo agyában, korábban csak működő sejtek, szövetek léteznek, ezután azonban egy emberi lény. Ez még nagyon fejletlen agyműködés, még csak agytörzsi aktivitást jelent, de GOLDENRING szerint mégis szigorú szimmetria áll fenn az agyhalál és az agyszületés között. Egy terminális állapotban lévő, respirátorra kapcsolt 80 éves haldoklót élőnek tekintenek mindaddig, amíg valamilyen minimális agyműködése van, még akkor is, ha irreverzíbilisen öntudatlan és érzőképtelen (például comás állapotú). Hasonlóképpen élő-

nek tekinthető egy 8 hetes embryo is, akinek a respirátorát a méhlepény jelenti. Eszerint az emberi élet az agyműködés kezdetével, tehát a terhesség 8. hetével kezdődik és az agyhalálig tart[98].

Mivel a fejlődő magzat megítélésekor a róla való gondolkodást nehezíti, hogy a magzat egyben potenciális ember is, így egyszerre tekintjük aktuális és potenciális tulajdonságait, ezért a potencialitás zavaró hatásainak kiküszöbölése érdekében hadd világítsuk meg GOLDENRING koncepcióját egy (orvosilag természetesen lehetetlen) gondolatkísérlettel.

Egy gondolatkísérlet. Tegyük fel, hogy létezne egy sajátos betegség, amelyik genetikai programunk futási irányát megfordítaná. Aki a betegséget megkapta, az visszafejlődne, vagyis fordított útját járná be a normálisan végbemenő egyedfejlődésnek. Így először fiatalodna, majd gyermekké válna, azután csecsemővé, végül újszülötté. Ezt követően magzati stádiumba jutna, és inkubátorba kellene tenni, hogy életben tartható legyen. (Tegyük fel azt is, hogy az inkubátorok olyan fejlettek lennének, hogy még az embryót is életben tudnák tartani, így azt nem kellene életben tartásához egy anyaméhbe visszaültetni.) Végül a magzatból embryo lenne, majd az zigótává alakulna, a zigóta szétválna egy petesejtre és egy spermiumra, amelyek külön-külön elpusztulnának, és így az illető léte véglegesen véget érne.

Mikor lenne az e betegségben szenvedő ember halottnak tekinthető? A személyisége természetesen már akkor elkezdene leépülni, mikor a visszafejlődésben a gyermekkori stádiumba jutott, és csecsemő-, illetve újszülöttkorára a személyisége teljesen megszűnne. Ha a visszafejlődés tovább folytatódna (immár inkubátorban), akkor a terhesség 22–24. hetének megfelelő stádiumban megszűnne a corticalis működés, vagyis ekkor már neocorticalis halottnak lenne tekinthető. A ma elfogadott egész-agyhalál koncepció alapján azonban még ekkor is élő embernek számítana, státusa olyan lenne, mint egy perzisztens vegetatív állapotú betegé. A mai agyhalál-kritériumot felhasználva az illető akkor lenne halottnak tekinthető, amikor már a visszafejlődő lény agytörzse sem lenne működőképes (agyhalál), illetve szerveinek összerendezett működése megszűnne, vagyis szervezete mint egész megszűnne működni. Ez kb. a terhesség 10–8. hetének megfelelő stádiumban következne be. (Természetesen más kérdés, hogy meddig tartanánk az illető életét értékesnek, mikortól gondolnánk úgy, hogy a visszafejlődő lény már a korábbi ember emberi méltóságát sértő állapotba jutott, így életben tartása már nem lenne humánus. Erre a kérdésre sokféleképpen lehetne válaszolni, orvosilag azonban az ilyen lény mindaddig élőnek számítana, amíg szervezete mint egész összehangolt működésre képes az agytörzs irányítása alatt, ez pedig kb. a fejlődés 10–8. hetének megfelelő stádium lenne.)

Látni kell, hogy a gondolatkísérletben szereplő visszafejlődő 8 hetes embryo és a valóságban előforduló, normálisan fejlődő 8 hetes embryo között csak az lenne

a különbség, hogy az utóbbi nagy valószínűséggel emberré fejlődik, tehát potenciális ember, az előbbi viszont ekkor nem lenne az. Ha a visszafejlődő 7 hetes embryót már nem tekintenénk embernek, mert már agytörzsi működése sincs, akkor a 7 hetes fejlődő embryót morális értelemben még nem tekinthetnénk annak, hiszen ha annak tekintenénk, azt nem aktuális tulajdonságai alapján tennénk, hanem fejlődési potenciálja révén, amiatt, hogy belőle ember fog fejlődni, ez viszont éppúgy érv a fogamzásgátlás ellen is.

Ennek megvilágítására folytassuk a példát úgy, hogy amikor a zigóta szétvált petesejtre és spermiumra, felfedeznek egy olyan oldatot, amelyik a visszafordított genetikai program futási irányát ismét normális irányba tudja terelni. Ezzel kezelve a két ivarsejtet és a spermiumot mikroinjekcióval visszajuttatva a petesejtbe újból el lehetne indítani az illető egyedfejlődését. Ebben az esetben az lenne a különös, hogy már a megtermékenyítés előtt tudnánk, hogy pontosan ki fog a megtermékenyítés következtében kifejlődni, hiszen a két ivarsejtet előzőleg az illető visszafejlődése eredményeként kaptuk. Morálisan megengedhető lenne-e ekkor, hogy a két ivarsejtet ne egyesítsük? Azok, akik az illetőt szerették, ezt elfogadhatatlannak tartanák, hiszen ekkor pontosan tudnák, hogy kinek a fogamzását akadályoznák meg. Eme gondolatkísérlet azt mutatja, hogy a fogamzásgátlást is csak azért tudjuk olyan könnyen elfogadni, mert nem tudjuk, hogy pontosan kinek a fogamzását akadályozzuk így meg. Ha tudnánk, akkor – mint gondolatkísérletünkben is – egy adott, általunk ismert és szeretett ember fogamzásának megakadályozása éppolyan elfogadhatatlan lenne a számunkra, mint például embryonalis korában való elabortálása, ami ugyancsak a fogamzásgátlás és a korai abortus morális hasonlóságára mutat.

Mások azonban az „agyszületés" időpontját nem tartják olyan korainak, mint GOLDENRING. Fájdalomérzésre a magzat csak kb. 14 hetes korában képes, primitív szintű corticalis működése csak kb. 22–24 hetes korban alakul ki[99]. Ezzel megismétlődik az agyhalál-koncepció kapcsán már említett vita. Ha az egész agy (beleértve az agytörzs) pusztulását tekintjük a halál feltételének, akkor egy, csak agytörzsi működéssel rendelkező, irreverzíbilisen öntudatlan és érzőképtelen ember még élőnek számít. Mivel ezt sokan elfogadhatatlannak tartják, ezért érvelnek a neocorticalis agyhalál koncepciójának elfogadása mellett, amelyik a személyiséget biológiailag hordozó agykéreg halálát elégségesnek tekinti a halál megállapításához, függetlenül attól, hogy az agytörzs működik-e vagy sem. Ennek megfelelően az agyszületéssel kapcsolatban is több koncepció lehetséges:

Az agytörzsi agyszületés koncepciója. Eszerint ha az agytörzs halála a halál megállapításának elégséges feltétele az élet végén, akkor a már működő agytörzs az emberi élet kezdete megállapításának elégséges feltétele az élet kezdetén. Ez tehát a 8 hetes határt fogadná el, ez előtt az embryónak még nem lenne morális státusa, ezután azonban igen, az ez időpont után végzett abortus már egy normatív érte-

lemben is emberi lény elpusztítását jelentené. Az álláspont előnye, hogy teljesen összhangban áll a ma széles körben elfogadott agyhalál-koncepcióval, azzal szimmetrikus, hiszen hasonló ismérvek alapján határozza meg az emberi élet kezdetét és végét[100].

A módosított agytörzsi agyszületés koncepció. Az előbbi érvelés azonban egy apró korrekcióra szorul. Láttuk ugyanis, hogy az egész-agyhalál koncepció hangsúlya nem az agyműködésen van, hanem a szervezet mint egész integrált, összerendezett működésén, és az agytörzsi működés vizsgálata csak azért szükséges, mert az agytörzs funkcionálása felnőttben szükséges feltétele az egyes szervek összehangolt, koordinált működésének. Ahhoz azonban, hogy a szervek összehangoltan működjenek, e szerveknek végleges struktúrájukra legalább emlékeztető formájukban először létezniük és legalább minimális szinten működniük kell. Ez viszont csak az embryonalis fejlődés végére (a megtermékenyítéstől számított 8. hét végén, illetve a terhesség 10. hetének a végén) alakul ki. Azért is nevezik a fejlődő lényt a terhesség 10. hetének végéig embryónak, a 11. héttől kezdve magzatnak, mert a két fejlődési szakasz között alapvető különbség van: az embryonalis fejlődési periódusban a kvalitatív, minőségi változások dominálnak, ez az organogenezis (a szervek kifejlődésének) és a morfogenezis (az emberi alak kifejlődésének) a periódusa[101]. A terhesség 11. hetétől kezdődő magzati fejlődésre ezzel szemben inkább a kvantitatív, mennyiségi változások, vagyis a növekedés dominanciája a jellemző. Leegyszerűsítve azt is mondhatnánk, hogy az embryonalis fejlődés során a kezdeti zigótából, amely egyetlen sejt, egy minőségileg új entitás alakul ki, egy ember formájú, emberi szervekkel rendelkező lény, míg a továbbiakban már nem új minőség fejlődik ki, hanem a már meglevő minőség növekedése a domináló.

A fejlődés korábbi szakaszaiban az embryo nem ember formájú, sokszor jobban hasonlít egy halra vagy más gerincesre, mint emberre. (Ez nem véletlen, a Haeckel-féle biogenetikai alaptörvény szerint az egyedfejlődés korai szakasza a törzsfejlődés egyfajta rövidített megismétlése.) Az embryonalis periódus végén azonban az ekkor már kb. 3 cm hosszú embryo felismerhetően ember formájú, az összes szerv kezdeménye már megvan, és a már működő primitív agytörzs révén a szervek összehangolt, koordinált működésére is lehetőség van. Amint tehát az agytörzs halála a test integrált működése megszűnésének elégséges feltétele, addig az agytörzs működésének kezdete a test integrált működése megkezdődésének csak szükséges, de nem elégséges feltétele, hiszen a szervek integrált működéséhez e szervek végleges struktúrájának legalább kezdetlegesen ki kell alakulnia, működésüknek legalább minimális szinten meg kell kezdődnie. Mivel erre körülbelül az embryonalis fejlődési periódus végén, illetve a magzati fejlődési periódus kezdetén kerül sor, ezért ez az a pont, mely az egész-agyhalál definíció szellemének megfelelően a morális értelemben is emberi élet kezdete. Ha ugyanis az emberi élet vége morális

értelemben a test integrált funkcionálásnak a megszűnése, amelynek az agytörzsi működés irreverzíbilis megszűnése csak jele, akkor morális értelemben az emberi élet kezdete a már ember formájú test alapvetően emberi struktúrájú szervei integrált funkcionálásának a kezdete. Némi egyszerűsítéssel úgy is fogalmazhatnánk, hogy az embryonalis periódus során egy emberi sejtből (a zigótából) kialakul a kezdetleges emberi szervezet, az ezt követő magzati fejlődés során a már alapjaiban, kezdeményeiben kialakult emberi szervezet további növekedéséről, éréséről van szó. Az embryonalis periódus felelne meg – erős leegyszerűsítéssel – az emberré válásnak, a magzati periódus pedig a már emberi lény további fejlődésének, ami nem ér véget a születéssel, hanem tovább folyik egészen a felnőttkor kezdetéig.

Természetesen, ahogyan a mai egész-agyhalál koncepciót azzal szokták kritizálni, hogy vitalista, az emberi élet fiziológiai szintjére koncentrál, csekély jelentőséget tulajdonítva az emberi személyiség mint pszichológiai entitás létének, ugyanúgy az emberi élet morális értelemben vett kezdetét a test mint egész integrált funkcionálásával azonosító álláspont is vitalista, fiziológiai irányultságú. Ez a definíció ugyanakkor konzisztens a ma elfogadott egész-agyhalál koncepcióval, és mivel az utóbbi széles körű társadalmi konszenzuson nyugszik, ez a koncepció – egyesek szerint – az abortus jogi és erkölcsi megítélésének is alapjául szolgálhat.

Mivel azonban az egész-agyhalál koncepciót is számos kritika érte, ezért érdemes szemügyre venni a neocorticalis agyszületés koncepcióját is.

A corticalis agyszületés koncepciója. Lehet úgy érvelni, hogy ne az agyszületés-koncepciót igazítsuk hozzá a filozófiailag problematikus agyhalál koncepciójához, hanem fordítva: alkossunk egy filozófiailag is logikus agyhalál-koncepciót (ez a neocorticalis agyhalál fogalma lenne), és ennek megfelelően határozzuk meg az agyszületés idejét is. Ez az agykéreg működésének kezdete lenne, amelyet a megfelelő EEG regisztrálásával lehet bizonyítani, s ez kb. a 22–24. hét. A biztonság kedvéért lehetne egy 20 hetes határt húzni, az abortus eddig lenne elvégezhető[102], bár természetesen már ezen időpont előtt is köthető lenne feltételekhez, főleg az anya egészsége érdekében, akire a második trimeszterben az abortus elvégzése veszélyesebb, mint az elsőben.

Mondhatná valaki, hogy alkalmazzuk az élet végén az egész-agyhalál kritériumot, az élet kezdetén a neocorticalis-agyszületés kritériumot. Megfelelő lenne-e ez? Ez az aszimmetria ma nem okozna problémát, mert jelenleg a 22. hét az a legkorábbi időpont, amikor egy élve született magzat az anyaméhen kívül néhány kivételes esetben életben tartható. Az orvosi technológia fejlődése azonban folyamatos, így semmi elvi akadálya nem látszik annak, hogy egyszer majd például 19 hetes magzatot is életben lehessen tartani megszületése után. Ekkor azonban az agyhalál és az agyszületés aszimmetrikus definíciója problémákat eredményezne. A neocorticalis agyszületés kritériumát alkalmazva a 19 hetes magzat a méhen

belül még abortálható lenne, hiszen működőképes cortexe még nincs. Ugyanakkor, ha megszületik, méhen kívül már nem lenne elpusztítható, hiszen itt már az egész-agyhalál kritériumot alkalmaznák vele szemben, és mivel az agytörzse már működik, ezért élőnek számítana. Furcsa lenne tehát, hogy egy és ugyanazon embryo méhen belül ekkor még nem számítana embernek, méhen kívül már igen. Ez arra utal, hogy az agyszületés és az agyhalál kritériumát csak szimmetrikusan szabad megadni.

Indokolható abortuspolitika a corticalis agyszületés koncepciója alapján

Mivel a corticalis működés csak kb. a 22–24. terhességi héten alakul ki, a 20 hetes kornál húzott biztonsági határ alapján lehetne azt mondani, hogy az ez előtt elvégzett abortus morálisan elfogadható, az ez után végzett azonban nem, hiszen az már emberölésnek számítana, ily módon a 20. hét után csak az anya életének védelme lenne az egyedüli indoka az abortusnak.

Bár filozófiailag kétségtelenül a neocorticalis agyhalál-definíció tűnik helyesebbnek, hátránya, hogy élesen szembenáll a tradíciókkal, természettudományos alapjai eléggé bizonytalanok, és bár – mint láttuk – de facto széles körben elfogadják, de jure nem elfogadott. De jure majdnem az egész világon, így Magyarországon is az egész-agyhalál koncepció az elfogadott, így vannak, akik célszerűbbnek tartják ezt alapul venni a magzat morális státusának a meghatározásakor is.

Néhány következtetés

Az abortus morálisan problematikus megítélését úgy tehetjük könnyebbé, ha két olyan határponthoz viszonyítjuk, amelynek megítélése a közgondolkodásban egyértelmű. Az egyik ilyen határpont a fogamzásgátlás, a másik pedig az újszülöttek megölése[103]. A fogamzásgátlás ma morálisan széles körben elfogadott eljárás; az újszülöttek megölését ezzel szemben mindenütt elítélik, az jogilag és erkölcsileg egyaránt és kétséget kizáróan elfogadhatatlan. Mivel az abortus biztosan a kettő közé esik, ezért azt kell eldönteni, hogy melyikhez esik morálisan közelebb.

A mérsékelt álláspont általunk vallott formája a módosított agytörzsi-agyszületés koncepciójára épül. Ennek alapján az abortus 11 hetesnél fiatalabb terhességet feltételezve az embryo elpusztítását jelenti. Mivel azonban az egész-agyhalál koncepció alapját jelentő filozófia elfogadásával morális státusa csak a magzatnak van, az embryónak még nincs, abortusa morálisan a fogamzásgátláshoz áll közelebb. Ez tehát azt jelenti, hogy a korai abortus erkölcsi megítélése

a fogamzásgátlás erkölcsi megítélésének a függvénye. Aki a fogamzásgátlást ellenzi, annak az ilyen korai abortusokat is elleneznie kell. Aki a fogamzásgátlást erkölcsileg elfogadja, annak – ha konzisztens akar maradni –, a korai abortust is el kell fogadnia. Mivel ma a fogamzásgátlás általánosan elfogadott, ezért a korai (az embryonalis periódusban végzett) abortust a mérsékelt álláspont elfogadhatónak tartja.

A terhesség 11. hetétől, vagyis a magzati fejlődési periódus kezdetétől azonban az abortus inkább az újszülöttek megöléséhez áll közelebb. Ebben az időszakban – az agyfejlődésnek megfelelően – két szakaszt lehet elkülöníteni. A 11–20. hét között a magzatnak corticalis működése még nincsen, ezért az ebben az időszakban végzett abortus egy neocorticalis agyhalott eutanáziájához hasonlít inkább, tehát kevésbé súlyos, mint egy újszülött megölése, akinek már corticalis működése is van. A 20. hét után végzett abortus azonban, mivel ettől kezdve a magzat corticalis működése feltételezhető, ezért morálisan minden tekintetben egy újszülött megöléséhez áll közelebb. Ebből azonban csak akkor következne az abortus abszolút tilalma, ha a magzat egy mesterséges inkubátorban fejlődne, és nem egy másik ember testében. Mivel azonban a magzatot kihordó nő személyiségi jogokkal rendelkező ember, ezért a 10. héttől kezdve az abortus erkölcsi megítélése csak az anya és a magzat jogainak az összemérése alapján vezethető le.

Egy elméletileg is indokolható abortuspolitika elvi alapjai a mérsékelt álláspont egy lehetséges formája alapján

Az eddigiekben két, egymástól független kérdést vizsgáltunk. Az egyik az volt, hogy mi a fejlődő embryo és a magzat morális státusa, vagyis mikortól tekinthető az embryo, illetve a magzat erkölcsileg embernek. Az erre adott előbbi válasz (a terhesség 10. hete után), mint láttuk, már önmagában eldöntené az abortus kérdését akkor, ha az embryo nem az anyaméhben, hanem egy mesterséges inkubátorban fejlődne ki. Ha egyszer majd az embryók mesterséges anyaméhben is felnevelhetők lesznek a fogamzástól kezdve, és ha akkor azt kérdeznék, hogy meddig engedhető meg morálisan eme inkubátor kikapcsolása az embryo kifejlődésének a megakadályozására, akkor itt a válasz kizárólag attól függene, mikor lesz az embryo morális értelemben is ember. Ma azonban az embryo egy nő testében fejlődik ki, akit az USA „pro-choice" (választáspárti, az anya jogát az abortus választhatóságához hirdető) mozgalmai hasonlatát felhasználva nem szabad puszta „tartálynak" vagy „konténernek" tekinteni. Az anyának a teste felett önrendelkezési joga van, ennélfogva az abortus erkölcsi megítélése nemcsak az embryo morális státusától, hanem az anya önrendelkezési jogától is függ. A két gondolatmenet eredményeinek összekapcsolása adhatja csak meg az abortus erkölcsi megítélésére a választ. Vizsgáljuk meg még egyszer a két gondolatmenetet!

A magzat morális státusával kapcsolatban azt vizsgáltuk, hogy az embryo, illetve a magzat fejlődése alapján hol húzható éles határ morális státus tekintetében. A mérsékelt álláspont szerint egy lehetséges határ az embryonalis fejlődés végén (a fogamzástól számított 8. hét végén, illetve a terhesség 10. hetének a végén) húzódik. Az ennél fiatalabb embryo olyan lénynek tekinthető, amelyik éppen az emberré fejlődés stádiumában van, biológiailag ember, de csak abban az értelemben, hogy teste emberi sejtekből és szövetekből áll, nem alakult ki azonban egy összehangolt működésű emberi szervezet, így morális értelemben még csak potenciálisan ember. Elpusztítása egy potenciális ember elpusztítása, egy morális értelemben vett ember létrejöttének a megakadályozása, ezért ez a tett morálisan közelebb áll a fogamzásgátláshoz, mint az újszülött megöléséhez. A terhesség 10. hete után azonban, amikor a fejlődés kvalitatív szakasza nagyjából véget ért, és az ezután következő periódus inkább növekedést, mint fejlődést jelent, az embryo morális értelemben már embernek tekinthető, így elpusztítása ekkor inkább az újszülöttek megöléséhez áll közelebb. A lényeges különbség a fejlődő magzat és az újszülött között azonban az, hogy az előbbi az anya testét használja, az utóbbi viszont már nem. Mint JUDITH JARVIS THOMSON érvelése alapján láttuk, egy ember egy másik ember testét csak annak önkéntes és explicit beleegyezésével használhatja. Mivel az anya a terhességébe, vagyis abba, hogy a fejlődő embryo a testét használja, csak akkor egyezhet bele, ha tud erről a terhességről, erről pedig legtöbbször a terhesség első 6–8–10 hetében szerezhet tudomást, ezért a korai abortust (a terhesség első 10 hetében végzettet) a mérsékelt álláspont alapján két, egymástól független módon is lehet indokolni. Egyfelől úgy, hogy a 11. hét előtt a fejlődő embryo csak a szó biológiai értelmében ember, morális értelemben még nem az. Másfelől azonban az ilyen korai abortus egyesek szerint még akkor is indokolható lenne, ha az embryo már megtermékenyítése pillanatától morális értelemben is ember lenne, mert egy ember egy másik ember testét csak annak kifejezett beleegyezésével használhatja. Így a terhesség észlelése után (amely legtöbbször a terhesség első 10 hetén belül van) az anyának joga lenne teste használatát az embryótól megtagadni. Ez erkölcsileg ugyan elítélhető, jogilag azonban nem kényszeríthető senki, így egy nő sem arra, hogy erkölcsileg nemesen viselkedjék, vagyis például arra, hogy más életének megmentése vagy fenntartása végett saját testét annak használatára bocsássa.

A terhesség észlelése után tehát szükséges egy 1–2 hetes „türelmi idő" arra, hogy az anya külső befolyástól mentesen eldönthesse, kiviseli-e a terhességét vagy sem. Mivel a terhesség észlelése a 7–8. terhességi héten megtörténhet, így a 10 hetes határ elegendőnek látszik az anya döntéséhez. Erre az anyának akkor is joga lenne, ha az embryo ekkor már morális értelemben ember lenne, a mérsékelt álláspont szerint azonban ekkor még nem feltétlenül az. Így ennek alapján a 11. hét előtt végzett abortust morálisan két, egymástól független módon is igazolhatónak tartják:

- Az anya önrendelkezési joga alapján.
- Annak alapján, hogy ezen idő előtt a magzat morálisan még nem számít embernek.

Ha az anya a 10. hét végéig nem végeztet abortust, noha terhességét felismerte, akkor ezt egyfajta implicit beleegyezésnek lehetne tekinteni a terhességbe, ezen az időponton túl az abortus csak akkor lenne elvégezhető, ha az anya – önhibáján kívül – nem tudott vagy nem tudhatott a terhességéről, és ezért, vagy valamilyen pszichológiai kényszer folytán nem adhatta a terhességébe implicit beleegyezését sem. Ilyen eset például, amikor az anya korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen, és az is, ha terhessége nemi erőszak következménye.

Abortus az anya életének vagy egészségének a védelmére a terhesség egész időszakában megengedhető, hiszen az anyának joga van a magzattal szemben az önvédelemre. Az extrém konzervatív álláspont ezt azért nem fogadja el, mert azt mondja: az anyának valóban lenne joga önvédelemre, vagyis ő magának végezhetne abortust, ha tudna. Ez azonban nem lehetséges, így az anyának meg kell kérnie az orvost, hogy a magzat és az ő élete közötti konfliktusban az ő életét mentse meg és ne a magzatét. Ha azonban a magzat már éppúgy ember, mint az anya, akkor az orvos legalább annyira tekinthető a magzat kezelőorvosának, mint az anyáénak, ebben az esetben azonban miért lenne az orvosnak kötelessége, hogy érdekkonfliktus esetén inkább az egyik betegét (az anyát) mentse meg, mint a másik betegét (a magzatot)? Valójában azonban az anya és a magzat helyzete nem szimmetrikus. A magzat használja az anya testét és nem az anya a magzatét. Ezért az anyának elsőbbségi joga van saját testére a magzattal szemben. THOMSON példáját használva, ha két ember egyaránt fel akar venni egy kabátot, mely nélkül a hidegben egyaránt megfagynának, akkor az igazságos bírónak valóban semmi különös oka nem lenne, hogy inkább az egyiknek ítélje a kabátot és ne a másiknak. Ha azonban a két veszekedő közül az egyiké a kabát, akkor jogos, ha a bíró neki ítéli, még akkor is, ha az adott esetben ez a másik halálát jelenti. (Természetesen csak akkor, ha egyéb megoldás nincs.) Így az anya élete vagy egészsége védelme a terhesség egész ideje alatt kellő indoka az abortusnak[104].

Erkölcsileg a legproblematikusabb az abortus eugenikai indikációja. (A magzat súlyos genetikai ártalma vagy fejlődési rendellenessége miatt végzett abortus.) A probléma ugyanis az, hogy a mai orvosi technológia alapján a rendellenességek egy része csak a terhesség 2. trimeszterében diagnosztizálható. Láttuk azonban, hogy ekkor a magzat erkölcsileg már embernek tekinthető, és ekkor az abortust a Thomson-féle érvelés sem indokolhatja, hiszen az anya már beleegyezését adta a terhességbe. Lehet persze úgy érvelni, hogy az anya csak abba adta beleegyezését, hogy egy egészséges magzat „használja” a testét és nem egy beteg. Ez azonban nem tűnik meggyőzőnek, hiszen ugyanezzel a logikával azt is lehetne mondani, hogy az anya például csak abba adta beleegyezését, hogy fiúmagzat „használja”

a testét, és ne lány, így ezzel a logikával nemcsak a nem kívánt testi állapotú (vagyis beteg), hanem a nem kívánt nemű magzat is elvetethető lenne. A probléma itt az, hogy ha egyszer már az anya a magzat rendelkezésére bocsátotta a testét, tudva, hogy annak tulajdonságait nem ismeri, akkor ezt már nem vonhatja vissza csak azért, mert a magzat tulajdonságai nemkívánatosnak bizonyulnak. Az abortus ekkor inkább az újszülöttek eutanáziájához áll közelebb, mint az abortushoz. Célszerű lenne ezért ilyen esetben – a fogalmak tisztázása érdekében – inkább intrauterin eutanáziáról, mint abortusról beszélni. Viszont sokan éppen ezeket az eseteket tekintik az abortus legindokoltabb eseteinek, és ilyenkor még az újszülöttek eutanáziáját is indokoltnak tartanák. Mi lehet itt a megoldás? Véleményem szerint a helyzet hasonló a terminális állapotú, irreverzíbilisen öntudatlan betegek kezelése kapcsán felvetődő etikai kérdésekhez. Mint láttuk, ők de jure még élők, mivel agytörzsük még működik, de facto azonban indokolt esetben megengedik kezelésük megszüntetését, vagyis passzív eutanziájukat, ha úgy ítélik, hogy ez érdekükben áll, mert neocorticalis működésük már nincs. Mivel a terhesség 20. hetéig a magzati agykérgi működés nem alakul ki, ezért helyzetük némileg hasonlítható a neocorticalisan halott terminális állapotú betegekéhez, és ez a speciális, átmeneti helyzet bizonyos esetekben indokolhatja az abortust. Itt nagyjából azt a szabályt lehetne követni, hogy csak azokat az abortusokat lehetne indokoltnak tartani, amely esetekben újszülöttek passzív eutanáziáját is elfogadhatónak érezzük. Ez utóbbi a gyakorlatban előfordul, például spina bifidás újszülöttek ún. szelektív kezelésekor: csak azokat részesítik heroikus műtéti beavatkozásban, akikről feltételezhető, hogy a műtét után felnőve az emberi méltósággal összeegyeztethető életet lesznek képesek élni. Ahol erre nem látszik lehetőség, ott nem végeznek olyan heroikus műtétet, amellyel megmentenék ugyan az ilyen újszülött életét, de felnőve nem tudna boldog életet élni. Műtét hiányában az ilyen újszülöttek néhány hónap alatt meghalnak[105]. Ez ellen felhozható azonban az az ellenvetés, hogy súlyosan fogyatékos újszülötteknek is csak a passzív eutanáziáját engedik meg (vagyis a meghalni hagyást), az ilyen indokból végzett abortus azonban a magzat intrauterin végzett aktív eutanáziájának felel meg, amely viszont újszülöttön sohasem elfogadott.

Valójában azonban az abortus tekinthető passzív eutanáziának is, és aktívnak is, attól függően, hogy milyen technikával végzik. Ha a magzatot például részenként távolítják el curettage vagy vákuum-aspirációs technikával, akkor ez vitathatatlanul a megölése, vagyis intrauterin aktív eutanázia. Ha viszont a szülés korai, még a magzat életképessége előtti megindítása az abortus módja, mint az néha a késői abortus módszere, akkor passzív eutanáziáról van szó. (Nem a magzat megöléséről, hanem meghalni hagyásáról: a magzatot eltávolították az anya testéből, és saját, az élethez még elégtelen fiziológiai forrásaira utalták, vagyis nem biztosították neki a túléléshez szükséges feltételeket, azaz az anyaméhet, de nem ölték meg.) A kétféle abortus között azonban morálisan kevés gyakorlati különbség van, hiszen mind-

kettőnél ugyanaz az abortőr szándéka (a magzat elpusztítása), és ugyanaz a következmény (a magzat halála.) Hasonló meggondolásból a mai bioetikai szakirodalomban sokan megkérdőjelezik az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetésének a jogosságát általában is, mondván, hogy a kettő között komoly morális különbség nincsen, így vagy mind a kettő elfogadandó, vagy mind a kettő elutasítandó, de nem logikus az egyik formát megengedni, a másikat megtiltani ugyanazokban az esetekben[106].

Látható tehát, hogy morális szempontból az eugenikai abortus indoklása a legproblematikusabb, elsősorban késői volta miatt. Etikailag ezért elfogadhatóbbnak tűnik inkább praenatalis diagnosztikus módszerek használata, amelyek révén még a terhesség 11. hete előtt lehetővé válik a diagnózis és a beteg embryo abortusa. A 11. héten túl végzett eugenikai abortus – még ha el is fogadják – csak a legsúlyosabb esetekben tűnik indokolhatónak.

Egy elvileg indokolható abortuspolitika összefoglalása egy mérsékelt álláspont alapján

Eszerint tehát a terhesség első 10 hetében szabadon, bármiféle indoklás nélkül lehetne abortust végeztetni. Így külön szociális indikációk felsorolására nincs szükség, hiszen az ilyen okból kért abortusok az első 10 hétben indoklás nélkül is elvégezhetők. A 10. és a 20. hét között az abortus már szabályozást igényel, hiszen a magzat már morálisan ember. Ugyanakkor neocorticalis működése még nincsen, így státusa egy perzisztens vegetatív állapotban lévő lényéhez hasonlatos: ember, de átmeneti helyzete miatt – bizonyos feltételek fennállásakor – olyan eljárások is indokolhatók vele szemben, amelyet egy egészséges felnőttön nem lehetne elfogadni. A 10. és a 20. hét között tehát megengedhető lehet (a Thomson-féle érvelés alapján) az abortus akkor, ha az anya terhessége nem azért jutott túl a 10. héten, mert ebbe ő beleegyezett, hanem azért, mert neki fel nem róható okból nem tudott a terhességről, vagy tudott, de pszichológiai nyomás alatt állva nem tudott a terhesség tényével szembenézni, és így abba a beleegyezését adni. Ez a helyzet akkor, ha az anya kiskorú, vagy elmebetegség, értelmi fogyatékosság stb. miatt cselekvőképtelen, vagy korlátozottan cselekvőképes. Ide tartozik a nemi erőszak révén létrejött terhesség is.

Bizonyos súlyos esetekben indokoltnak tekinthető az eugenikai abortus is, de csak akkor, ha ugyanilyen esetekben az újszülöttek passzív eutanáziáját is indokoltnak tartanák. Végül a terhesség egész időtartama alatt indokolt az abortus az anya életének vagy egészségének a megmentése céljából.

Az előzőkben megpróbáltuk körvonalazni a módosított agytörzsi-agyszületés koncepcióból következő abortuspolitika elvi alapjait. Ezt azonban csak példának

hoztuk fel a mérsékelt álláspont bemutatására, amelynek számos egyéb formája is van. Ezek részletes elemzése azonban meghaladná ennek a könyvnek a kereteit. Az elemzéssel csak az volt a célunk, hogy a mérsékelt álláspont egy lehetséges formájának a leírásával bemutassuk, hogy az abortusról vallott elméleti állásfoglalás milyen módon fogalmazható át abortuspolitikává. A gyakorlatban természetesen az abortuspolitika kialakításakor sok egyéb tényező is szerepet játszik (parlamenti erőviszonyok, közgondolkodás stb.), így a politikának az etikai érveken kívül számos más szempontot is mérlegelnie kell. Ezek részletes tárgyalása azonban már nem ennek a könyvnek a feladata.

Az anya szabadságára leselkedő veszélyek a 10 hetesnél idősebb magzat morális státusának az elfogadásakor

Láttuk, hogy a terhesség 10. hete után a magzat morálisan már embernek tekinthető, legalábbis a mai egész-agyhalál kritérium mögött rejlő előfeltevések elfogadása esetén. Ha a neocorticalis agyszületés kritériumát használnánk, akkor kb. csak a 20. terhességi héttől kezdve kellene elfogadnunk a magzat emberi státusát.

Nem hallgatható el azonban, hogy bármelyik határpontot fogadjuk is el, ez súlyos fenyegetést jelenthet a terhes anya szabadságágára nézve, és ez az oka annak, hogy sokan nem fogadják el a magzat ember státusát még a terhesség utolsó harmadában sem, és csak az újszülöttet hajlandók felruházni emberi jogokkal[107]. Érvelésük lényege az, hogy egy személy jogai mindig egyben korlátot is jelentenek mások számára. Mivel az anya és a magzat szoros testi kapcsolatban van, ezért a kettőjük jogai közötti viszony mérleghintához hasonlítható. Amilyen mértékben növeljük a magzat jogait, olyan mértékben korlátozódnak az anya jogai. Ha elismerjük a magzatot erkölcsileg éppen olyan embernek, mint az anyát, akkor a magzat jogait éppúgy védeni kell, mint az anyáét. A magzatot – mivel az anya méhében helyezkedik el – csak az anya testén keresztül lehet védeni, illetve csak az anya viselkedésének a befolyásolásával. Ha például veszélyeztetett terhesség (például placenta previa) miatt a koraszülés elkerülése érdekében az anyának az orvos gyógyszerek szedését, fekvést, a szexuális élettől való tartózkodást stb. ír elő, és az előírások be nem tartása miatt a koraszülés bekövetkezik, és az újszülött meghal, akkor mondható, hogy az anya bűncselekményt követett el pusztán azzal, hogy nem tartotta be az orvos előírásait, hiszen ezzel magzata halálát okozta[108]. A terhesség alatt tehát az orvos és az anya között szinte a katonaságnál szokásos viszony jönne létre, ahol az orvosi tanács parancs lenne, hiszen be nem tartása bűncselekménynek minősülne. Azt sem szabad elfelejteni, hogy a magzatra jóformán mindaz hatással lehet, amit az anya tesz. Jóllétét befolyásolja az, hogy az anya mit eszik, mennyit dolgozik, tornázik-e stb., és a lista a végtelenségig folytatható. Mindenki megteheti, hogy

veszélyeztesse a saját egészségét. Nem bölcs dolog, ha ezt teszi, de bizonyos határok között jogában áll mindenkinek egészségére káros életmódot is folytatnia (például alkoholt fogyasztani, keveset tornázni stb.). Senkinek nincs joga azonban más egészségét veszélyeztetni, és mivel az anya bármit is tesz, befolyásolja vele magzata egészségét, ezért ezzel a logikával az anya magánéletének majdnem minden részletét ellenőrizni lehetne, hiszen a tét egy másik – vele egyenjogú és egyenrangú – ember élete. Ez a veszély egyáltalán nem képzeletbeli, például az USA-ban több esetben is bírósági döntéssel kényszerítettek terhes nőt császármetszésre a magzat élete érdekében (amely ellen ő és a férje egyaránt tiltakozott), azzal az indoklással, hogy szülők nem utasíthatják el gyerekük életmentő orvosi kezelését, a császármetszés pedig az adott esetben annak számított[109]. A magzat emberi státusának az elismerésekor nehezen lehet indokolni az olyan abortust is, amelyet azért végeznek, mert a terhesség az anya életét nagy valószínűséggel veszélyeztetni fogja. Meg kellene ugyanis várni, amíg a magzat az anya életét ténylegesen is veszélyezteti, és nem lehetne ez előtt preventív abortust végezni, hiszen azt az anya önvédelemhez való jogával szokták indokolni, az önvédelem elve azonban nem engedi meg, hogy ártatlan embereket már előre megöljünk azért, mert feltételezhető vagy valószínű, hogy később majd fenyegetni fogják életünket[110].

Ezen érvek alapján, mégha el is fogadják, hogy a magzat a fejlődés egy bizonyos pontjától kezdve éppen olyan ember, mint bármelyikünk, ennek jogi szabályozása során mindenképpen figyelembe kell venni azt a tényt, hogy ez komoly veszély az anya szabadságára, és ennek védelme érdekében célszerű a magzat jogait kevésbé kikényszeríthetővé tenni, mint az a morális státusából következne. Ehhez hasonló példa bőséggel található a mindennapi élet jogi szabályozásában is. Dohányzó szülők gyerekei például kétszer gyakrabban kapnak tüdőrákot felnőttkorukban, mint nemdohányzó szülők gyerekei. Az ily módon a gyermekét veszélyeztető szülőt mégsem ítélik el gondatlan veszélyeztetés címén, nem tiltják meg a gyerekes szülőknek, hogy otthon dohányozzanak. Mindez ugyanis olyan mértékű beavatkozást jelentene a szülők magánéletébe, olyan mértékű ellenőrzéssel lenne csak kikényszeríthető, amelynek több lenne a kára, mint a haszna. Ilyen pragmatikus szempontokat tehát még akkor is célszerű figyelembe venni a jogalkotásban, és a terhes anya szabadságát nem korlátozni, ha elfogadjuk, hogy a magzat már erkölcsi értelemben is ember[111].

EPILÓGUS

Fejtegetéseink során oda jutottunk, hogy a mérsékelt álláspont egy formája szerint a magzat már erkölcsi értelemben is ember, az embryo még nem az. De bármilyen logikusnak tűnik is ez, bármennyire is összhangban áll ez a nézet a ma elfoga-

dott agyhalál-kritériummal, ösztönösen mégis valami zavart érzünk. Valahogy a következő módon gondolkodunk: „Ha egy embryo még elpusztítható, akkor én is elpusztítható lettem volna, amikor még embryo voltam. Ez azonban rettenetes lett volna, hiszen szeretek élni, boldog vagyok, hogy megszülettem, és tudom, hogy ha abortusszal elpusztítottak volna embryokoromban, akkor ma nem lennék, és soha nem is születhetnék meg többé. Így az abortus elvette volna tőlem az élet mindenki számára csak egyszer adódó lehetőségét. Ha azonban számomra szörnyű lenne, ha nem születtem volna meg, és ma nem lennék ezen a Földön, akkor ez azoknak a majdani embereknek a számára is szörnyű, akik éppen most embryók. Ha elfogadom a bibliai aranyszabályt, mely szerint „Ne kívánd másnak, amit nem kívánnál, hogy mások tegyenek veled", akkor, mivel én örülök, hogy engem nem abortáltak el, és nem kívánhatom, hogy bárcsak elabortáltak volna, ugyanezt érvényesnek kell tartanom mindenki másra is, vagyis nem kívánhatom, hogy másokat elabortáljanak"[112].

Ez az érvelés azért meggyőző legtöbbünk számára, mert nem tudjuk elképzelni saját nemlétünket. Így amikor azt próbáljuk elképzelni, hogy nem vagyunk, akkor ezt csak úgy tudjuk elgondolni, hogy elképzeljük: most vagyunk, azután hirtelen nem leszünk. Ez pedig valóban rettenetes, hiszen ez nem más, mint saját halálunk elképzelése, ami egyike a legelviselhetetlenebb gondolatoknak.

Valójában azonban a meg nem születés csak akkor lenne szörnyű, ha valamilyen formában már születésünk előtt léteznénk, és izgatottan vágyakoznánk a megszületés után. Ez a gondolkodás valószínűleg nagyon természetes a számunkra, mert számos irodalmi mű és mitológiai alkotás is így képzeli a születést. Ekkor tényleg rettenetes lenne, keserves csalódás, ha nem születhetnénk meg. A valóságban azonban pszichológiai értelemben egyszerűen még nem létezünk embryonalis korunkban, így nincs aki szenvedjen abortus esetén: az embryónak még nincsenek meg anatómiailag és fiziológiailag azok a szervei, amelyekkel szenvedni tudna[113]. Akinek tehát pszichéje még nem létezik, az nem is tud szenvedni amiatt, hogy nem is fog létezni soha, mert pszichéje kifejlődését abortusszal megakadályozzák.

Ami pedig az aranyszabállyal kapcsolatos érvelést illeti, az éppúgy igaz a fogamzásgátlás ellen, mint az abortus ellen. Hiszen az előbbi gondolatmenetbe az abortus szó helyett a fogamzásgátlás szót helyettesítve a következő – igaznak tűnő – szöveget kapjuk: „Ha a fogamzásgátlás megengedhető, akkor az én létrejöttömet is fogamzásgátlással megakadályozhatták volna. Ez azonban rettenetes lett volna, hiszen szeretek élni, boldog vagyok, hogy megszülettem, és ha fogamzásgátlással létrejöttömet megakadályozták volna, ma nem lennék, és soha nem is születhetnék meg többé, vagyis elvették volna tőlem az élet mindenki számára csak egyszer adódó lehetőségét. Ha azonban számomra szörnyű lenne, ha nem születtem volna meg, és ma nem lennék ezen a Földön, akkor ez azoknak a majdani embereknek a számára is szörnyű, akik létrejöttét éppen most akadályozzák meg fogamzásgátlással. Ha

elfogadom a bibliai aranyszabályt, amely szerint »Ne kívánd másnak, amit nem kívánnál, hogy mások tegyenek veled«, akkor, mivel én örülök, hogy szüleim nem fogamzásgátlóval éltek nemi életet, amikor engem nemzettek, és nem kívánhatom, hogy bárcsak fogamzásgátlóval megakadályozták volna létrejöttömet, ezért ugyanezt érvényesnek kell tartanom mindenki másra is, vagyis nem kívánhatom, hogy mások létrejöttét fogamzásgátlással megakadályozzák."

Látható tehát, hogy a korai abortusszal (amikor az embryo még nem érzőképes) szembeni érvek elmondhatók a fogamzásgátlással szemben is. Visszajutottunk tehát a kiindulóponthoz, logikus érvekkel nehéz a korai abortus ellen érvelni úgy, hogy ne érveljünk a fogamzásgátlás ellen is. És valóban, mint korábban már láttuk, a fogamzásgátlást is csak azért olyan könnyű elfogadni, mert nem tudjuk, hogy kinek a fogamzását akadályozzuk meg. Ha létezne egy csodavideo, amelynek segítségével látni lehetne, milyen lenne felnőttkorában az az ember, akinek fogamzását megakadályozzuk, vagy akit embryokorában elabortálunk, sokkal kevésbé tartanánk az abortust és a fogamzásgátlást is elfogadhatónak. Ugyanakkor a mérsékelt álláspont úgy látja, hogy a fogamzásgátlásra feltétlenül szükség van, hisz a Föld már ma is túlnépesedett, és a fogamzásgátlás felfüggesztése bármely országban néhány generáció alatt pokollá tenné a földi életet. Így szívünk mélyén bármennyire is azzal értenénk egyet, hogy minél több ember szülessen meg, hiszen az emberi élet érték, és élni a legtöbb ember számára még nagyon szegény körülmények között is boldogság, mégis oda jutunk, hogy a fogamzásgátlás lehetősége nélkül a földi boldog élet lehetősége nagyon gyorsan megszűnne. Így a fogamzásgátlást el kell fogadnunk, mivel azonban ez morálisan az embryo szempontjából alig különbözik a korai abortustól, ezért azt is kénytelenek vagyunk elfogadni. Itt szembekerülnek érzelmeink és a racionális gondolkodás, és bár az abortuspolitika kialakításakor az utóbbinak kell iránymutatónak lenni, ezt mégis csak vonakodva vesszük tudomásul, és eszünkbe jutnak MADÁCH sorai: „Mi jó az értelemnek/ Kacagni ott, hol szívek megrepednek."

*

Ez a tanulmány némileg módosított változata a SÁNDOR JUDIT (szerk.): Abortusz és... (Literatura Medica, 1992) c. könyvben „A művi abortusz a bioetika szemszögéből" címmel megjelent tanulmányomnak.

Az abortusszal kapcsolatos viták máig nem ültek el, sőt, élesebbek, mint valaha, és nemcsak Magyarországon, hanem nemzetközileg is. Mindez az abortuskérdés elméleti megoldatlanságára utal, és az olvasót fokozott figyelemre és óvatosságra kell öszönöznie. Ezért a további tájékozódás megkönnyítése végett a ma már

szerencsére magyarul is elérhető irodalomból megadok kettőt. Az egyik JOBBÁGYI GÁBOR: A méhmagzat életjoga. Efo Kiadó és Nyomda, Budapest, 1994, a másik KIS JÁNOS: Az abortusról. Cserépfalvi Könykiadó, Budapest, 1992 című munkája.

Jegyzetek a 9. fejezethez*

[1]*Wertheimer, R.:* Understanding the Abortion Argument. In: *Feinberg, J.* (ed.) (1984): The problem of Abortion. (2nd ed.) Belmont, California, Wadsworth Publishing Company (p. 52)
[2]Az Alkotmánybíróság 64/1991. (XII. 17.) AB határozata. Magyar Közlöny 139. szám. 1991. december 17. (p. 2816)
[3]*Allmark, A. H.* (1991): Letter to the Bulletin of Medical Ethics. In: Bulletin of Medical Ethics, No.71, September, 1991. (p. 2)
[4]*Wertheimer, R.* (1984), i. m. (p. 46)
[5]*Reed, J.:* History of Contraceptive Practices. In: *Spicker, F. S., Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr.* (eds.) (1987): The Contraceptive Ethos. (Reproductive Rights and Responsibilities) Dordrecht–Boston–Lancaster–Tokyo, D. Reidel Publishing Company (p. 16)
[6]Ibid. (p. 16)
[7]Ibid. (p. 17)
[8]Ibid. (p. 18–19)
[9]Ibid. (p. 32–35)
[10]Ibid. (p. 36)
[11]*Noonan, J. T. jr.* (1987): The History of Contraception: Seven Choices. In: *Spicker, F. S., Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr.* (1987): i. m. (p. 8)
[12]*Halper, T.* (1987): Trends and trendiness in population studies. In: *Spicker, F. S., Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr.* (1987): i. m. (p. 51)
[13]Reed, J. (1987): i. m. (p. 20).
[14]Ibid. (p. 18)
[15]*Halper, T.* (1987): i. m. (p. 52–54)
[16]*Noonan, J. T. jr.* (1987): i. m. (p. 11)
[17]*Feen, R. H.:* Abortion and Exposure in ancient Greece: Assessing the Status of the Fetus and Newborn from Classical Sources. In: Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr., Spicker, F. S., Winship, D. H. (eds) (1984): Abortion and the Status of the Fetus. Dordrecht–Boston–Lancaster, D. Reidel Publishing Company (p. 291–292)
[18]*Whitebeck, Caroline* (1984): The Moral Implications of Regarding Women as people: New perspectives on pregnancy and personhood. In: *Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr, Spicker, F. S., Winship, D. H.* (1984): i. m. (p. 248)
[19]*Biggers, J, D.* (1984): Generation of the Human life Cycle. In: *Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr., Spicker, F. S., Winship, D. H.* (1984): i. m. (p. 35)
[20]*Whitbeck, Caroline* (1984): i. m. (p. 258)
[21]*Reed, J.* (1987): i. m. (p. 26)
[22]Ibid. (p. 17)
[23]Ibid. (p. 21)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[24]Ibid. (p. 22)
[25]Ibid. (p. 25–29)
[26]Ibid. (p. 17)
[27]The 1973 Supreme Court Decisions on State Abortion Laws: Excerpts from Opinion in Roe v. Wade. In: *Feinberg, J.* (1984), i. m. (p. 193)
[28]Demográfiai Évkönyv 1990. (1992): Budapest, Központi Statisztikai Hivatal. (p. 220–221)
[29]Ibid. (p. 204)
[30]*Shannon, T. A.* (1984): Abortion: A Challenge for Ethics and Public Policy. In: *Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr., Spicker, F. S., Winship, D. H.* (1984): i. m. (p. 4)
[31]*Feen, R. H.* (1984): i. m. (p. 296)
[32]Ibid. (p. 298)
[33]*XI. Pius:* Encyclical Letter on Christian Marriage (Dec. 31, 1930). In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL., Boyle, P. OP, STL.* (1989): Medical Ethics. Sources of Catholic Teachings. The Catholic Health Association of the United States (p. 84)
[34]Ibid. (p. 89–90)
[34a]*Somfai B.:* Személyes közlés
[35]Joint Committee on Bioethical Issues of the Bishops' Conferences of Scotland, Ireland, England, and Wales, „Use of the Morning-After Pill" in Cases of Rape. (March 13, 1986) In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL., Boyle, P. OP, STL.* (1989): i. m. (p. 246–250)
[36]*Loewy, E. H.* (1989): Textbook of Medical Ethics. Plenum Publishing Corporation. (p. 159)
[37]*Donceel, J. F. S.J.:* A liberal Catholic's View. In: *Feinberg, J.* (1984): i. m. (p. 16.)
[38]Ibid. (15–16)
[39]Ibid. (p. 16)
[40]*Loewy, E. H.* (1989): i. m. (p. 159)
[41]Ibid. (p. 160)
[42]*Engelhardt, H. T. jr.* (1984): Introduction. In: *Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr., Spicker, F. S., Winship, D. H.* (1984): i. m. (p. xxii)
[43]*Donceel, J. F. S. J.* (1984): i. m. (p. 18–19)
[44]Ibid. (p. 18)
[45]*Feinberg, J.* (1984): Introduction, In: *Joel Feinberg, J.* (ed.) (1984): i. m. (p. 3)
[46]Ibid. (p. 4)
[47]Ibid. (p. 4–5)
[48]*Sumner, L. W.* (1984): A Third Way. In: *Feinberg, J.* (1984): i. m. (p. 73)
[49]*VanDeVeer, D.:* Justifying Wholesale Slaughter. In: *Feinberg, J.* (1984): i. m. (p. 68–70)
[50]*Thomson, Judith J.:* A Defense of Abortion. In: *Feinberg, J.* (1984): i. m. (p. 173)
[51]*Shea, M. C.* (1985): Embryonic life and human life. Journal of medical ethics 11, (pp. 205–209)
[52]*Puccetti, R.* (1984): The Life of a Person. In: *Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr., Spicker, F. S., Winship, D. H.* (1984): i. m. (p. 171)
[53]*Engelhardt, H. T. jr.* (1984): Viability and the Use of the Fetus. In: *Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr., Spicker, F. S., Winship, D. H.* (1984): i. m. (p. 187)
[54]Ibid. (p. 188)
[55]*Singer, P.* (1982): Practical Ethics. Cambridge University Press.
[56]*Soupart, P.* (1984): Present and Possible Future Research in the Use of Human Embryos. In: *Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr., Spicker, F. S., Winship, D. H.* (1984): i. m. (p. 79)
[57]*Tooley, M.:* Abortion and Infanticide. Philosophy and Public Affairs, Volume 2, Number 1, Fall 1972 (p. 60–61)
[58]*Glover, J.* (1988): Causing Death and Saving Lives. Penguin Books. (p. 125)
[59]*Goldenring, J. M.* (1985): The brain-life theory: towards a consistent biological definition of humanness. Journal of medical ethics 11 (p. 202)

[60]*Engelhardt, H. T. jr.* (1984): i. m. In: *Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr., Spicker, F. S., Winship, D. H.* (1984) i. m. (p. 190)
[61]*Singer, P.* (1982): i. m.
[62]*Tooley, M.* (1972): i. m.
[63]Ibid.
[64]*Sumner, L. W.* (1984): i. m. (p. 82)
[65]*Warren, Mary Anne* (1987): The Abortion Issue. In: *VanDeVeer, D.,Regan, T.* (eds) (1987): Health Care Ethics. An Introduction. Philadelphia: Temple University Press (p. 194)
[66]*English, Jane:* Abortion and the Concept of a Person. In: *Feinberg, J.* (1984): i. m. (p. 151–160)
[67]*Thomson, Judith J.* (1984): i. m. (p. 173–187)
[68]*Warren, Mary Anne* (1987): i. m. (p. 187)
[69]*Smith, Holly M.:* Intercourse and moral responsibility for the fetus. In: *Bondeson, W. B., Engelhardt, H. T. jr., Spicker, F. S., Winship, D. H.* (1984): i. m. (p. 230)
[70]*Harris, J.* (1985): The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics. London, Routledge and Kegan Paul (p. 38)
[71]*Finnis, J.* (1974): The Rights and Wrongs of Abortion. In: *Cohen, M., Nagel, T., Scanlon, T.* (eds) (1974): The Rights and Wrongs of Abortion. Princeton, New Jersey, Princeton University Press (p. 104)
[72]*McFall v. Shimp,* No. 78–1771 in Equity (C. P. Allegheny County, Penn., July 26, 1978). In: *Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): Principles of Biomedical Ethics (3rd ed.) New York–Oxford, Oxford University Press (Case 25., p. 429–431)
[73]*Sumner, L. W.* (1987): Abortion. In: *VanDeVeer, D., Regan, T.* (1987): i. m. (p. 175)
[74]Ibid. (p. 166–167)
[75]*Sumner, L. W.* (1984): i. m. (p. 83)
[76]Ibid. (p. 83)
[77]Ibid. (p. 84)
[78]Ibid. (p. 85)
[79]Ibid. (p. 84)
[80]*Jones, D. G.* (1989): Brain birth and personal identity. Journal of medical ethics 15 (p. 176)
[81]*Pernick, M. S.* (1988): Back from the Grave: Recurring Controversies over defining and diagnosing death in History. In: *Zaner, R. M.* (1988): Death: Beyond Whole-Brain Criteria. Boston, London, Kluwer Academic Publishers. Dordrecht (p. 17)
[82]*Engelhardt, H. T. jr.* (1988a): Introduction. In: *Zaner, R. M.* (1988): i. m. (p. 9)
[83]Institute of Medical Ethics Working Party on the Ethics of Prolonging Life and Assisiting Death: Withdrawal of life-support from patients in a persistent vegetative state. The Lancet. Vol. 337, Jan. 12, 1991 (pp. 96–98)
[84]*Smith, D. R.:* Legal issues leading to the notion of neocortical death. In: Zaner, R. M. (1988): i. m. (p. 136., note 12)
[85]*Engelhardt, H. T. jr.* (1988b): Reexamining the definition of death and becoming clearer about what it is to be alive. In: *Zaner, R. M.* (1988): i. m. (p. 95)
[86]*Puccetti, R.* (1988): Does anyone survive neocortical death? In: *Zaner, R. M.* (1988): i. m. (p. 85)
[87]*Engelhardt, H. T. jr.* (1988b): i. m. In: *Zaner, R. M.* i. m. (p. 94)
[88]President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: 1981, Defining Death: Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of Death, Government Printing Office, Washington D.C.
[89]*Engelhardt, H. T. jr.* (1988a): i. m. In: *Zaner, R. M.* i. m. (p. 4)
[90]*Veatch, R. M.* (1988): Whole-brain, neocortical, and higher-brain related concepts. In: *Zaner, R. M.* (1988): i. m. (p. 177–178)
[91]*Puccetti, R.* (1988): i. m. (p. 86)

[92]*Smith, D. R.* (1988): i. m.(p. 126)
[93]Ibid. (p. 129–130)
[94]Institute of Medical Ethics Working Party on the Ethics of Prolonging Life and Assisting Death (1991) i. m.
[95]*Loewy, E. H.* (1989): i. m. (p. 172–173)
[96]*Smith, D. R.* (1988): i. m. (p. 112)
[97]*Jones, D. G.* (1989): i. m. (p. 173)
[98]*Goldenring, J. M.* (1985): i. m.
[99]*Jones, D. G.* (1989) i. m. (p. 175)
[100]*Goldenring, J. M.* (1985): i. m.
[101]*Moore, K. L.* (1988): The Developing Human. Clinically Oriented Embriology. Fourth ed. Philadelphia–London, W. B. Saunders Company (p. 82)
[102]*Jones, D. G.* (1988): i. m. (p. 175)
[103]*Sumner, L. W.* (1987): i. m. (p. 163)
[104]*Thomson, Judith J.* (1984): i. m. (p. 178)
[105]*Lorber, J.* (1973): Early Results of Selective Treatment of Spina Bifida Cystica. British Medical Journal, 27 October, 1973 (pp. 201–204)
[106]*Rachels, J.* (1975): Active and Passive Euthanasia. The New England Journal of Medicine Vol. 292, No. 2, January 9 (p. 78)
[107]*Warren, Mary Anne* (1987): i. m. (p. 186)
[108]*Steinbock, Bonnie:* The Relevance of Illegality. Hastings Center Report, January–February 1992 (p. 19)
[109]*Loewy, E. H.* (1989): i. m. (p. 177)
[110]*Warren, Mary Anne* (1987): i. m. (p. 202)
[111]*Steinbock, Bonnie* (1992): i. m. (p. 21)
[112]*Hare, R. M.* (1975): Abortion and the Golden Rule. Philosophy and Public Affairs. Vol. 4.
[113]*Warren, Mary Anne* (1987): i. m. (197)

10. fejezet – A gyógyíthatatlan, rossz kórjóslatú betegek felvilágosításának etikai kérdései

AZ ORVOS TÁJÉKOZTATÁSI KÖTELESSÉGÉNEK TÖRTÉNELMI ELŐZMÉNYEI

Feltűnő, hogy az orvosetikai kódexek milyen ritkán említették az orvos kötelességei között az igazmondás kötelességét. Ez annál is inkább figyelemre méltó, mert ugyanezek a kódexek az orvos egyéb kötelességeit nagyon részletesen szabályozták. Nyilvánvaló tehát, hogy nem feledékenységről volt szó, hanem arról a több évezrede létező hagyományról, amely szerint bizonyos esetekben az orvos kegyes hazugsága erkölcsileg megengedhető, sőt egyenesen kívánatos lehet. Bár a hippokratészi eskü a rossz kórjóslatú betegek tájékoztatásának kérdéséről nem tesz említést, HIPPOKRATÉSZ Decoruma azonban figyelmeztet a betegek őszinte tájékoztatásának veszélyeire, azt tanácsolva az orvosnak, hogy betegei elől „...a legtöbb dolgot titkoljon el,...semmit sem felfedve annak jelen vagy jövendőbeli állapotáról”[1]. Ugyanez a szemlélet tükröződik a többi orvosetikai kódexben is. Az ókortól kezdve egészen 1980-ig egyetlen olyan orvosetikai kódex ismert (AMATUS LUSITANUS XVI. századi zsidó orvosi esküje), amely az orvos kifejezett kötelességévé tette az igazmondást[2]. Bár az Amerikai Kórházszövetség „A betegek jogai” című dokumentuma 1973-ban már deklarálta, hogy a betegeknek joguk van teljes felvilágosításra betegségük diagnózisáról, terápiájáról és prognózisáról egyaránt[3], az orvosetikai kódexek közül az Amerikai Orvosszövetség 1980-as kódexe az első, amelyik az orvos kötelességévé tette a betegekkel szembeni őszinteséget[4].

A „kegyes hazugság" hagyománya a magyar gyakorlatra is jellemző volt, noha egy 1987-es, nem publikált orvosetikai kódextervezet már megpróbált ettől eltérni, és az orvos –beteg kommunikáció nyíltabb, őszintébb formái mellett érvelt[5]. Ugyanakkor a Magyar Orvosi Kamara 1991-es állásfoglalásában még ismét érezni lehetett a hagyományos felfogás nyomait, amikor ezt olvastuk: „Súlyos vagy gyógyíthatatlan betegség esetén...az orvos különösen törekedjen arra, hogy magatartása, viselkedése, hangvétele alapján a beteg se betegsége természetére, se prognózisára ne következtethessen oly módon, hogy az állapotára negatív hatással legyen”[6]. Mára azonban ez megváltozott, s a későbbiekben tárgyalandó módon mind a hatályos egészségügyi törvény, mind a Magyar Orvosetikai Kódex a rossz prognózisú betegségben szenvedő beteg őszinte tájékoztatását írja elő.

MENNYIT AKARNAK TUDNI A BETEGEK, ÉS ÁLTALÁBAN MENNYIT MONDANAK MEG AZ ORVOSOK

A nemzetközi vizsgálatok azt mutatják, hogy az utóbbi negyven évben a betegek véleménye ebben a kérdésben alig változott. Már egy 1950-es amerikai vizsgálat[7] azt mutatta, hogy azok a betegek, akiknek megmondták, hogy rákjuk van, 89%-ban utólag helyeselték az orvos őszinteségét, és nem értettek egyet azzal a véleménnyel, hogy a rák diagnózisának az elhallgatása előnyös lenne a rákos beteg számára. A betegek hangsúlyozták, hogy tájékoztatva sokkal inkább képesek az orvos utasításait követni, utánvizsgálatokra járni, mint tájékoztatás nélkül. Ugyanebben a vizsgálatban a nem rákos betegek 82%-a válaszolta azt, hogy ha rákot diagnosztizálnának rajta, szeretné, ha ezt neki az orvosa megmondaná.

Egy 1978-as USA-beli Gallup közvélemény-kutatás nagyon hasonló eredményeket produkált. A megkérdezettek 82–92%-a azt válaszolta, hogy tudni akarja, ha halálos betegsége van[8]. Ezeket az eredményeket számos más külföldi és magyar vizsgálat is megerősítette, melyek szerint a betegek túlnyomó többsége tudni akarja súlyos, gyógyíthatatlan betegsége diagnózisát[9].

Miközben tehát a betegek véleménye ebben a kérdésben az utóbbi negyven évben alig változott, az orvosok véleménye és viselkedése az USA-ban radikális változáson ment át, és más országokban is jelentős véleménymódosulás következett be. OKEN 1961-es vizsgálatai szerint[10] az USA-beli orvosok 90%-a nem közölte a rákos beteggel a diagnózisát. (OKEN a vizsgálatban ráknak tekintett minden malignus tumort.) Az orvosok rákos daganat helyett általában laesióról, jóindulatú szövetburjánzásról beszéltek. Abban az esetben, ha a homályos megfogalmazás miatt a beteg nem egyezett bele az orvos által javasolt beavatkozásba, akkor – őt rábeszélendő – az orvos praecancerosus állapotról vagy korai stádiumban felfedezett, még gyógyítható tumorról beszélt. Vagyis a legtöbb orvos stratégiája az volt, hogy a lehető legkevesebbet mondott meg a betegnek, csak annyit, amennyi annak kooperációjához szükségesnek bizonyult. Ezzel szemben egy 1979-es vizsgálat szerint[11] az USA-ban már az orvosok 98%-a megmondta a betegnek az igazat, még akkor is, ha annak állapota reménytelen volt. Ez tehát radikális változást jelent az orvosok attitűdjében kevesebb mint 20 év leforgása alatt. A vita azonban a kegyes hazugság hívei és az őszinte tájékoztatás pártolói között a mai napig tart. Érdemes ezért röviden áttekinteni az ezzel kapcsolatos érveket és ellenérveket.

A tárgyalás során – az egyszerűség kedvéért – rákról fogunk beszélni mint a rossz prognózisú betegség egyik leggyakrabban előforduló formájáról. Ez a köznyelvben az összes rosszindulatú tumor összefoglaló neve. Látni kell azonban, hogy ez csak a rövidség kedvéért használt példa egy jóval bonyolultabb orvosetikai probléma leírására. A rák elnevezés ugyanis egyrészt orvosilag nem pontos, hiszen az ezt jelölő latin „carcinoma” szó a rosszindulatú daganatok csak egy bizonyos csoportját

jelenti, másrészt etikailag ilyen problémák nemcsak rosszindulatú daganatok, hanem számos más rossz prognózisú betegséggel kapcsolatban is felvetődnek. Ilyen probléma lehet például az, hogy megmondják-e és mikor egy szülőnek, hogy gyermeke értelmi fogyatékos, vagy elmondják-e genetikai tanácsadáson egy véletlenül talált, de orvosilag nem feltétlenül jelentős genetikai elváltozás (például XYY kromoszóma-rendellenesség) tényét a magzat szüleinek, tájékoztassák-e egy genetikai szűrésen egy Huntington-choreában szenvedő szülő nagykorú gyerekét a génhordozás lehetőségéről, annak megállapíthatóságáról stb. Vagyis a probléma sokkal tágabb, mint a rák esete, a továbbiakban azonban mégis rákról fogunk beszélni mint a rossz prognózisú betegség tipikus példájáról, mert a köznyelv és az orvosi közgondolkodás is legtöbbször ehhez a betegséghez kapcsolja a „megmondani vagy nem megmondani" dilemmáját.

ÉRVEK A JÓTÉKONY HAZUGSÁG MELLETT

Az érveket három nagy csoportba lehet sorolni[12]:

A beteg becsapása melletti első érv arra szokott hivatkozni, hogy a halálos betegség diagnózisának az elhallgatása a beteg számára hasznos. Eszerint HIPPOKRATÉSZ óta elfogadott elv a medicinában a „Ne árts!" elve, és a kedvezőtlen diagnózis közlésével az orvos ezt a parancsot sértené meg. A rák diagnózisának a közlése elvenné a beteg minden reményét, és őt depressióba, esetleg öngyilkosságba kergetné, de mindenképpen súlyos neurózist okozna, és így tönkretenné élete hátralévő hónapjait vagy éveit. Bár kivételesen érett személyiség a közeli halál biztos tudatát is képes filozofikus nyugalommal elviselni, erre az emberek túlnyomó többsége nem képes, ezért a biztosan halálos betegség tényének a közlése mindig helytelen[13].

A második érvcsoport szerint az orvos nincs is abban a helyzetben, hogy megmondja a betegség prognózisát, mivel ezt még ő maga sem tudja. A medicina nem olyan egzakt tudomány, mint a matematika, egy orvos sokszor még a diagnózisban sem teljesen biztos, és még kevésbé a betegség prognózisában. A betegek között mindig nagy egyéni különbségek vannak, és egy előrehaladott rákos betegség lefolyása nagyon sok olyan tényezőtől függ, amelyik nem látható előre. Minden tapasztalt orvos látott már teljesen reménytelennek tűnő esetet, amikor a beteg mégis felgyógyult, és még hosszú évekig jó állapotban élt[14]. Ezt az érvelést rendszerint úgy szokták folytatni, hogy még ha pontosan lehetne is tudni a betegség diagnózisát és prognózisát, ezt akkor sem lenne lehetséges elmondani a betegnek, aki a részleteket – orvosi szaktudás híján – úgysem értené meg, márpedig legtöbbször éppen a konkrét részleteken múlik a betegség lefolyása.

Összefoglalva tehát az orvos – ha teljesen őszinte akarna lenni a betegével – akkor is legfeljebb csak saját bizonytalanságát közölhetné, a pontos diagnózis esetleges hiányát, és főképp a prognózis sokszor pontosan előre nem látható voltát.

A kegyes hazugság melleti harmadik érv szerint noha a betegek túlnyomó többsége a legtöbb empirikus vizsgálat szerint kétségtelenül tudni szeretné betegsége diagnózisát és prognózisát, valójában azonban a betegek nem az igazságot, hanem a megnyugtatást várják az orvosuktól. Amikor azt mondják, hogy a diagnózist akarják tudni, akkor voltaképpen a halálos betegség gyanújának az eloszlatására vágynak, a jó hírre, a megnyugtatásra. Bármit is mondjanak, a lelkük mélyén nem akarják tudni a kedvezőtlen diagnózist és prognózist.

ÉRVEK A KEGYES HAZUGSÁG ELLEN

Ezek az érvek alapvetően két csoportba oszthatók, a deontológiai és az utilitarista érvek csoportjába.

Deontológiai érvek a kegyes hazugság ellen. Ilyen érvelés során nem vizsgálják, hogy a rákos betegek tájékoztatása betegségük diagnózisáról és prognózisáról a beteg számára mennyire hasznos, hanem abból indulnak ki, hogy a beteg őszinte tájékoztatása annak alapvető emberi joga. Ez a jog a beteg – alkotmányban is biztosított – önrendelkezési jogából származik. Minden betegnek joga van arra, hogy bármilyen orvosi beavatkozásba az állapotáról való részletes tájékoztatás ismeretében egyezzék bele, beleértve a tájékoztatásba a beavatkozás előnyeit, hátrányait, veszélyeit és az elmaradásából származó veszélyeket is. Ez a tájékozott beleegyezés korábban már tárgyalt doktrínája. Ettől a jogától nagykorú, belátási képességgel rendelkező ember nem foszthető meg, és ez rákos betegeknél különösen fontos, hiszen esetükben számos, sokszor új, kísérletinek számító beavatkozást is végeznek betegségük kezelésére. A beteg önrendelkezési jogát csak az állapotával kapcsolatos információk birtokában gyakorolhatja. Bármilyen orvosi beavatkozás elvégzésének engedélyezéséről csak a beteg dönthet, felelősen dönteni viszont csak hiteles információk birtokában lehet. Ezért a betegnek joga van tudni az igazat, az „igazság" a beteg tulajdona, és ennek visszatartása FLETCHER szerint a beteg „meglopása"[15], megfosztása valamitől, ami jár neki. Így tehát nem megmondani a betegnek az igazat egyet jelent önrendelkezési jogának megsértésével.

Ez az érvelés azért nem vizsgálja, hogy az egyes esetekben a beteg őszinte tájékoztatása a beteg számára előnyös vagy hátrányos-e, mert deklarált emberi jogokat mindig tiszteletben kell tartani, és nemcsak akkor, ha az az adott esetben a jog alanya számára előnyösnek látszik. Egy példával élve, mi lenne a sajtószabadságból, az állampolgárok jogából a szabad tájékozódáshoz, ha az újságok aszerint mérlegelnék bizonyos információk közlését, hogy az káros hatást vált-e ki az olvasókból? Ilyen érveléssel például el lehetne titkolni egy repülőgép-katasztrófát, hiszen ez nyugtalansággal tölti el a jövendő repülőgéputasokat, egy vendéglői ételmérgezést,

hiszen ez felizgatja a vendéglőbe járókat. Ilyen módon el kellene titkolni az ózonréteg elvékonyodásának tényét vagy a világ atomfegyverekkel való felszereltségének ijesztően magas szintjét stb., egyszóval az élet majdnem minden nyugtalanító, fenyegető aspektusát. Nyilvánvaló, hogy egy ilyen gyakorlat alapvetően ellentétben állna az emberi szabadságjogokkal. Ezekhez az információkhoz jogunk van, és nem azért kell ezt a jogunkat tiszteletben tartani, mert ez mindig és mindenkor hasznos a számunkra, hanem azért, mert alapvető szabadságjogaink közé tartozik. Ehhez hasonló logikát követ a rossz prognózisú betegek őszinte tájékoztatása melletti deontológiai érvelés is. Nem vizsgálja, hogy egyes esetekben ez nyugtalanító-e a beteg számára vagy sem, hanem leszögezi: ezekhez az információkhoz nagykorú, belátási képességgel rendelkező betegnek joga van, és ettől ő nem foszthető meg egy orvosi döntéssel.

Számos erkölcsi és jogi dokumentum követi ezt a deontologikus érvelési módot. Említettük már az Amerikai Kórházszövetség „A Betegek jogai" c. 1973-as deklarációját, amely elismeri a beteg jogát betegsége diagnózisához és prognózisához.

Az Amerikai Orvosszövetség már említett deklarációja (Principles of Medical Ethics) 1980-as változata így szól a betegtájékoztatásról: „Az orvosnak őszintének kell lennie betegeivel és kollégáival, és törekednie kell arra, hogy bejelentse azokat az orvosokat, akiknek a tudása vagy a jelleme nem megfelelő, illetve akik másokat rászednek vagy becsapnak"[16]. Ezt a megfogalmazást szó szerint átvette az Orvosok Világszövetsége által megfogalmazott Nemzetközi Orvosetikai Kódex (International Code of Medical Ethics)[17].

Az Orvosok Világszövetsége Lisszaboni Deklarációja szól a betegek jogairól, és szintén leszögezi, hogy „A betegnek joga van megfelelő tájékoztatás után az orvosi kezelésbe beleegyezni vagy azt visszautasítani"[18].

Az angol CancerLink állította össze „A Rákos betegek jogainak deklarációja" c. dokumentumot, amelynek 3. pontja így szól: „Jogom van tudni, hogy rákom van, és arra, hogy ezt tapintatosan közöljék velem. Jogom van arra, hogy részt vegyek a kezelésemet érintő minden döntésben, és ezt a jogomat a szakorvosokkal és egyéb egészségügyi szakemberekkel folyatott őszinte és informatív megbeszélés keretében gyakorolhassam"[19].

Végül, de nem utolsósorban az Európai Egészségszövetség (European Public Health Alliance) európai betegjogi ajánlásai alapján megfogalmazott magyarországi betegjogi deklarációtervezet a következőképpen fogalmaz: „A betegnek joga van ahhoz, hogy részletes és szakszerű tájékoztatást kapjon saját egészségi állapotáról, beleértve az állapotának megfelelően javasolt és szükséges eljárásokat; és azok előnyeit, potenciális veszélyeit, a javasolt kezelésen kívüli választási lehetőségeket, beleértve a kezelés elmulasztásának hatásait; a diagnózis, a kezelési folyamat és a várható kimenetel ismertetését"[20].

Magyarországon a jog 1990 márciusáig megengedte, hogy a beteget állapotáról ne tájékoztassák, ha az benne „káros visszahatást váltana ki", és ilyen esetben megelégedtek a hozzátartozó tájékoztatásával. 1990 márciusában azonban az Országgyűlés ezt a rendelkezést hatályon kívül helyezte. Ettől kezdve jogilag Magyarországon megszűnt az orvosnak az a lehetősége, hogy „gyógyíthatatlan állapotánál fogva közvetlen halálveszedelemben" lévő betegét erről a tényről ne tájékoztassa[21]. Ezt a szabályozást alapvetően megtartotta az 1997-es egészségügyi törvény is, mely szerint „ A betegnek joga van arra, hogy részletes tájékoztatást kapjon...egészségi állapotáról, beleértve ennek orvosi megítélését is.."[87]

Ugyanakkor a törvény lehetővé teszi a beteg későbbiekben leírt fokozatos tájékoztatását, mivel előírása szerint: „A kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi."[88]

Hasonlóképpen foglal állást a Magyar Orvosetikai Kódex is, mely szerint: „A beteg betegségéről és állapotáról történő tájékoztatás legyen a valóságnak megfelelő, tárgyilagos és őszinte... A tájékoztatás során az orvos ...nem ígérhet olyan eredményt..., amelyre az orvostudomány adott állása szerint nem számíthat."[89]

A Kódex is hitet tesz a beteg fokozatos tájékoztatása mellett, amikor így ír: „A súlyos vagy gyógyíthatatlan betegségek esetén kívánatos, ha az orvos először csupán a gyanúról ad tájékoztatást azzal, hogy a végleges megállapításairól a későbbiekben fog tájékoztatást adni."[90] Ugyanakkor mind az 1997-es egészségügyi törvény[91], mind a Kódex[92] lehetővé teszi, hogy a beteg lemondjon a tájékoztatásról, így a beteg tájékoztatáshoz való joga csak jog, de nem kötelesség a beteg részéről.

Utilitarista érvek a jótékony hazugság ellen. Míg a jótékony hazugság elleni deontológiai érvek a betegek jogaiból indulnak ki, és nem vizsgálják, hogy az őszinte tájékoztatás előnyös-e a betegnek vagy sem, a felvilágosítás melletti utilitarista érvek azt igyekeznek bizonyítani, hogy az őszinte tájékoztatás kifejezetten hasznos a beteg számára, és az őszinteség sokkal kevesebb szenvedést okoz a betegnek, mint az elhallgatás vagy a jó szándékú becsapás. A főbb érvek a következők:

1. Ha a beteg nem tudja, hogy mennyire súlyos az állapota, esetleg kevésbé lesz hajlandó együttműködni orvosával. Csak akkor hajlandó valaki például súlyos csonkító műtétnek magát alávetni, vagy hosszan tartó és nagyon kellemetlen kezelést (például citosztatikus kezelést vagy kemoterápiát) végigcsinálni, ha tudja, hogy élete a tét, és éveket nyerhet a kezelés sikerével. Így ez az érv azt hangsúlyozza, hogy a beteg őszinte felvilágosításával jobb együttműködés érhető el, tájékoztatás nélkül pedig a beteg nem tudja, hogy a gyógyszerek nem kellően fegyelmezett szedésével milyen súlyos veszélynek teszi ki magát.

2. Ha a beteg őszinte tájékoztatása elmarad, ez anyagilag is súlyosan károsíthatja őt kétféleképpen is. Egyrészt – mivel úgy tudja, hogy állapota nem gyógyíthatatlan, és ugyanakkor gyógyulást nem tapasztal – költséges és hiábavaló kezeléseket próbálhat meg (más orvost keres fel, természetgyógyászhoz fordul, külföldre megy stb.). Így az állapotát nem ismerő beteg anyagilag mások által kihasználható. Másrészt sokféle anyagi természetű döntést másképpen hoz meg valaki, ha tudja, hogy mennyi ideje van még hátra. Például egy vállalkozó, aki jelentős kölcsönöket vesz fel, hogy finanszírozni tudjon egy hosszú távon biztosan nyereséges vállalkozást, nem venné fel ezt a kölcsönt, ha tudná, hogy a vállalkozást csak elkezdeni lesz ideje, és a tetemes kölcsön visszafizetésével már a családja lesz kénytelen kínlódni, akiknek a vállalkozásba befektetett pénz lett volna megélhetésük egyetlen forrása. Így az igazság elhallgatása esetén a beteg családját is súlyos kár érheti[22].

3. Az élet szükségszerű velejárója a halál. Senkitől nem szabad elvenni azt a lehetőséget, hogy a halála előtt áttekinthesse az életét és elrendezze a dolgait (például végrendeletet írjon, kibéküljön a családtagjaival stb.[23]) Ez nem vallásos emberekre is igaz, hívő kereszténységeknek ugyanakkor például egyenesen kötelességük, hogy lelkileg felkészüljenek a halálra, de ehhez annak közeledtéről tudniuk kell[24].

4. Arra is rá szoktak mutatni, hogy még ha a kegyes hazugság elméletileg indokolható lenne is, a gyakorlatban több a kára, mint a haszna, mert széles körű elterjedése szándékával éppen ellentétes eredményre vezet. A diagnózis és a prognózis elhallgatásának az a célja, hogy megkímélje a beteget a kétségbeeséstől. Ha azonban az ilyen hazugság általánosan elterjedtté lesz, vagyis gyakorlattá válik, akkor az orvosok szavahihetősége elvész. A betegek ugyanis ilyenkor tudják, hogy az adott országban az a gyakorlat, hogy nem mondják meg a halálos betegség diagnózisát. Ezért súlyos betegség gyanújakor a beteg nem nyugszik meg majd, ha orvosa azt mondja neki, hogy nincs oka az aggodalomra, mert tudja, hogy az orvos akkor is ezt mondaná, ha állapota reménytelen lenne. Ez azzal a hátránnyal is jár, hogy nemcsak a valóban halálos betegek nem nyugszanak meg az orvos megnyugtatónak szánt diagnózisában, hanem az őket számban felülmúló hipochonderek sem, mivel azt gondolják, hogy valójában halálos betegek, és ezt az orvos csak azért nem erősíti meg, mert ilyenkor a jótékony hazugság eszközéhez folyamodik[25]. Az érv lényege tehát az, hogy a jótékony hazugság elterjedtté válásával elvész az orvosok szavahihetőségébe vetett bizalom, és így ahelyett, hogy a reménytelen állapotúaknak segítene, sem őket, sem az egészséges hipochondereket nem tudja megnyugtatni. Így ez az érv a hazugság hosszú távú hátrányos következményeire mutat rá.

5. További érv, hogy a hazugság nemcsak hosszú távon hátrányos, hanem rövid távon is az, egyszerűen azért, mert egy mai, nyitott társadalomban következetesen hazudni a betegnek lehetetlen, a hazugság nagyon gyorsan lelepleződik. Ha ugyanis a beteg betegsége valóban rossz prognózisú, akkor állapota folyamatosan romlani fog. Így ha ideig-óráig el is hiszi – mert nagyon szeretné elhinni – az orvos meg-

nyugtatónak szánt diagnózisát, az igazságot előbb utóbb saját teste, saját egyre romló állapota fogja közölni vele. Ráadásul az egyre romló állapot az orvos optimista prognózisának az ismeretében a beteg számára nem lesz érthető. Emiatt a beteg esetleg más szakembert is megkeres panaszával. Még ha fel is tételezzük (ami valószínűtlen), hogy mindenki, akit a beteg megkeres, tartani fogja magát a kegyes hazugság elvéhez, akkor is nyilván mindenki mást fog hazudni a betegnek, hiszen az sokszor nem közli, hogy az előző orvos mit mondott neki. Az egymásnak ellentmondó hazugságokból azután a beteg, ha nem is tudja kikövetkeztetni az igazat, arra biztosan rájön, hogy senki nem őszinte vele. Az így kialakuló bizonytalanság és balsejtelmek pedig sokkal elviselhetetlenebbek lehetnek, mint a tapintatosan közölt biztos diagnózis. Nem szabad elfelejteni, hogy a legtöbb beteg – súlyos betegsége hatására – sajátos lelkiállapotba kerül. Fájdalmai, panaszai miatt szinte kizárólag egészségével foglalkozik, és ez sokszor az iskolázatlan beteg számára is igen gyorsan az igazság (a súlyos, esetleg gyógyíthatatlan állapot) felismeréséhez vezet. Számos adat mutat arra, hogy nagyon sok beteg pontosan tisztában van reménytelen állapotával, még akkor is, ha orvosai ezt előle titkolni igyekeznek. Ez még egészen kicsi gyerekekre is igaz. (POLCZ ALAINE említi például annak a tízéves, nagyon szegény családból származó leukaemiás kisfiúnak az esetét, aki többszöri, hosszú ideig tartó kórházi kezelése alatt halálról senkivel nem beszélt, és állapotáról látszólag semmit nem tudott. Halála után találták meg azt a kis dobozt, amelyben pénzét tette félre a következő cédulával: „Ezt a pénzt a temetésemre gyűjtöttem”[26].) Több más példa is van arra, hogy 5–6 éves gyerekek is megsejtik halálos betegségüket, noha ezt senki nem mondta meg nekik[27]. Az, hogy ezen a legtöbb szülő meglepődik, annak tudható be, hogy a szülők, az orvosok nem „hallják” meg a gyermek ilyen irányú közléseit, elfojtják vagy elhárítják azt[28]. POLCZ ALAINE anyagában még 15 éves értelmi fogyatékos kislány is szerepel, aki megsejtette saját halálos betegségét[29]! Természetesen felnőttekkel még sokkal gyakrabban megesik, hogy látszólag semmit nem tudva állapotuk súlyosságáról elhitetik kezelőorvosukkal, hogy elfogadták kegyes hazugságát. Haláluk után azután a hozzátartozók megtalálják feljegyzéseiket, naplójukat, amelyből kiderül, hogy a beteg végig mindent tudott, pontosan tisztában volt állapota reménytelenségével, csak „belement a játékba”, mert nem akarta orvosai, hozzátartozói helyzetét megnehezíteni[30]. A betegek nemcsak azért sejtik meg az igazságot, mert romló testi állapotuk azt előbb-utóbb tudomásukra hozza, hanem azért is, mert az állapota miatt különben is érzékenyen figyelő beteg hozzátartozói megváltozott viselkedéséből gyorsan kiolvassa, hogy komoly betegsége lehet. A legtöbb hozzátartozó nem tud olyan jól színészkedni, hogy tartósan fenn tudja tartani az őt jól ismerő beteg előtt a jókedv látszatát[31].

Összefoglalva tehát ezen érv szerint a halálos betegek mindenképpen ismerik állapotuk súlyosságát. Vagy a hozzátartozók megváltozott viselkedéséből olvassák ki azt, vagy a különböző egészségügyi szakemberek egymásnak sokszor ellent-

mondó kegyes hazugságaiból. Az is előfordul, hogy a gyanakvó és ezért nyomozó beteg egy bőbeszédű műtősfiú vagy takarítónő elejtett megjegyzéséből tudja meg az igazat. Végül pedig minden betegnek biztosan megmondja az igazat saját teste, saját egyre romló testi állapota. Választani tehát nem aközött lehet, hogy megtudja-e a beteg az igazat vagy sem, hanem aközött, hogy kulturált körülmények között, tapintatosan, kezelőorvosától jut-e a tudomására, akiben bízik, és aki érzelmi támogatást is biztosítani tud a számára, vagy pedig mások elejtett megjegyzéseiből, egy megtalált leletből, az őt körülvevő titkolódzásból, hozzátartozói megváltozott viselkedésének apró jeleiből kell megtudnia az igazat, érzelmileg magára hagyva, úgy hogy egyedül kell megbirkóznia annak minden terhével. Ilyenkor azonban a beteg ráébred, hogy becsapták, hogy sem az orvosa, sem a hozzátartozói nem voltak őszinték vele. További bizalma bennük elvész, kérdezni tőlük nem tud, hiszen nem tudja megítélni, hogy a válaszokban mennyi lesz az igazság és mennyi a megnyugtatásnak szánt hazugság. Ezért ennek az útnak a végén a teljes izoláció, az elmagányosodás áll, és ez éppen akkor következik be, amikor a betegnek a legnagyobb szüksége lenne mások segítségére.

6. E szempontok már átvezetnek az őszinte betegtájékoztatás melletti legfontosabb érvhez: ha a beteg előtt titkolódznak, akkor ez akadályozza a beteg és a kezelőszemélyzet, illetve a beteg és a rokonai közötti őszinte kommunikációt, aminek eredménye a beteg izolálódása, egyfajta kommunikációs zárlat létrejötte a beteg körül. Egy súlyos betegség során, amikor mindenkiben felvetődik a halál lehetősége, a beteg érzelmi igényei megnőnek. Félelme, szorongása arra készteti, hogy erről megpróbáljon valakivel beszélni. Ha azonban vele szemben a jótékony hazugság politikáját folytatják, akkor sem az orvosok, sem a hazugságba beavatott hozzátartozók nem lesznek hajlandók a beteggel halálfélelméről komoly beszélgetést folytatni. Iyen irányú közléseit elutasítják, „meg sem hallják”, vagy pedig felületes tréfálkozással ütik el. Mindez természetesen a beteget nem nyugtatja meg, viszont végtelenül magányossá teszi. A rokonok, a kezelőszemélyzet őszinte kommunikációt elutasító magatartása arra kényszeríti, hogy életének egyik legnehezebb szakaszában, amikor saját halálának közeli lehetőségével kénytelen szembesülni, a problémáival teljesen egyedül küzdjön meg. Látszólag senki nem veszi félelmeit komolyan, hiszen halálfélelmét megalapozatlannak igyekeznek feltüntetni („Ne beszéljen butaságokat!”, szokták elütni a beteg ilyen jellegű megjegyzéseit), és mivel egy súlyos állapotú beteggel hosszabb ideig négyszemközt maradva előbb-utóbb szükségszerűen a beteg félelmeire terelődne a szó, gyakran megfigyelhető, hogy az ilyen betegeket a kezelőszemélyzet elkerüli, nagyvizitnél kihagyják a szobáját stb. Mindez rengeteg felesleges szenvedést jelent a beteg számára, megfosztja az egyetlen lehetőségtől, amely a halálfélelmet enyhíteni tudná: a másokkal való őszinte kommunikáció lehetőségétől.

7. A beteg és a hozzátartozók közötti őszinte kommunikáció nemcsak a beteg érdeke. Számos vizsgálat megerősíti, hogy ez fontos a beteget körülvevő rokonoknak is. Egyrészt az őszinteség csökkenti a hozzátartozók terheit, nem kell többé elfojtaniuk a beteg előtt kétségbeesésüket, nem kell alakoskodniuk. Másrészt a haldoklóval való beszélgetés a haldoklótól való „egészségesebb" búcsúzást tesz lehetővé, és ez abban is segíti a túlélőket, hogy gyászreakciójuk normális legyen, és ennek feldolgozatlansága miatt ne alakuljon ki náluk lelki károsodás[32]. A nem megfelelő gyász később neurotikus túlféltést, szorongást okozhat a túlélőkben[33].

Egy hozzátartozó halála után sokszor alakul ki a közeli rokonokban bűntudat, lelkiismeretfurdalás is. Ez még nagyobb lehet akkor, ha a rokonok a halottal haragban voltak. („Úgy halt meg az anyám, hogy haragudott rám.") A terminális beteggel való őszinte beszélgetések így nemcsak a betegnek előnyösek, de felszabadító hatásúak lehetnek a túlélők számára is. Kiderülhet, hogy a haldokló a régi sérelmeket már elfelejtette, környezetével, haragosával már kibékült stb. Mindenesetre sok félreértés tisztázódhat az őszinte beszélgetések folyamán, és ez a túlélők lelki egészsége szempontjából is döntő jelentőségű[34].

8. Nem szabad elfeledkezni az őszinte tájékoztatás egészségnevelő szerepéről sem. A titkolódzás, a kegyes hazugság bizonyos betegségek prognózisát illetően sajátos optikai csalódást is létrehozhat. Például a rosszindulatú daganatok közel 50%-a – időben felfedezve – gyógyítható. Nem sokkal jobb a szívinfarctus prognózisa sem, a közgondolkodás a szívinfarctust mégsem tartja halálos betegségnek, a rákot viszont igen. Ennek a jelenlegi tájékoztatási gyakorlat is oka lehet: a szívinfarctus diagnózisát általában a betegnek is megmondják, majdnem mindenki ismer olyan embert, akinek infarctusa volt és felgyógyult belőle; ha viszont valakinek operálható rosszindulatú daganata van, mely a gyógyulás reményével kecsegtet, akkor ezt a betegnek általában nem mondják meg, és sokszor a hozzátartozóknak sem. Ilyenkor az orvos kétértelmű kifejezéseket használ („ciszta", „jóindulatú daganat, amely, ha nem műtjük meg, elfajulhat" stb.), mely a beteget a műtétbe való beleegyezésre ösztönzi, és meggyógyulva soha nem fogja megtudni, hogy rákból gyógyult fel. Miközben tehát a rákból felgyógyult betegekről legtöbbször sem a beteg, sem a hozzátartozói nem tudják, hogy a beteget rákból gyógyították ki, addig ha valaki már nem gyógyítható rákban szenved, azt a hozzátartozóknak megmondják. Így tehát mindenki hall rákban meghalt emberekről, de rákból gyógyult emberekről csak a legritkább esetben. Így segít ez a gyakorlat kialakítani azt az optikai csalódást, hogy a rák gyógyíthatatlan betegség.

A KEGYES HAZUGSÁG MELLETTI ÉRVEK GYENGESÉGEI

A rákos betegek őszinte tájékoztatása melletti érvek áttekintése után jobban meg tudjuk ítélni a jótékony hazugságot indokló érvek gyengeségeit.

A hazugság melletti legfontosabb érv az volt, hogy a beteg a közeli halál gondolatát nem viseli el, és ettől depressiós lehet vagy öngyilkosságba menekülhet. Láttuk azonban, hogy a betegben legtöbbször akkor is feltámad a gyanú saját betegsége gyógyíthatatlanságáról, ha ezt vele senki nem közölte. Így választani legtöbbször nem aközött kell, hogy megismerje-e a beteg saját betegsége súlyosságát vagy sem, hanem aközött, hogy a beteg az ezzel járó félelmével, szorongásával egyedül maradjon-e, és egyedül legyen kénytelen velük megbirkózni, vagy kapja meg azt a segítséget, amit őszinte közlés után fel lehet neki ajánlani: az orvos, a pszichológus figyelmét és segítségét, a hozzátartozókét, a betegtársakét, a kórházi lelkészét stb. Mindebből az is látható, hogy nemcsak attól lehet a beteg öngyilkos, hogy őszintén közlik vele betegsége diagnózisát, hanem attól is, ha ezt nem közlik vele, és így bizonytalanságban tartják, és képzelete esetleg a jövőt és a rá váró szenvedéseket a valóságosnál sötétebb színekkel festi le. Bár minden orvosnak van egy története arról, hogy a gyógyíthatatlan betegség diagnózisának a közlése után a beteg öngyilkos lett, valójában semmiféle olyan empirikus vizsgálat nem áll rendelkezésre, amely azt bizonyítaná, hogy az őszinte tájékoztatás gyakorlatát folytatva nagyobb lenne a betegek öngyilkossági gyakorisága[35]. Nem szabad elfelejteni azt sem, hogy öngyilkosságot nemcsak az őszinte közlés, hanem annak hiánya is provokálhat, hiszen a beteg a bizonytalanságot sokszor nehezebben viseli el. Az is előfordul, hogy az igazságot a beteg véletlenül tudja meg egy segédápolónő elejtett megjegyzése nyomán, egyáltalán nem tapintatos formában[36].

Az őszinte tájékoztatás következtében esetleg mégis bekövetkező öngyilkosság önmagában azért sem szól az őszinte tájékoztatás ellen, mert okozhatta az is, hogy a beteget érzéketlenül, esetleg brutálisan tájékoztatták. Így az ilyen öngyilkosság nem a nem megmondás mellett érv, hanem a jobban megmondás, a kíméletesebben megmondás mellett[37]. A kérdést hagyományosan úgy szokták feltenni, hogy: „Kibírja a beteg, ha megmondják neki az igazat?" Ehelyett azonban a kérdést így is fel lehet tenni: „Kibírja a beteg, ha titkolódznak előtte és bizonytalanságban tartják?"[38]

Összefoglalva tehát az az érv, hogy a kegyes hazugság jobb, hasznosabb a betegnek, mint az őszinte tájékoztatás, nem helytálló. A hazugság miatt a beteg körül kialakuló kommunikációs zárlat, a beteg ezt követő izolálódása és bizonytalansága, amelyben mindig ott van a halálfélelem, sokkal több szenvedést okozhat neki, mint a tapintatos tájékoztatás és az azt követő folyamatos, őszinte és segítő kommunikáció. A másik érv, amely szerint az orvos legtöbbször maga sem biztos a diagnózisban, a prognózist illetően pedig még sokkal nagyobb a bizonytalansága, helytálló ugyan, de ebből még nem következik, hogy a betegnek semmit nem kell ebből elmondani. Az őszinte orvos–beteg kommunikáció lényeges eleme ugyanis az, hogy az orvos feltárja saját tudása korlátait, a medicina inherens bizonytalanságait is. Ezt sok orvos nem szívesen teszi meg, mert fél a beteg bizalmának az elvesztésétől. Valójában azonban a beteg bizalma nem attól rendül meg, ha az orvos bevall-

ja bizonytalanságát és tudásának korlátait, hanem attól, ha olyan mindentudást színlel, amely a gyakorlatban szükségszerűen és rövid idő alatt megcáfolódik.

Az őszinte orvos–beteg kommunikáció csak annyit követel, hogy az orvos mondja el a betegnek azt, amit tud, lehetőleg a beteg számára érthető módon, nem takarva el az orvostudományból kiküszöbölhetetlen bizonytalanságot sem. Ez egyébként rossz prognózisú betegségeknél inkább az orvos segítője, mert ez azt jelenti, hogy az orvos általában nincs abban a helyzetben, hogy megmondja, hogy például mennyi ideje van a betegnek még hátra. Mivel az egyéni különbségek a betegek között nagyok, ezért ennek hangsúlyozása – ami az igazságnak teljes mértékben megfelel – segíthet fenntartani a beteg számára az utolsó pillanatig fontos reményt.

A tájékoztatás elleni harmadik érv, amely szerint – bármit mondjanak is a vizsgálatok a betegek tudatos kívánságairól – tudat alatt senki sem kívánja hallani saját közeli halálának diagnózisát, hanem lelke mélyén megnyugtatásra vágyik, nem elfogadható. Vizsgálatok szerint csak a betegek mintegy 15–25%-ára igaz, hogy noha őszintén tájékoztatták őket, utána azt állították, hogy az nem történt meg. Esetükben ezért feltételezhető, hogy az elhárítás, a tagadás pszichológiailag jól ismert mechanizmusa szorította ki tudatukból a korábbi informálás tényét, vagyis lelkileg még nem álltak készen az őszinte tájékoztatás elfogadására. Azonban – ahogy ezt KÜBLER-ROSS vizsgálataiból tudjuk – még ezek a betegek is később túljuthatnak ezen a szakaszon, és képesek lehetnek a valósággal való szembenézésre. Mindez azonban, mint láttuk, csak a betegek kb. egynegyedére igaz. A többi – úgy tűnik – nemcsak mondja, hogy őszinte tájékoztatást akar kapni orvosától, hanem lelke mélyén, tudat alatt is erre vágyik[39].

MIÉRT OLYAN ELTERJEDT A KEGYES HAZUGSÁG GYAKORLATA A MEDICINÁBAN?

Erre a kérdésre empirikus vizsgálatok során a gyakorló orvosok úgy szoktak válaszolni, hogy klinikai tapasztalataikra hivatkoznak, amely szerintük igazolja a kegyes hazugság gyakorlatának hasznosságát. Azonban már OKEN 1961-es vizsgálatai kimutatták, hogy az orvosok gyakorlata e tekintetben nem függött tapasztaltságuktól, vagyis a kezdő orvosok éppúgy a kegyes hazugság gyakorlatát alkalmazták, és ezt igazolandó éppúgy klinikai tapasztalataikra hivatkoztak, mint idős, tapasztalt kollégáik[40]. Tapasztalatra megalapozottan csak akkor lehet hivatkozni, ha valaki nagyszámú betegen kipróbálta mind az őszinte közlés, mind a kegyes hazugság gyakorlatát, és az utóbbit kedvezőbbnek találta az előbbinél. A klinikai tapasztalatukra hivatkozó orvosoknak azonban OKEN vizsgálatában mindössze 14%-a számolt be arról, hogy próbálkozott az őszinte közléssel is[41]. Ezek a vizsgálatok arra

utalnak, hogy az orvosok a gyakorlatban nem racionális megfontolások, nem a klinikai tapasztalat alapján, hanem inkább érzelmi okokból követik a nem megmondás gyakorlatát. (Ezt az is bizonyítja, hogy míg OKEN 1961-es vizsgálatában az orvosok a klinikai tapasztalatra hivatkoztak a nem megmondás gyakorlata mellett, addig NOVACK 18 évvel későbbi vizsgálatában az akkor már széles körben elterjedt nyílt tájékoztatás gyakorlatát az orvosok szintén klinikai tapasztalataikra hivatkozva alkalmazták[42].)

Ugyanakkor az orvosi gyakorlatban egy sajátos kettős standard is érvényesül. A megkérdezett orvosok kb. 60%-a ugyanis szeretné, ha neki megmondanák az igazat, ha majd gyógyíthatatlan betegségben szenved („Én azok közé tartozom, akik el tudják viselni az igazságot" – szólt az indoklás), ugyanakkor OKEN vizsgálatai azt mutatták, hogy az orvosok beteg kollégáiknak sem mondták el gyakrabban az igazságot, mint laikusoknak[43]. Látható tehát, hogy mind a laikusok, mind az orvosok túlnyomó többsége szeretné, ha gyógyíthatatlan betegségéről őszintén tájékoztatnák, ugyanakkor az orvosok többsége ezt a tájékoztatást nem volt hajlandó megadni, vétve ezzel a bibliai aranyszabály ősi elve ellen is: „Ne tedd másokkal azt, amit nem kívánsz, hogy veled cselekedjenek!" Az ellentmondásos gyakorlat okai számos vizsgálat szerint nem annyira erkölcsiek, mint inkább pszichológiaiak, és az orvosok az átlagost meghaladó, fel nem dolgozott halálfélelmében keresendők.

Az orvosok fel nem dolgozott halálfélelmének hatása az orvos–beteg kapcsolatra. Bár azt gondolnánk, hogy az orvos, aki hivatásánál fogva mindennapos kapcsolatban van a betegségekkel és a halállal, érzelmileg felvérteződik ezek ellen, valójában az ellenkezője az igaz. A vizsgálatok az orvosoknak a betegségekkel és különösképpen a halállal kapcsolatos, átlagosnál nagyobb szorongását mutatták ki. Gyakran már az orvossá válás motívumai között is szerepel a betegségtől és a haláltól való fokozott félelem. Gyerekkori súlyos betegség után nem ritkán választja valaki felnőttként az orvosi hivatást, aminek oka, hogy öntudatlanul is úgy érzi, az szinte mágikus védelmet nyújt számára a betegségek és a halál ellen[44]. Orvosok vonakodása a saját betegségükkel való szembenézéstől jól dokumentált jelenség. Saját betegségükkel gyakran nem törődnek, később keresnek fel vele szakembert. Sok orvos még laikus számára is evidens rákos betegségében is egy alternatív öndiagnózishoz ragaszkodik. Mindez arra utal, hogy orvosokban az elhárítás és a tagadás énvédő mechanizmusa nagyon erős, aminek oka az átlagost meghaladó szorongásuk a betegséggel és a halállal szemben[45].

Vizsgálatok szerint a haldoklók kevésbé félnek a haláltól, mint az egészségesek. Ugyanakkor az orvosok halálfélelme erősebb az átlagos egészséges populációénál, így értelemszerűen az orvos sokkal jobban fél a haláltól, mint a legtöbb haldokló. Orvostanhallgatók jobban félnek a haláltól, mint a laikusok, de kevésbé, mint az orvosok. Mindez arra utal, hogy az orvosoknak az átlagot jelentősen meghaladó halálfélelme a halállal való rendszeres találkozás eredménye[46].

Akinek saját magának nagy probléma a halállal való szembenézés, az betegével sem tud erről nyugodtan beszélni. Mindezek alapján tehát úgy tűnik, hogy a haldoklókat körülvevő titkolódzás, elhallgatás és a kegyes hazugság gyakorlatának igazi oka az, hogy az orvosok kivetítik, projiciálják saját intenzív halálfélelmüket gyógyíthatatlan betegeikre. Azt gondolják, hogy azok nem lennének képesek a halálról beszélni, holott valójában ők maguk éreznék az ilyen beszélgetést elviselhetetlenül kényelmetlennek. KÜBLER-ROSS például, amikor elkezdett haldoklókkal foglalkozni, a kórházi orvosok heves ellenállásába ütközött. Az orvosok azt állították, hogy az ő osztályukon nincs olyan gyógyíthatatlan beteg, aki erről hajlandó lenne beszélni. KÜBLER-ROSS ezután pusztán végigsétálva az osztályon rögtön talált olyan haldoklót, aki nagyon szívesen beszélt neki szorongásairól, és panaszkodott, hogy az orvosok alig törődnek vele, mióta haldoklik[47].

Az orvosok titkolódzó viselkedése úgy értelmezhető tehát, hogy az saját halálfélelmükből ered. Amikor az orvos azt állítja, hogy a haldokló beteg nem akarja tudni az igazat, akkor voltaképpen ezt azért látja így, mert öntudatlanul elhárítja a beteg ilyen jellegű igényére utaló jelzéseket, és igyekszik elkerülni az ilyen jellegű beszélgetéseket[48]. Ezzel magyarázható, hogy az orvosok elkerülik a haldoklókat, és ha mégis beszélgetnek velük, igyekeznek kikerülni a halál témáját, és felületes csevegéssel vagy ügyetlen tréfálkozással igyekeznek elütni a kérdést[49]. Úgy tűnik tehát, hogy valójában nem annyira a beteg érdeke a kegyes hazugság, mint inkább az orvosoké, illetve a kezelőszemélyzeté. Nemcsak azért van ez így, mert ezáltal megmenekülnek egy számukra érzelmileg megterhelő probléma kezelésétől, a saját halálukkal való szembenézéstől, hanem azért is, mert így a kórház bürokratikus rendje megmenekül azoktól a terhektől is, melyet a haldoklók érzelmi vezetése jelent. Haldoklókkal foglalkozni ugyanis érzelmileg nagyon megterhelő, az ilyen beteg sír, vádaskodik, és mindenképpen megzavarja a kórház mindennapi rutinját. Kényelmesebb tehát a beteg közeli halálának a tényét látszólag nem figyelembe venni, ilyen irányú kérdéseit tréfával elütni, mint igazi kommunikációt folytatni vele. A nem megmondás a gyakorlatban végül odavezet, hogy szinte egyáltalán nem beszélgetnek a haldoklóval, aki így teljesen magára marad[50]. Pszichológiailag tehát – noha az orvos és a kezelőszemélyzet számára könnyebb a haldoklónak hazudni, mint megmondani neki az igazat[51] – az igazság megmondása az egyetlen elfogadható út, hiszen a betegnek egyértelműen az őszinte kommunikáció az érdeke.

NÉHÁNY KÖVETKEZTETÉS

Az érvek és ellenérvek áttekintése után úgy tűnik, hogy bár az igazság eltitkolása a gyógyíthatatlan beteg elől az orvos és a kezelőszemélyzet számára kevésbé megterhelő, mert ilyenkor a beteg kevésbé zavarja meg a kórházi rutint, s az orvosnak sem kell szembenéznie a haldokló beteggel való kommunikációja során saját

feldolgozatlan halálfélelmével, mégis, mindez nem szolgálja a beteg érdekét. Mindezek alapján ma világszerte elterjedőben van az a vélemény, hogy a gyógyíthatatlan betegek tájékoztatása során az igazság megmondására, az őszinteségre kell törekedni, és ezért a megmondás kapcsán az igazi kérdés ma már nem a „megmondani vagy nem megmondani", hanem inkább a „hogyan megmondani" kérdése. Így az is nyilvánvalóvá lesz, hogy maga a megmondás sem egyszeri aktus, nem afféle kinyilatkoztatás az orvos részéről, hanem inkább az őszinte, hiteles orvos–beteg kommunikáció része, így nem is „megmondás", hanem inkább az orvos és a beteg között folyamatosan zajló őszinte párbeszédek sorozata, amelynek során feltárulnak a beteg valódi igényei, teherbíró képessége, az, hogy mennyire kész lelkileg az igazság elfogadására, és eme párbeszéd során feltárul természetesen az orvos segíteni akarása, odafigyelése, sokszor bizonytalansága is. Mielőtt azonban a gyógyíthatatlan betegek tájékoztatásának technikai részleteibe belemennénk, röviden át kell tekintenünk a modern halálkutatás-tudomány (tanatológia) néhány fontosabb megállapítását a meghalás folyamatával kapcsolatban.

A HALDOKLÁSI FOLYAMAT

A modern tanatológia megalapítója, ELISABETH KÜBLER-ROSS kutatásai óta tudjuk, hogy a halálos betegség fennállásának közlésétől a beteg haláláig terjedő időszak pszichológiailag 5 stádiumra osztható. Ezek ismerete azért fontos, mert mindegyik szakasz más feladatokat ró a haldoklóval foglalkozó számára.

Első fázis – elutasítás és izoláció. A beteg első reakciója arra a hírre, hogy gyógyíthatatlan beteg, általában dermedt, shockos állapot, majd ahogyan ez megszűnik, és a beteg kezdi összeszedni magát, a tipikus reakció az, hogy „Nem, ez nem lehet igaz"[52]. A beteg ilyenkor egyszerűen nem hiszi el, hogy halálos beteg, és ezt sokféleképpen racionalizálhatja. Azt gondolja például, hogy biztosan összecserélték a leleteit egy másik betegével, vagy az orvos tévesen értelmezte azokat stb. Ez a reakció néhány naptól hosszú hónapokig eltarthat, és olyankor különösen erős, ha a beteget az állapotáról túl gyorsan, esetleg idő előtt világosították fel[53]. Az igazság e kezdeti elutasítása pszichológiailag fontos védekező mechanizmus. Lehetővé teszi a beteg számára, hogy a kezdeti shockos állapotból kikerüljön, összeszedje magát, és egy kis időt nyerve hozzászokhasson egy radikálisan új élethelyzethez. Ily módon az elutasítás előkészíti a valósággal való későbbi szembenézést és végül annak elfogadását[54]. Később is előfordul, hogy a beteg mintegy visszacsúszik kezdeti, elutasítási fázisába. Ez úgy jelentkezik, hogy néha úgy tűnik, mintha az igazságról őszintén tájékoztatott beteg az igazságnak egyáltalán nem lenne tudatában. A beteg oda-vissza mozoghat a valósággal való szembenézés és az elutasítás, a valóság elfogadása és tudomásul nem vétele között. Mindez az orvos számára is fon-

néha tréfálkozik is, jobban érzi magát, megkíván újra ételt, italt, amit általában nem tud elfogyasztani, új tervei vannak, melynek megvalósításához már nincsen ereje[56].

Negyedik fázis – depressio. Az előző stádium relatív optimizmusát hamar felváltja az elkeseredés, a depressio. A beteg fél a haláltól, szorong az ismeretlentől, emlékek jutnak eszébe, élete boldog eseményei, amelyektől most már végérvényesen és örökre el kell búcsúznia. Néha sír, kétségbeesés, reménytelenség, sokszor heves bűntudat és önvádlások jellemzik a hangulatát[57].

Ötödik fázis – belenyugvás, elkülönülés. Nem azonos a boldogsággal. Szinte érzelemmentes stádium[58], a haldokló megnyugszik, sorsával kibékül. Ilyenkor több segítségre van szüksége a beteg családjának, mint magának a betegnek, különösen azért, mert ennek a szakasznak a végét a haldoklónak a világtól való elkülönülése jellemzi. Érdeklődése beszűkül, nem kíván látogatókat fogadni, sokszor nem kíván beszélni sem[59]. Ez sokszor nehéz a hozzátartozóknak, akik még nem tudták elfogadni, hogy a beteg meg fog halni, még harcolnának, újabb és újabb beavatkozásokat szeretnének, miközben a beteg már lelkileg elkészült a halálra.

A haldoklás öt stádiumán nemcsak a haldokló, de hozzátartozói is keresztülmennek, és különösen sok gondot okoz, amikor nem egy időben kerülnek ugyanabba a stádiumba. Mint láttuk, a haldokló már lelkileg készen állhat a halálra, a hozzátartozók viszont még nem, de a fordítottja is előfordul: a beteg még reménykedik, de a hozzátartozók már lemondtak róla[60]. Az orvosnak is fontos tudnia, hogy a hozzátartozók is keresztülmennek a meghalási folyamat egyes pszichológiai stádiumain, hiszen például a második szakaszra, a düh fázisára jellemző, hogy nemcsak a beteg, de a hozzátartozók is igazságtalanul, támadóan lépnek fel az orvossal szemben. Dühösek lehetnek például az orvosra, mert az nem mondta meg a családnak a halálos diagnózist, de azért is dühösek lehetnek rá, mert megmondta. Így az orvos bármit is tesz, rossznak találhatják[61]. Az is előfordul, hogy a beteg elakad valamelyik stádiumban, például a világra dühösen, hozzátartozóival, orvosaival perlekedve hal meg, vagy esetleg a teljes depressio állapotában éri a halál. Ez a leírt 5 szakasz egyfajta „ideált" jelöl, hiszen az ideális az, ha a haldokló megnyugodva, a világgal, a sorssal kibékülve tud meghalni.

A haldoklás stádiumainak az ismerete nagy segítség ahhoz, hogy a gyógyíthatatlan betegek felvilágosításának mikéntjéről néhány megállapítást tegyünk.

A GYÓGYÍTHATATLAN BETEG FELVILÁGOSÍTÁSÁNAK MÓDJA

A gyógyíthatatlan betegek felvilágosításakor az alapelv az, hogy az orvos törekedjen őszinteségre, nyíltságra az orvos–beteg kapcsolatban, mert csak az őszinte

kommunikáció hiteles, csak így tartható meg hosszú távon is az orvos iránti bizalom, és csak ez tartja tiszteletben a beteg önrendelkezési jogát. Az alternatív megközelítés, a kegyes hazugság gyakorlata sérti a beteg önrendelkezési jogát, nagyon sok hazugsággal jár, azzal, hogy a beteg helyett mások döntenek (például beleegyezése nélkül megszüntetnek bizonyos kezeléseket), noha az összes orvosi beavatkozást illető döntésre a beteg lenne jogosult. Mindez – túl azon, hogy a beteg szabadságjogainak a megsértése – alárendelt helyzetbe hozza őt, és infantilizálja[62]. Az őszinte tájékoztatás elkerülése rendkívül ritka egyedi esetekben erkölcsileg indokolt lehet ugyan, ezt azonban jogilag nem szabad megengedni (a magyar jog sem engedi meg), és ha egy orvos a nem informálás mellett dönt, azt a polgári engedetlenség egy formájaként teheti csak meg. Így tehát a szabálynak annak kell lennie, hogy mindig informálni kell a beteget, és ha ettől egy orvos eltekint, az – noha törvényellenes – lehet etikailag indokolt, de ilyenkor az orvoson van az erkölcsi bizonyítás terhe, hogy miért mulasztotta el a tájékoztatást[63]. A nem tájékoztatás etikailag elfogadható lehet például akkor, ha az orvosnak világos és egyértelmű bizonyítéka van arra, hogy a tájékoztatás hatására a beteg öngyilkosságot követne el, vagy például a klinikailag súlyos depresszióban szenvedő beteg éppen egy depressziós periódusának a mélypontján van. Ilyenkor célszerű lehet elhalasztani a tájékoztatást addig, amíg a beteg az igazság elviseléséhez megfelelőbb állapotba kerül[64]. Ezek azonban rendkívül ritka esetek, és így nem változtatnak a fő szabályon: a beteget mindig tájékoztatni kell, ha ő ezt akarja. Hogyan lehet azonban megállapítani, hogy a beteg akarja-e a tájékoztatást vagy sem? A mai elszemélytelenedett világban az orvos ritkán ismeri annyira a betegét, hogy viselkedéséből egyértelműen meg tudná ítélni, akarja-e a tájékoztatást. Ezért célszerű az első orvos–beteg találkozáskor a beteggel egyfajta „szerződést” kötni. Nyíltan meg kell kérdezni tőle, mennyire óhajtja majd a vizsgálatok során az őszinte tájékoztatást annak eredményeiről, mennyire óhajt bekapcsolódni az állapotát érintő orvosi döntésekbe stb.[65] Ez az orvos számára egyértelművé teszi a beteg ilyen irányú kívánságát, és ez sokkal megnyugtatóbb, mintha a beteg viselkedéséből próbálná meg kiolvasni, mennyi tájékoztatást is akar az tulajdonképpen. Még ha a beteg kezdetben a nem tájékoztatás mellett döntött is, később, a vizsgálatok során többször fel kell ajánlani, hogy az orvos válaszol a beteg bármely kérdésére, ha az akarja.

A tájékoztatás sohasem egyszeri aktus, hanem folyamat, az orvos és a beteg közötti dialógusok sorozata. Ez jól egybevág a mindennapi orvosi munka természetével is, ahol nem egyszerre kapja meg az orvos a beteg összes leletét, hanem újabb és újabb vizsgálatokból mozaikszerűen rajzolódik ki a teljes kép. Általában kerülni kell az igazság gyors, hirtelen, egyszerre való közlését, mert ezt a beteg nem mindig tudja elviselni, és sokszor meggyűlöli érte az orvost[66]. Inkább a folyamatos tájékoztatás tűnik megfelelőbbnek, ahol az orvos először közli a beteggel, hogy az állapota súlyos, majd egyre több információt ad, időt hagyva neki, hogy hozzászok-

jék a komoly, esetleg gyógyíthatatlan betegség gondolatához. Eme folyamat alatt a betegen sokszor megfigyelhető az elhárítás, a tagadás védekező mechanizmusa, amikor látszólag nincs tisztában a már elmondott tényekkel sem, és láthatólag nem képes szembenézni betegsége komolyságával. Ilyenkor időt kell hagyni a számára, nem kell megcáfolni őt, nem szabad a nyújtott információ és a viselkedése közötti ellentmondásokra rámutatni. Bár az igazság elmondására kell törekednünk, semmiképpen sem szabad „lenyomni az igazságot a beteg torkán." Nem „megtámadni" kell a beteget az igazsággal, nem az arcába vágni, hanem finoman rá kell őt vezetni, és minden alkalommal csak annyit kell elmondani, amennyit hallani hajlandó[67]. Mindez természetesen nem menti fel az orvost az igazság közlésének terhe alól, csak annak gyorsaságát, a közlés ütemezését befolyásolja. Az igazság közlésének folyamata nagyon hasonlít a jó pszichoterapeuta munkájához. A pszichoterapeuta is végső soron nagyobb önismerethez és önmaga teljesebb elfogadásához segíti a beteget, de általában nem úgy, hogy egyszerűen megmondja a betegnek, hogy ő milyen, hanem inkább segít neki abban, hogy az végül is saját maga ismerje fel az igazságot. Végső soron az igazságot a pszichoterápia során legtöbbször nem is a terapeuta mondja ki, hanem a beteg, a terapeuta szerepe annyi, hogy ezt az önmegismerést segíti. Ahogyan egy pszichoterapeuta nem mondja a betegnek az első találkozás után, hogy például latens homoszexuális, mert ezt a közlést a beteg nem tudná ilyen hirtelen elviselni, hanem inkább arra törekszik, hogy erre a beteg a terápia során fokozatosan, saját maga jöjjön rá, a fokozatosság révén egyre jobban elfogadva saját állapotát, úgy kell segítenie az informálódást az orvosnak is. Ez tehát nem hazugságot jelent, hanem az igazság fokozatos és mind teljesebb megmondását.

Végül is a betegnek a folyamatos és fokozatos tájékoztatás eredményeként a teljes igazságot tudnia kell, ha erre tart igényt. A tapasztalat azt mutatja, hogy a betegeknek segít, ha beszélnek nekik a halálról. Sok beteget, aki a titkolódzás és az izoláció miatt depressiós lett, éppen az őszinte közlés lendített ki ebből az állapotból[68]. A halálról való beszélgetés csak először nehéz. Később egyre könnyebbé válik, és a hozzátartozók és a haldokló is egyre mélyebb érzelmekkel tudnak egymással kommunikálni, mert létrejön közöttük az az érzelmi közelség, amelyet csak a közösen átélt szenvedés képes megteremteni[69]. A betegek legtöbbször örülnek az őszinte beszélgetésnek, és akit tájékoztattak, az később általában hálás ezért[70]. A legtöbb beteg bátran fogadja a diagnózis közlését, és sokan – furcsa módon – nem is lepődnek meg igazán. Az orvos sokszor sokkal jobban csodálkozik a rák diagnózisán, mint maga a beteg. Ennek az az oka, hogy a legtöbb beteg kevés betegséget ismer, és nem szűnő, súlyos tüneteket tapasztalva rögtön rákra gondol, miközben az orvos sok egyéb alternatívát is mérlegel[71]. Fontos azonban, hogy a reményt a betegtől soha ne vegyük el. Ez azonban nem jelent az orvos részéről hazugságot, mert a medicina nem egzakt jellege miatt pontos prognózist az orvos szinte sohasem tud mondani. Mivel ugyanannak a betegségnek a lefolyása külön-

böző embereken más és más, és igen nagyok lehetnek az egyéni különbségek, erre fel kell hívni a beteg figyelmét. A medicinában nagy szerepet játszik a placebohatás is. Ha a beteg hisz a gyógyulásában, ez a gyógyulási esélyeit növeli, mert mozgósítani tudja a beteg erőit. Aki elveszti minden reményét, és feladja, az a tapasztalat szerint gyorsabban meghal[72]. Mindez azonban nem szól a beteg őszinte tájékoztatása ellen, hanem éppen mellette. A betegnek tudnia kell, mekkora a bizonytalanság még az orvosi tudásunkban, és mekkora szerepet játszhat hite, gyógyulni akarása betegsége rosszabbodásának késleltetésében és sokszor a gyógyulásban is. Mindezek alapján tehát az orvosnak őszintén el kell mondania a betegnek, amit tud, de nem szabad többet elmondania annál, mint amit ténylegesen tud. Ezért nem tanácsos konkrétan, számokban megadni a hátralévő évek vagy hónapok számát, mert ezt az orvos általában nem tudja. Ő csak statisztikákat ismer, amelyek viszont nem mondják meg, hogy egy adott beteg meddig fog élni[73]. A beteg tájékoztatására lehetőleg tárgyilagos hangot kell alkalmazni, mert a sajnálattal átitatott közlés távolságteremtő hatású: a beteg és az orvos helyzete közötti különbséget hangsúlyozza[74]. Nagyon fontos, hogy a beteg őszinte tájékoztatását mindig megfelelő érzelmi támogatás kísérje. Egyrészt közölni kell vele, mennyi lehetőség van még állapota javítására, másrészt azt is, hogy az orvos mindig mellette lesz, ha segítségre szorul. Ez a segítség sokszor csak annyiból áll, hogy az orvos hajlandó türelmesen meghallgatni a beteget. Ahogyan CICELY SAUNDERS fogalmaz: Az őszinte orvos–beteg kommunikációnak nem is az a legfontosabb kérdése, hogy mennyit hajlandó az orvos elmondani a betegnek, hanem inkább az, hogy mennyire hajlandó meghallgatni őt! Vagyis nemcsak többet kell megmondani a betegnek, mint eddig, hanem jobban meg is kell hallgatni őt![75]

Lényeges, hogy az orvos elkerülje az igazság megmondásával kapcsolatos ún. legalisztikus megközelítést. Ez azt jelenti, hogy mivel nagyon sok országban a törvény előírja a beteg őszinte tájékoztatását, az orvos – hogy jogilag védje magát – tájékoztatja a beteget. Ezt azonban olyan módon teszi, hogy közli a beteggel a latin nyelvű diagnózist, és az orvosi terminológia bőséges használatával részletesen elmondja a betegnek betegsége lehetséges következményeit. Így betű szerint teljesítette, amit a jogszabály előír, ugyanakkor a beteg általában semmit nem ért meg a bonyolult orvosi szaknyelvből, és éppoly keveset fog tudni állapotáról a „felvilágosítás" után, mint előtte[76]. Ez azért helytelen, mert ilyenkor az orvos csak a saját védelmével törődik, és egyáltalán nem a beteg érdeke lebeg a szeme előtt, akinek sokkal inkább érdeke lenne az őszinte, gyengéd tájékoztatás, mint a kínzó bizonytalanság.

NÉHÁNY GYAKORI DILEMMA

A beteg nem akar tájékoztatást. Néha előfordul, hogy a beteg azt mondja: „Doktor úr, én nem akarok orvosi kérdésekkel bajlódni, maga a szakértő, tegye azt,

amit jónak lát, és ne terheljen a részletekkel!" Ez meglehetősen ritka eset, vizsgálatok szerint kb. a betegek 1–2%-a tartozik ebbe a kategóriába. Az erkölcsi dilemma ilyenkor az, hogy ha az orvos rákot diagnosztizál, meg kell-e mondania ezt ilyenkor a betegnek vagy sem? Az ösztönszerű és evidensnek tűnő válasz az, hogy nem, hiszen a betegnek ugyan joga van az őszinte tájékoztatáshoz, ez azonban semmiképpen sem kötelessége, így nem szabad ráerőltetni az általa nem kívánt információt. Alaposabban megvizsgálva azonban a probléma nem ilyen egyszerű, hiszen vannak esetek, amikor a beteg informálásán mások sorsa is múlik, és ilyenkor néha a beteg kötelessége az információ meghallgatása, hogy mások érdekét is figyelembe tudja venni. Ilyen eset volt például az USA-ban az, amikor egy férfi HIV-tesztet csináltatott, de később jelentkezett az orvosnál, hogy ne értékeljék a leletét, mert meggondolta magát, és többé nem kíváncsi rá. A lelet azonban addigra elkészült, és a beteg HIV-pozitívnak bizonyult. Az orvos ezt mégis megmondta a betegnek, mert úgy gondolta, hogy HIV-pozitív betegnek nem a magánügye, hogy tud-e a betegségéről vagy sem. Tudnia kell róla, hogy vigyázhasson, ne fertőzzön meg másokat, ezért az információ meghallgatása ilyenkor nem pusztán joga, hanem kötelessége is[77]. Hasonló logikával rendeli el a törvény Magyarországon azt, hogy művi abortus előtt az abortusra váró asszony kötelező jelleggel információt hallgasson meg a műtétről, annak alternatíváiról, a nem kívánt terhesség elleni védekezés lehetőségéről stb. A logika itt is az, hogy az abortus a törvény szerint nem egy ember magánügye, hanem egy másik embert is (a magzatot) érint, ezért itt az anyának az informálódásra nemcsak joga van, de az egyben kötelessége is. Ezzel a logikával ezért amellett szoktak érvelni, hogy a beteg kérését, miszerint őt ne informálják arról, ha rákja van, csak akkor kell minden további meggondolás nélkül teljesíteni, ha ez mást lényegesen nem érint. Ha azonban a beteg – nem tudva rosszindulatú daganatáról – olyasmit tehet, amely másoknak káros, és nem tenné, ha tudna betegségéről, akkor meg kell próbálni rábeszélni őt az információ meghallgatására. Ilyen eset lehet például egy üzletember, akinek felesége, kisgyerekei vannak, és fontos üzleti döntések előtt áll. Rutin orvosi vizsgálaton vesz részt, és már előre közli, hogy ő biztosan egészséges, és nincs is ideje most előadásokat meghallgatni az egészséges életmód előnyeiről, ezért az orvos tegye, amit jónak lát, de őt ne terhelje az információkkal. Ha ilyenkor az orvos például rosszindulatú daganatot diagnosztizál, meg kell próbálnia rábeszélni a beteget, hogy mégis hallgassa meg az információt, hiszen üzleti döntéseit is nyilván befolyásolni fogja, ha tudja, milyen egészségi állapotra számíthat az elkövetkező időben[78].

A beteg családja nem akarja a beteg tájékoztatását. Meglehetősen gyakran fordul elő, hogy a tájékoztatott hozzátartozók arra kérik az orvost, hogy ne közölje a halálos diagnózist a beteggel. Például a feleség arra kérheti az orvost, hogy a fér-

jével ne közölje annak metastaticus carcinomáját, mert az ezt nem tudná elviselni. Az ilyen kérés teljesítése erkölcsileg több szempontból is problematikus. Problematikus mindenekelőtt azért, mert ha egy nagykorú, belátási képességgel rendelkező ember rosszindulatú daganatát legelőször nem vele közlik, hanem egy családtagjával, ez az orvosi titoktartás megsértése. Bár erre a magyar jog lehetőséget ad, és külföldön is előfordul, etikailag erős érvek szólnak amellett, hogy a beteg titkát a hozzátartozóknak is csak akkor szabad elmondani, ha abba a beteg kifejezetten beleegyezett. A Nemzetközi Orvosetikai Deklaráció is abszolút titoktartást ír elő az orvos számára, és számos más ország törvényhozása is az orvosi titok majdnem abszolút volta mellett foglal állást[79].

E problémától eltekintve is megkérdőjelezhető azonban, hogy megfoszthat-e egy nagykorú, belátási képességgel rendelkező embert (jelen esetben a rákos férjet) a felesége annak törvényadta jogától, hogy bármely orvosi kezelésbe a betegségéről való alapos tájékoztatás után egyezzék bele. Ezért általánosságban az mondható, hogy az orvosnak a család ilyen jellegű tanácsát nem szabad megfogadni, hiszen az orvosnak a legfőbb kötelessége a betege iránt van, és nem a hozzátartozói iránt. Természetesen az orvos fontos kötelessége az, hogy felmérje, hogyan kell közölnie a beteggel az igazságot, hogy az a lehető legkíméletesebb legyen, és ebben a család komoly segítséget nyújthat neki. Mindez azonban nem jelenti azt, hogy a család ilyenkor megfoszthatja a beteget informálódási és döntési jogától. Az orvosnak ebben nem szabad segédkeznie[80].

A beteg őszinte tájékoztatásának, akár a család ellenvéleménye ellenére is, további fontos indoka az, hogy a családtagok – mivel általában kevés a tapasztalatuk a haldoklókkal való foglalkozásban – sokszor alábecsülik a beteg tájékozottságát és az igazsággal való szembenézésre való képességét, és nem kellően tudják felmérni az általuk kívánt kegyes hazugság kommunikációromboló hatását. Gyakran fordul elő például, hogy a beteg férj és az egészséges feleség egymás előtt titkolódzik, mindegyik azt gondolja, hogy a másik nem sejt semmit, és ha megtudná az igazat, nem viselné el. Így mindegyik arra kéri az orvost, ne mondja meg a másiknak a betegség tényét. Ilyenkor az orvos sokat segíthet abban, hogy őszintén beszéljenek egymással arról, amit már mindketten régen tudnak. Ez mindkettőjük számára megkönnyebbülést jelent, és az őszinte beszélgetés sokkal közelebb hozhatja őket egymáshoz, helyrehozhatja azt az érzelmi eltávolodást, amit a titkolódzás miatti kommunikációs zárlat okozott[81].

Mi a teendő, ha a beteg nem kérdez? Sokan tanácsolják, hogy ha a beteg nem kérdez rá az állapotával kapcsolatos igazságra, akkor az orvos ne is mondja azt el, mert vagy azért nem kérdez a beteg, mert nem is akarja tudni az igazságot, vagy azért nem, mert már úgyis tudja. A beteg informálása mindkét esetben felesleges lenne. Az érvelés azonban nem meggyőző. Előfordulhat, hogy a beteg nem azért

nem kérdez az orvostól, mert nem akarja tudni az igazat, hanem például azért, mert nem mer kérdezni, vagy mert úgy gondolja, hogy ha az orvos valami fontos információ birtokába jutna, azt úgyis megosztaná vele. Így sok beteg nem is tudja, hogy neki kérdeznie kellene, mert az információkat az orvos magától nem mindig mondja el[82]. Ezért helyesebb a beteggel az orvos–beteg kapcsolat elején a már említett „szerződést" megkötni, amelyben nyíltan meg kell kérdezni tőle, mennyire részletes és őszinte tájékoztatást kíván a kezelése során. Ha ilyen szerződést első találkozáskor nem is kötöttek, akkor is célszerű a betegnek ismételten felajánlani, hogy kérdezzen, és az orvos őszintén fog neki válaszolni.

KAPCSOLAT A HOZZÁTARTOZÓKKAL A BETEG HALÁLA UTÁN

Az orvos feladata nem ér véget a beteg halálával. A beteg hozzátartozói, kórházi szobatársai is intenzív érzelmi támogatást igényelnek, ilyen helyzetben az elhunyt beteg kezelőorvosa sokat tud segíteni. Általában jó, ha az orvos személyesen beszél a beteg halála után a hozzátartozókkal. Erre azok sokszor lappangó vagy nyílt bűntudata miatt van szükség. A legtöbb hozzátartozóban felvetődik, hogy talán meg lehetett volna előzni a beteg halálát, talán lehetett volna még tenni valamit, amit nem tettek meg stb. Arra is kíváncsiak (ha a beteg hirtelen halt meg és a család nem volt mellette), hogy mit mondott a beteg utoljára, mit érezhetett az utolsó percekben stb. Mivel a családban általában megvan az igény az ilyen beszélgetésre, jó, ha ezt az orvos felajánlja. Az ilyen terápiás támogatás – túl azon, hogy elősegíti a normális gyászreakciót – sok későbbi félreértést is tisztázhat, és az orvos elleni vádaskodásnak, haragnak is elejét veheti[83].

Legtöbbször a hozzátartozók igénylik, hogy a holttestet még egyszer láthassák, elbúcsúzhassanak tőle. Ezt bátorítani kell, lehetőséget kell teremteni rá még akkor is, ha a látvány elborzasztó, mert az „egészséges" gyászreakció része a halott megnézése, a tőle való pszichológiai búcsúzás[84]. Ha a beteg kórházban hal meg, fontos, hogy halálát ne hallgassák agyon. (Ez gyakori, a kórteremből elviszik a holttestet, és a továbbiakban kínosan kerülik a betegek előtt még az elhunytra való utalást is.) Ez nagyon helytelen, mert – ahogyan BUDA BÉLA írja – ennek metakommunikatív üzenete a többi beteg számára ez: „Te is így végzed, utánad sem ugat a kutya sem"[85]. Ezért a halottat a kórteremben is meg kell gyászolni[86].

A halálos, gyógyíthatatlan betegség mind az orvosnak, mind a betegnek rendkívüli próbatétel, amelyre jó megoldások nincsenek, hanem – az esemény megszüntethetetlenül tragikus jellegéből következően – csak arra lehet törekedni, hogy valaki a legkevésbé rossz megoldást válassza. A beteg és a hozzátartozók tragédiáját a legtapintatosabb tájékoztatással, a haldokló leglelkiismeretesebb testi és lelki gondozásával sem lehet megszüntetni. Csak arra lehet törekedni, hogy ezt

a tragédiát mindegyikünk olyan kevés szenvedéssel élje át, amilyen kevéssel csak lehetséges, lehetőleg ne magányosan kínlódva, hanem szeretteink és orvosaink által körülvéve. A velük való őszinte kapcsolat az egyik legfontosabb segítség, amelyet a haldokló a továbbélőktől kaphat.

Jegyzetek a 10. fejezethez*

[1]*Hippocrates:* Decorum (transl. W. Jones) (1967) Cambridge, Harvard University Press, Vol 2. (p. 297)
[2]*Bok, Sissela* (1983): A hazugság. (ford. Háber Judit) Budapest, Gondolat (p. 364)
[3]American Hospital Association (1973): A Patient's Bill of Rights. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (1983): Medical Ethics. Cambridge, The MIT Press (p. 643–644) Magyarul: A kórházban ápolt betegek jogai az Egyesült Államokban. In: *Schott, H.* (1993): A medicina krónikája. Officina Nova (p. 619)
[4]*Higgs, R.* (1985): On telling patients the truth. In: *Lockwood, M.* (ed.) (1985): Moral Dilemmas in Modern Medicine. Oxford, Oxford University Press (p. 190)
[5]*Széll K.* (szerk.) (1987): Magyar Orvosetikai Kódex (Tervezet). Budapest (p. 57–60)
[6]A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának IV. számú állásfoglalása: A betegek tájékoztatásáról. In: *Doktorits B.* (szerk.) (1991): A Magyar Orvosi Kamara évkönyve. Budapest, Magyar Orvosi Kamara (p. 39)
[7]*Kelly, W. D., Friesen, S. R.:* Do Cancer Patients Want to Be Told? Surgery 27 (June 1950), (p. 822–826)
[8]*Weir, R. F.* (ed.) (1986): Ethical Issues in Death and Dying. (2nd ed.) New York, Columbia University Press (p. 2)
[9]*Blasszauer B.* (1990): Orvosi-egészségügyi etika. Egységes jegyzet. Budapest, Tankönyvkiadó (p. 112)
[10]*Oken, D.:* What to Tell Cancer Patients: A Study of Medical Attitudes. Journal of the American Medical Association 175 (April 1, 1961) 86–94. In: *Weir, R. F.* (1977):Ethical Issues in Death and Dying. New York: Columbia University Press. (p. 13–14)
[11]*Novack, D. H. et al.:* Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient. Journal of the American Medical Association. (March 2, 1979) 241:897-900) In: *Weir, R. F.* (ed.) (1986): i. m. (p. 7)
[12]*Gillon, R.* (1985): Philosophical Medical Ethics. Chichester, John Wiley & Sons (p. 101–102)
[13]*Magyar I.* (1983): Az orvos és a beteg. Budapest, Medicina könyvkiadó. (p. 60–61)
[14]Ibid. (p. 126)
[15]*Fletcher, J.* (1954): Medical Diagnosis: Our Right to Know the Truth. In: *Weir, R. F.* (ed.) (1977): Ethical Issues in Death and Dying. New York, Columbia University Press (p. 27)
[16]American Medical Association (1980): Principles of Medical Ethics. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (1983): i. m (p. 641–642)
[17]World Medical Association (1983): International Code of Medical Ethics. In: British Medical Association (1988): Philosophy & Practice of Medical Ethics. London: British Medical Association (p. 96–98)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[18]World Medical Association (1983): Rights of the Patient. In: British Medical Association (1988): i. m. (p. 98–99)
[19]CancerLink: Declaration of Rights of People with Cancer.
[20]Lánc Egészségkárosodott Emberek Szervezeteinek Szövetsége (1993): A betegek jogainak deklarációja (Tervezet)
[21]*Ádám Gy.* (szerk.) (1990): Egészségügyi Jogi Kézikönyv. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó (p. 48)
[22]*Veatch, R. M.* (1989): Death, Dying and the Biological Revolution. (Our Last Quest for Responsibility) (revised ed.) New Haven, Yale University Press (p. 172)
[23]*Radovsky, S. S.* (1985): Bearing the News. New England Journal of Medicine. (August 29, 1985) 313, 586–588. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 24)
[24]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 172)
[25]*Blasszauer B.* (1984): A jó halál. Budapest, Gondolat (p. 336)
[26]*Polcz Alaine* (1989): A halál iskolája. Budapest, Magvető (p. 16)
[27]Ibid. (p. 79)
[28]Ibid. (p. 102)
[29]Ibid. (p. 129)
[30]*Magyar I.* (1983): i. m. (p. 60)
[31]*Kübler-Ross, Elisabeth* (1988): A halál és a hozzá vezető út. (ford. Blasszauer B.) Budapest, Gondolat (p. 81)
[32]*Buda B.* (1988): A halál és a haldoklás szociálpszichológiai jelenségei. Valóság 1988/2. (p. 65)
[33]*Polcz Alaine* (1989): i. m. (p. 282)
[34]*Buda B.* (1988): i. m. (p. 68)
[35]*Katz, J.* (1986): The Silent World of Doctor and Patient. London: Collier Macmillan Publishers (p. 216)
[36]*Buda B.* (1988): i. m. (p. 60)
[37]*Higgs, R.* (1985i. m. In: *Lockwood, M.* (1985): i. m. (p. 199)
[38]*Oken, D.* (1961): What to Tell Cancer Patients: A Study of Medical Attitudes. Journal of the American Medical Association 175 (April 1, 1961), 86–94. In: *Weir, R. F.* (1977): i. m. (p. 21)
[39]*Bok, Sissela* (1983): i. m. (p. 373–374)
[40]*Oken, D.* (1961): i. m. In: *Weir, R. F.* (1977): i. m. (p. 13)
[41]Ibid. (p. 18)
[42]*Novack, D. H. et al.* (1979): Changes in Physicians' Attitudes Toward Telling the Cancer Patient. Journal of the American Medical Association. (March 2, 1979) 241, 897–900) In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 12)
[43]*Oken, D.* (1961): i. m. In: *Weir, R. F.* (1977): i. m. (p. 20)
[44]*Meyer, B. C.* (1968): Truth and the Physician. In: *Weir, R. F.* (1977): i. m. (p. 45)
[45]*Oken, D.* (1961): i. m. In: *Weir, R. F.* (1977): i. m. (p. 23)
[46]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 187)
[47]*Kübler-Ross, Elisabeth* (1988): i. m. (p. 399–402)
[48]Ibid. (p. 73)
[49]*Loewy, E. H.* (1989): Textbook of Medical Ethics. Plenum Publishing Corporation. (p. 149)
[50]*Kübler-Ross, Elisabeth* (1988): i. m. (p. 409)
[51]*Weir, R. F.* (1980): Truthtelling in Medicine. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 35)
[52]*Kübler-Ross, Elisabeth* (1988): i. m. (p. 83)
[53]Ibid. (p. 84)
[54]Ibid. (p. 85)
[55]*Mauder, A:* Mit él át a haldokló? In: *Nikelski, H.* (1984): Keresztény segítségnyújtás haldoklóknak. Budapest, Szent István Társulat (p. 131)

[56]Ibid.
[57]Ibid. (p. 133)
[58]*Kübler-Ross, Elisabeth* (1988): i. m. (p. 195)
[59]Ibid. (p. 196)
[60]*Polcz Alaine* (1989): i. m. (p. 267)
[61]*Kübler-Ross, Elisabeth* (1988): i. m. (p. 283)
[62]*Radovsky, S. S.* (1985): i. m. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 23)
[63]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 196)
[64]*Weir, R. F.* (1980): Truthtelling in Medicine. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 42)
[65]*Gillon, R.* (1985): i. m. (p. 103)
[66]*Polcz Alaine* (1989): i. m. (p. 135)
[67]*Loewy, E. H.* (1989): i. m. (p. 150)
[68]*Kübler-Ross, Elisabeth* (1988): i. m. (p. 240)
[69]Ibid. (p. 271)
[70]Ibid. (p. 422)
[71]*Radovsky, S. S.* (1985): i. m. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 22)
[72]Kübler-Ross, Elisabeth (1988): i. m. (p. 237)
[73]Ibid. (p. 71)
[74]*Radovsky, S. S.* (1985): i. m. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 22)
[75]*Novack, D. H. et al.* (1979): i. m. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 12)
[76]*Weir, R. F.* (1980): i. m. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 38)
[77]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): Principles of Biomedical Ethics. (3rd ed.) New York, Oxford University Press (p. 315)
[78]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 193)
[79]Ibid. (p. 191)
[80]*Loewy, E. H.* (1989): i. m. (p. 151)
[81]*Kübler-Ross, Elisabeth* (1988): i. m. (p. 268)
[82]*Fletcher, J.* (1954): i. m. In: *Weir, R. F.* (1977): i. m. (p. 39)
[83]*Polcz Alaine* (1989): i. m. (p. 263)
[84]Ibid. (262)
[85]*Buda B.* (1988): i. m. (p. 66)
[86]*Polcz Alaine* (1989): i. m. (p. 258)
[87]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 13§ (2) bek. a) pont
[88]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 135§ (1) bek.
[89]Magyar Orvosi Kamara (1998): Orvosetikai Statutum. (Etikai Kódex-Eljárási Szabály) 11.,12. pontok. (p. 8)
[90]Magyar Orvosi Kamara (1998): Orvosetikai Statutum. (Etikai Kódex-Eljárási Szabály) 15. pont. (p. 8)
[91]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 14§ (1) bek.
[92]Magyar Orvosi Kamara (1998): Orvosetikai Statutum. (Etikai Kódex-Eljárási Szabály) 16. pont. (p. 8)

11. fejezet – Az öngyilkosság etikai kérdései

Mielőtt az eutanázia kérdéseinek a vizsgálatába kezdenénk, célszerű az öngyilkosság erkölcsi vonatkozásainak a tárgyalása, hiszen az eutanázia legtöbbször asszisztált öngyilkosságnak tekinthető. A bioetikai problémák jelentős részével szemben – amelyek jellegükben annyira újak, hogy a róluk szóló viták csak néhány évtizedes múltra tekintenek vissza – az öngyilkosság megítélésével kapcsolatos vita több ezer éves. Mivel erről már magyarul is olvasható igen részletes elemzés[1], ezért az ezzel kapcsolatos filozófiai, teológiai, etikai nézetek közül csak a legfontosabbakat emeljük ki.

AZ ÖNGYILKOSSÁG MEGÍTÉLÉSÉNEK TÖRTÉNETE

Bár az ókori Görögországban az a szokás, hogy az öngyilkos holttestének levágták a kezét, és a testtől külön temették el, arra utal, hogy a gyakorlatban nehezen fogadták el az öngyilkosságot[2], mégis eltűrték, és sok filozófiai iskola kifejezetten helyeselte. SZÓKRATÉSZ helytelenítette az öngyilkosságot, habár sok vita folyik arról, hogy ő, aki halálra ítélése után, noha elmenekülhetett volna, ezt nem tette meg, hanem kiitta a méregpoharat, nem tekinthető-e végső soron öngyilkosnak maga is[3]. SZÓKRATÉSZ érvelése szerint az emberek valamiféle őrhelyen vannak (ez az élet), ahonnan megszökniük nem szabad. Az ember továbbá az istenek jószága, így nem rendelkezhet saját élete felett[4]. PLATÓN is elítéli az öngyilkosságot, ha annak oka „férfiatlan gyávaság", de elfogadhatónak tarja „kikerülhetetlen sorscsapások" vagy „orvosolhatatlan és tűrhetetlen megszégyenítés" esetén[5].

ARISZTOTELÉSZ elítéli az öngyilkosságot, gyáva tettnek tartva azt[6], és egyben igazságtalanságnak is az állam ellen[7].

A cinikusok, az epikureusok és a sztoikusok az öngyilkosságot elfogadhatónak tartották, ha az élet gyötrelmei ezt szükségessé teszik, sőt a sztoikusok bizonyos helyzetekben (a függetlenség, a szabadság megőrzése céljából) a bölcs számára egyenesen kötelezőnek tekintették mint a szabadság megőrzésének legfontosabb eszközét. (Ez volt az ún. exagógé elve.)

SENECA például így ír: „... nem élni jó, hanem jól élni. A bölcs hát addig él, ameddig élnie kell, és nem ameddig élni tud... Ha az egyik halál kínnal jár, a másik egyszerű és könnyű, miért ne nyújtsuk ki a kezünket az utóbbi után?...

Semmi jobbat nem alkotott az örök törvény annál, mint hogy egyetlen bejáratot adott az élethez, de számtalan kijáratot... Jól vannak rendezve az emberi dolgok: senki sem boldogtalan, csak saját hibájából. Ha tetszik: élj. Nem tetszik: szabadságodban áll oda visszatérni, ahonnan jöttél."[8]

Az ókori Róma sok jeles személyisége megölte magát (például CATO, SENECA), és tettüket a kortársak nemesnek látták. Általános volt az a vélemény, hogy a szabad embernek joga van az öngyilkosságra. Ugyanakkor a római katonákat, rabszolgákat, gonosztevőket megbüntették, ha öngyilkosságot kíséreltek meg, mert ezt úgy értelmezték, hogy el akarnak menekülni kötelességeik elől[9].

A Biblia nem ítéli el az öngyilkosságot. Az Ószövetségben több öngyilkosság szerepel, és mindegyiket rosszallás nélkül említik. Az Újszövetség egyetlen öngyilkosságot ír le, Júdásét, ezt is kommentár nélkül. A korai kereszténység sem ítéli még el az öngyilkosságot, TERTULLIANUS például JÉZUS mártírhalálát is öngyilkosságként írja le, hiszen JÉZUS szerinte szándékosan áldozta fel az életét[10]. A korai keresztények körében az öngyilkosság szinte járványos méreteket öltött. Különösen jól látható ez például a donatistáknál, akik szerint a legbiztosabb mód arra, hogy ellenálljunk a kísértéseknek, és megőrizzük a kegyelem állapotát, az, ha a keresztelés után rögtön öngyilkosságot követünk el, ha lehet, a mártíromság vállalásával, ha viszont másképp nem lehet, akkor az öngyilkossággal[11]. Az így kibontakozó, fanatizmusba torkolló öngyilkossági „őrület" ellen érvelt SZENT ÁGOSTON (354–430), akinél a későbbi, az öngyilkosságot elítélő keresztény doktrína első világos leírása olvasható. Érvei az öngyilkosság ellen a következők[12, 13]:

1. Már a Biblia is tiltja az öngyilkosságot, mert a „Ne ölj!" parancsolat saját magunk megölésének tilalmát is jelenti.
2. Ha ártatlanok vagyunk, az öngyilkossággal ártatlant ölünk meg, ami tilos. Ha bűnösök vagyunk, nem vehetjük az igazságszolgáltatást a kezünkbe.
3. Az a kötelességünk, hogy a szenvedéseket állhatatosan viseljük el. Öngyilkossággal elmenekülni a szenvedések elől annyi, mint Krisztus katonájaként őrhelyünkről elmenekülni.
4. Az öngyilkosság azért a legsúlyosabb bűn, mert kizárja a megbánást.

Ezeket az érveket elfogadva az egyház a VI. századtól kezdve tiltotta az öngyilkosságot.

A XIII. században azután AQUINÓI SZENT TAMÁS megismétli SZENT ÁGOSTONnak az öngyilkosságot elítélő véleményét, és az öngyilkosság elleni érveket 3 pontban foglalja össze[14]:

1. A természet törvénye, hogy minden lény önmaga fenntartására törekszik. Az öngyilkosság ezért ellenkezik a természet törvényével, természetellenes, mert szemben áll a természetes önszeretet elvével.

2. Minden ember egy közösség része, így ha megöli magát, ezzel a közösséget is károsítja.
3. Az élet Isten ajándéka. Aki megöli magát, bűnt követ el az Isten ellen éppen úgy, ahogyan az, aki más rabszolgáját megöli, bűnt követ el annak tulajdonosával szemben, és bitorolja annak jogait. Egyedül Isten joga életről és halálról dönteni.

Összefoglalva tehát AQUINÓI SZENT TAMÁS szerint az öngyilkosság az öngyilkos bűne saját maga ellen, a közössége ellen és Isten ellen.

MONTAIGNE (1533–1592) volt az első, aki a középkorban megkérdőjelezte a SZENT ÁGOSTON és AQUINÓI SZENT TAMÁS által képviselt öngyilkosság-ellenes felfogást[15]. MORUS TAMÁS Utópiájában szintén arról ír, hogy a gyógyíthatatlan, súlyos kínlódással járó betegségben szenvedőket biztatni kell arra, hogy önkéntes éhezéssel vessenek véget életüknek, vagy – ha erre nem képesek – engedjék meg, hogy mások segítsenek nekik meghalni[16].

Fordulópontot jelentett az öngyilkosságról folytatott vitában JOHN DONNE (1573–1631), angol költő és pap 1607-ben írt, de csak 1646-ban megjelent könyve, a Biathanatos (= Erőszakos halált halni). DONNE – AQUINÓI TAMÁSSAL szemben – amellett érvel, hogy az öngyilkosság némely esetben megengedhető. Sorra veszi AQUINÓI TAMÁS érveit. Az első érvre (a természet parancsa az önfenntartás, és az öngyilkosság ezzel szemben áll) azt válaszolja, hogy a szabadság is a természet parancsa, és ha valaki olyan helyzetbe kerül, amelyben szabadságát nem tudja megőrizni (például börtön, rabszolgaság), választhatja élete megóvását szabadsága árán, de választhatja a szabadságot is az élete feláldozása (öngyilkosság) segítségével[17]. A második érvre (az öngyilkos megkárosítja azt a közösséget, amelyhez tartozik, megfosztja az államot egy polgárától, a királyt egy alattvalójától) DONNE válasza az, hogy ez arról is elmondható, aki visszavonultan él (például egy remete), és őket mégsem tartják erkölcstelennek. A harmadik érvre (az öngyilkos bitorolja Isten jogait) válasza az, hogy a Biblia sehol sem tiltja az öngyilkosságot, és a „Ne ölj!” parancsot nem lehet úgy értelmezni, hogy az saját magunk megölését is tiltaná[18]. DONNE nem tart minden öngyilkosságot elfogadhatónak, de érvel az öngyilkosság AQUINÓI TAMÁSNÁL tapasztalható kategorikus elítélésével szemben.

Az öngyilkosságról folytatott vita történetében mérföldkő DAVID HUME posthumusz, 1783-ban megjelent írása az öngyilkosságról[19]. HUME is AQUINÓI TAMÁS érvhármasából indul ki: ha az öngyilkosság bűnös cselekedet, akkor a bűn abban áll, hogy kötelességszegés vagy Istennel, vagy felebarátainkkal, vagy önmagunkkal szemben. Szerinte azonban az öngyilkosság nem lehet kötelességszegés Istennel szemben, nem lehet az ő jogainak a bitorlása, hiszen ha Isten eleve elrendelte volna az életünk hosszát, akkor annak meghosszabbítása éppúgy beavat-

kozás lenne Isten terveibe, mint a megrövidítése. Hiszen, ha például valakinek egy kő esne a fejére, és ő ennek elkerülésére félreugrik, és így megmenti az életét, akkor ezzel szintén beavatkozott a gondviselés érvényesülésébe. Valójában azonban – mondja HUME – bizonyos értelemben minden esemény Isten cselekedetének a következménye, hiszen minden Isten törvényei szerint történik. Így Isten adta azt a hatalmat is nekünk, hogy (akár öngyilkossággal is) kitérhetünk a bennünket fenyegető bajok elől. Ezért az Isten akaratába való beletörődés nem zárja ki azt, hogy baj esetén ne próbálhatnánk meg mindent megtenni, ami hatalmunkban áll a baj elkerülésére. Babonaság például azt gondolni, hogy istentelen a himlőoltás, mert a betegség megakadályozásával bitoroljuk a gondviselés jogát. Egyáltalán, istenkáromlás azt gondolni – állítja HUME –, hogy egy teremtett lény megzavarhatná a világ rendjét vagy bitorolhatná az isteni jogokat. Az öngyilkosság – folytatja HUME – nemcsak Isten ellen nem kötelességszegés, de sokszor felebarátainkkal szemben sem az. A közösséggel szemben természetesen vannak kötelességeink, de a súlyos fájdalmak által gyötört, nagyon szenvedő ember már alig tud hasznot hajtani a társadalomnak, így nem erkölcsös azt követelni tőle, hogy ne kövessen el öngyilkosságot, hanem maradjon életben csak azért, hogy súlyosan szenvedve is még valamely csekély hasznot hajthasson másoknak. Számos olyan eset is van, amikor a közösség számára éppen az öngyilkosság a hasznos. Ha valaki például részt vesz egy összeesküvésben, elfogják, és kínzással akarják belőle kiszedni a társai nevét – ha az illető tisztában van gyengeségével, azzal tudniillik, hogy kínzás hatására vallani fog –, akkor ez az ember akkor teszi a legtöbbet a közjóért, ha öngyilkos lesz. Végül HUME amellett érvel, hogy az öngyilkosság sokszor önmagunkkal szemben sem kötelességszegés. Hiszen az öregség, a betegség vagy a balszerencse néha olyan súlyos terheket róhat valakire, amelyből nincs más menekvése, mint az öngyilkosság. Az életösztön úgyis olyan nagy mindenkiben, hogy jelentéktelen indítékok alapján nem dobja el az életét. Ha pedig az indítékok mégis jelentéktelennek tűnnek, akkor az öngyilkosság mögött az illető olyan mentális betegsége, lelki szenvedései húzódnak meg, amelyek pokollá tették legártatlanabb örömeit is. HUME konklúziója az, hogy az öngyilkosság bizonyos esetekben erkölcsileg megengedhető.

KANT elutasítja az öngyilkosságot[20]. Szerinte az az ember, aki megöli magát, elpusztítja saját szabad akaratát is. A szabad akarat felhasználása saját maga megsemmisítésére azonban önellentmondás, és ezért elfogadhatatlan. Az embernek az ember számára sérthetetlennek kell lennie, és saját magunkban az embert éppúgy sérthetetlennek kell tartanunk, mint másban. KANT azt is megemlíti, hogy aki nem fél a saját halálától (vagyis képes öngyilkosságot elkövetni), azt nem lehet visszatartani semmiféle bűntől, az bármilyen bűn elkövetésére képes lehet. A haláltól való félelem hiánya tehát túlságosan is „szabaddá" teszi az embert, mert többé semmitől nem fog félni. KANT megismétli azt a teológiai érvet is,

hogy Isten bizonyos céllal állított minket ebbe a világba. Az öngyilkos elhagyja az Isten által számára kijelölt helyet, ezért Isten elleni lázadó. Az emberek őrszemek a földön, és nem hagyhatják el az őrhelyüket, amíg erre engedélyt nem kaptak Istentől. Isten a mi gazdánk, és mi az ő tulajdonai, jószágai vagyunk. KANT azonban nem tekinti öngyilkosságnak azt, ha valaki kötelességei végrehajtása céljából feláldozza önmagát. Az erkölcsi parancsok betartása fontosabb, mint az élet fenntartása, élni nem szükséges, de becsületesen élni szükséges. Nem az élet a legnagyobb érték, hanem az erkölcsi kötelességek betartása, és ennek érdekében még az élet is feláldozható.

SCHOPENHAUER szerint semmi nincs a világon, amihez az embernek oly vitathatatlan joga lenne, mint az öngyilkossághoz[21]. Szerinte, mivel a keresztény életérzés lényege az, hogy az élet igazi célja a szenvedés, és mivel az öngyilkosság a szenvedés elutasítása, ezért a kereszténységnek el kell utasítani az öngyilkosságot. SCHOPENHAUER végeredményben mégis elítéli az öngyilkosságot, de ennek oka sajátos filozófiai rendszerében van. Szerinte ugyanis a világ minden jelensége az akarat megnyilvánulása. Ez az akarat minden szenvedés forrása is egyben, és a cél az akarat megszüntetése saját magunkban. Ha felszabadulunk az akarat rabsága alól, akkor az egyén az akarat nélküli, tiszta megismerés eksztatikus boldogságú állapotába jut. Az öngyilkosság SCHOPENHAUER szerint azért rossz, mert az akarattól való megszabadulást mint célt a szenvedés szokta létrehozni. Ezért aki a szenvedés elől az öngyilkosságba menekül, az olyan, mint az a beteg, aki nem hagyja az őt meggyógyító operációt befejezni, hanem megmarad inkább a betegségében. E metafizikiai megfontolás alapján utasítja el SCHOPENHAUER az öngyilkosságot, azonban mindvégig szenvedélyesen érvel amellett, hogy az öngyilkossághoz jogunk van, az nem bűn és nem erkölcstelenség[22].

Röviden szólni kell még az egzisztencializmus öngyilkosság-felfogásáról is. CAMUS Sziszüphosz mítosza c. műve[23] ezzel a sorral kezdődik: „Csak egyetlen igazán komoly filozófiai kérdés van: az öngyilkosság. Ha meg tudjuk ítélni, hogy érdemes-e leélni az életet, akkor választ is adtunk a filozófia alapkérdésére." CAMUS válasza az élet értelmének kérdésére nemleges. Szerinte az élet és a világ végső soron értelmetlen, és ennek megjelölésére használja az „abszurd" szót. A világ értelem nélküli, vagyis abszurd. Noha az emberek szenvedélyesen vágynak arra, hogy a világban vagy saját életükben az értelmet felfedezzék, a valóság az, hogy a világban és az életben nincs ilyen értelem. Ezt szimbolizálja a Sziszüphosz mítosza: Sziszüphosz óriási erőfeszítése nyilvánvalóan értelmetlen, és tragikuma éppen abban van, hogy ő tudatában van erőfeszítése értelmetlenségének. CAMUS az öngyilkosságot nem tartja megoldásnak, az abszurd problémájának egyetlen megfelelő kezelése szerinte a vele való kíméletlen szembenézés. Ez felszabadíthatja az embert, mert megakadályozza abban, hogy az életét túl komolyan vegye[24].

CAMUS művészi eszközökkel fejezi ki magát, és művéből hiányzik a filozófiai érvelés, SARTRE viszont „A lét és a semmi" c. művében az egzisztencializmus filozófiai kifejtését adja. SARTRE-nál a központi kategória a szabadság fogalma. Az ember radikálisan szabad lény, és ha ezzel szembenéz, és ily módon felelősséget vállal döntéseiért, akkor erkölcsösnek tekinthető. Az öngyilkosság is erkölcsileg elfogadható lehet SARTRE szerint, ameddig egyéni, felelős döntés eredménye. Nem fogadható el azonban akkor, ha intézményesül, és ily módon már nem az egyének szabad döntésének az eredménye[25].

Orvosi oldalról a XX. században az öngyilkossághoz való jog egyik szenvedélyes védelmezője az antipszichiátriai nézeteiről ismert THOMAS SZASZ. Szerinte[26] a ma uralkodó nézet az, hogy az öngyilkosságra készülő ember beteg, és betegségének legfőbb tünete az illetőnek az a vágya, hogy meg akar halni. SZASZ szerint azonban az ilyen ember nem tekinthető betegnek, és beteggé minősítése az illető személy infantilizálása. SZASZ szerint az öngyilkossággal való szembenállás egyrészt vallási érveken alapul, amelyek a mai, szekularizált társadalmakban a nem hívők számára már nem meggyőzők, másrészt az orvosok részéről ennek pszichológiai okai is vannak. Az orvosi értékrend alapja az élet mint legfőbb érték elismerése. Senki sem szereti, ha azokat az értékeket, amelyekben leginkább hisz, mások megkérdőjelezik. Az öngyilkos viszont éppen ezt teszi: tettével azt mutatja, hogy nem tartja értékesnek azt az életet, amelyet az orvosok nagy személyes áldozatok révén és mindenáron megmenteni igyekeznek. Ezért SZASZ szerint az orvosok saját erkölcsi identitásukat érzik veszélyeztetve az öngyilkosság által, személyes támadásként élik meg az öngyilkosok tettét, és úgy viselkednek vele szemben, ahogyan a középkorban az inkvizítorok az eretnekekkel szemben: kényszerintézkedéseket igyekeznek foganatosítani a más értékrendet vallók „megtérítése" érdekében. SZASZ aforisztikus megállapítása: a mai pszichiátria öngyilkossági kísérletre adott válasza (kényszergyógykezelés, elektroshock „suicid veszélyeztetettség" indoklással stb.) a középkori inkvizíció modern formája a modern eretnekkel, az öngyilkossal szemben, aki nem osztja az orvos hitét az élet végtelenül értékes voltával kapcsolatban. SZASZ szerint már az öngyilkosság elnevezése is manipulatív, hiszen azt sugallja, hogy az öngyilkosság a gyilkosság egy alesete, amelyben a gyilkos és az áldozat személye azonos. Mivel pedig a gyilkosság morálisan elfogadhatatlan emberölést jelent, ezért az öngyilkosság elnevezés azt sugallja, hogy a suicidium is az. Valójában azonban öngyilkosság SZASZ szerint éppúgy nem létezik, mint ahogyan önlopás sem. Saját magát senki nem tudja meglopni, mert ellopni csak azt lehet, ami a másé. Saját tulajdonunkat azonban nem lophatjuk el. Hasonlóképpen, ha életünk felett éppúgy rendelkezhetünk, ahogyan tulajdonunk felett, ha életünk a miénk és senki másé, akkor az öngyilkosság éppúgy nem gyilkosság, ahogyan az önmeglopás sem lopás. Nem véletlen, hogy az öngyilkosságot bűnnek tartó vallási felfogás

úgy tartotta, hogy senki sem tulajdonosa a saját életének, annak birtokosa Isten. A szekularizált és helyes felfogás SZASZ szerint ezzel szemben az, hogy egy ember élete egyedül az övé, ezért el is dobhatja azt. SZASZ szerint a történelem ismétli önmagát: ahogyan a maszturbációt nem is olyan régen önfertőzésnek nevezték, és a pszichiátria betegségnek tartotta és „kezelte" is, ma ugyanúgy betegségnek tartják és kezelik az öngyilkosságot. SZASZ felfogása szerint az öngyilkos olyan, mint az emigráns. Az egyik az életet akarja elhagyni, a másik a hazáját. Így a pszichiátria ugyanazt csinálja az öngyilkossal, mint a kommunista államok az emigránssal: mindkettő megakadályozza az egyént szabad döntésének a végrehajtásában. A pszichiátriai beavatkozás öngyilkossági kísérlet esetén nem más, mint egy egyén szabad döntésének a megakadályozása pszichiátriai retorikával. Az öngyilkosság megakadályozása a szabadság elpusztítása, fejezi be gondolatmenetét SZASZ.

AZ ÖNGYILKOSSÁG FOGALMA

Az öngyilkosság erkölcsi megítélésében tapasztalható sokféleség az öngyilkosság meghatározásában is megmutatkozik. Ez már az elnevezésben is jelentkezik, hiszen – mint már THOMAS SZASZ is utalt rá – az öngyilkosság szó azt sugallja, hogy a suicidium a gyilkosság egyik formája. Mivel pedig a gyilkosság erkölcsileg és jogilag egyaránt elfogadhatatlan emberölést jelent, így az elnevezés azt implikálja, hogy az öngyilkosság is erkölcstelen.

A zsidó-keresztény hagyomány szerint az öngyilkosság egyike a legsúlyosabb bűnöknek. Ezért tradicionálisan nagy a tendencia arra, hogy amikor valaki az öngyilkosság egy általa nemesnek tartott formájával találkozik, akkor azt ne is tekintse öngyilkosságnak, és csak azt tartsa annak, amelyet erkölcsileg elfogadhatatlannak érez. Nem véletlen ezért, hogy már az öngyilkosság meghatározásakor találkozunk az öngyilkosság erkölcsi megítélését kísérő viták szinte minden elemével.

Az öngyilkosságot sokszor önkezű halálnak szokták nevezni, de ez nyilvánvalóan hibás, hiszen nem kell önkezűség az öngyilkossághoz. Aki például vonat elé ugrik, azt a szó szoros értelmében a vonat öli meg, ezért ez nem önkezű (noha saját maga által okozott) halál.[27] Hasonlóképpen, ha egy koncentrációs táborban egy fogoly megtámadja a felfegyverzett őrt azért, hogy az agyonlője, akkor ez sem önkezű halál (hiszen az őr fogja lelőni őt, és nem ő saját magát), mégis nyilvánvalóan öngyilkosság.

Ugyanakkor az önkezűleg okozott halál nem mindig öngyilkosság, hiszen ha valaki fegyvertisztítás közben véletlenül agyonlövi magát, az nem öngyilkosság, hanem baleset. Az öngyilkossághoz szükség van arra, hogy valaki előre lássa,

hogy tette a saját halálát fogja okozni. Mikor lesz tehát a saját maga által okozott és előre látott halál öngyilkosság? Vannak, akik minden ilyen halált öngyilkosságnak tartanak. Ilyen volt például az öngyilkosság-kutatás egyik első klasszikusa, DURKHEIM, aki szerint „... öngyilkosságnak nevezünk minden olyan halálesetet, amelyet közvetlenül vagy közvetve magának az áldozatnak valamilyen pozitív vagy negatív aktusa idézett elő, ha tudta, hogy aktusa szükségképpen erre az eredményre vezet”[28]. DURKHEIM definíciójában tehát nincs utalás a cselekvő szándékára; nála öngyilkosnak számít mindenki, aki előre látta, hogy cselekedete a saját halálához fog vezetni. Nem tesz különbséget szándékolt halál és előre látott, de nem szándékolt halál között. Ezért definíciója sok olyan halált is öngyilkosságnak minősít, amelyet hagyományosan nem tekintünk annak. Ha például egy titkos ügynök egy háborúban fogságba esik, és ciánt vesz be, mert tudja, hogy máskülönben kínzással vallomásra bírnák, akkor ez az öngyilkosság egy tipikus példája. Ha azonban a példában szereplő ügynök inkább megpróbálja elviselni a kínzásokat, és nem vall, noha tudja, hogy vallomásáért cserébe megkímélnék az életét, ha azonban nem vall, akkor addig fogják kínozni, míg meg nem hal, akkor – noha előre látja, hogy ellenállása és kitartása a halálához fog vezetni – mégsem nevezhető öngyilkosnak[29]. Az öngyilkossághoz nélkülözhetetlen az, hogy az illető személy szándéka a saját halála legyen. Ha az illető előre látja ugyan a saját halálát, de az nem volt szándékában, akkor tettét nem nevezhetjük öngyilkosságnak.

Ennek bizonyítására nézzünk néhány példát!

Öngyilkosnak tekinthető-e az, aki halálos betegségben szenved, és visszautasít egy olyan orvosi kezelést, amely nélkül meghal, de amellyel néhány hétre még megnyújthatná életét?[30]

Öngyilkosságnak tekinthetők-e például az önfeláldozás típusú öngyilkosságok? Erre jó példa az a harci pilóta, akinek gépe egy sűrűn lakott terület felett elromlik, és a pilótának két választása marad:

1. Azonnal katapultál, és így megmenekül, viszont a gép a házakra zuhanva sok embert megöl.
2. Nem katapultál, hanem megpróbálja a gépet zuhanás közben lakatlan terület fölé kormányozni, de így már valószínűleg nem lesz ideje a katapultálásra, és meghal[31].

Öngyilkosság volt-e OATES kapitány halála, aki SCOTT kapitány antarktiszi expedíciójában vett részt? Mivel az expedíció alatt beteg lett, és hátráltatta társait a továbbhaladásban, akik őt ismételt kérése ellenére sem hagyták sorsára, ezért egy reggel kiment a sátorból a dühöngő hóviharba azzal, hogy sétálni indul, és soha nem tért vissza többé[32].

Öngyilkosságnak tekinthető-e JÉZUS halála, aki a Szentírás szerint előre látta a saját halálát, és megakadályozhatta volna azt, de nem tette, hogy sorsa beteljesüljön. Így beszélt: „Vagy azt hiszed, hogy nem kérhetném Atyámat, és nem küldene tizenkét légió angyalnál is többet. De akkor hogy teljesedne be az Írás, amely szerint ennek így kell történnie?”[33] Ezen az alapon tekinti például TERTULLIANUS JÉZUS halálát öngyilkosságnak, hiszen szerinte JÉZUS szándékosan áldozta fel az életét.

Öngyilkosságnak tekinthető-e SZÓKRATÉSZ halála, aki önként itta ki a méregpoharat, alávetve magát a halálos ítéletnek, noha elmenekülhetett volna?

Öngyilkosnak tekinthető-e MAXIMILIAN KOLBE atya, aki a II. világháború idején „helyet cserélt” egy elítélt zsidó családapával annak cellájában, és őt végezték ki a családapa helyett?[34]

Valamennyi felsorolt példában a szereplők előre látták, hogy viselkedésük halálukat fogja eredményezni, és így DURKHEIM definíciója értelmében öngyilkosnak lennének tekinthetők. Ugyanakkor tradicionálisan az előre látott, de nem szándékolt halált nem szoktuk öngyilkosságnak tartani. Az öngyilkosság fogalmához ugyanis hozzátartozik az illető azon szándéka, hogy meg akar halni. E szándék nélkül nem lehet öngyilkosságról beszélni. Az imént felsorolt példák azért nem öngyilkosságok, mert a cselekvő szándéka közvetlenül egyikben sem a saját halálára irányult. Szándékuk valami más volt, amelynek előre látott, de nem szándékolt mellékhatása volt saját haláluk.

Egy újabb példával a különbség jól szemléltethető. Ha valaki egy hajókatasztrófa után kiugrik a mentőcsónakból a cápáktól hemzsegő tengerbe, azzal a szándékkal, hogy véget vessen életének, az öngyilkos. Ha azonban valaki ilyenkor azért ugrik ki a mentőcsónakból, mert az veszélyesen túlterhelt, és elsüllyedéssel és a többiek pusztulásával is fenyeget, akkor ez már nem öngyilkosság, hanem hősies önfeláldozás[35]. Az utóbbi esetben ugyanis, noha az illető előre látta, hogy tette saját halálát fogja eredményezni, de nem saját halálát akarta, hanem a többiek megmenekülését. Ezt a megkülönböztetést jól kifejezi a katolikus teológia által kifejlesztett és már tárgyalt „kettős hatás” elve, amely szerint különbséget kell tenni egy tett előre látott, de nem szándékolt mellékhatásai és szándékolt következményei között. Ennek alapján tilos az olyan tett, amelynek szándékolt következménye rossz, ugyanakkor szabad olyat tenni, amelyben a rossz következmény csak előre látott, de nem kívánt mellékhatása a jó következménynek. Ezen elv szerint tehát egy tett, amelynek jó és rossz következményei egyaránt vannak, morálisan a következő feltételek együttes fennállása esetén fogadható el:

1. A tett önmagában erkölcsileg nem elfogadhatatlan.
2. A rossz következmény nem eszköz a jó következmény előidézéséhez.
3. A jó következmény arányosan nagyobb, mint a rossz következmény.

4. A rossz következmény előre látott, de nem szándékolt mellékhatása a jó következménynek.
5. A jó és a rossz hatás szétválaszthatatlanul összekapcsolódik, és így nincs lehetőség a rossz hatás elkerülésére a jó megvalósítása esetén, a jó pedig másképpen nem érhető el[36].

Egy példával illusztrálva:

Egy tengeralattjáró 200 főnyi legénységgel léket kap, és elsüllyedéssel fenyeget. Egy hajófenéki ajtót bezárva azonban a beáramló víz egy rekeszre korlátozható, és így az elsüllyedés elkerülhető. Be szabad-e zárni ezt az ajtót akkor, ha a rekeszben 5 tengerész tartózkodik, akikre az ajtó bezárásával biztos halál vár?

A kettős hatás elve alapján az ajtó bezárható. Egy ajtó bezárása ugyanis önmagában nem erkölcstelen, hanem erkölcsileg semleges tett, a jó következmény (195 ember megmentése) nem a rossz következmény (5 ember halála) eszközeként jön létre, a jó hatás (195 ember megmentése) arányosan nagyobb jó, mint amennyire a rossz hatás (5 ember halála) rossz, továbbá az 5 ember halála a tett előre látott, de nem szándékolt mellékhatása.

A kontraszt kedvéért nézzük meg, mi nem lenne megengedhető a kettős hatás elve alapján? Ha mondjuk a példában szereplő, léket kapott tengeralattjáró a tenger alatt rekedvén vesztegel, levegőtartaléka fogytán van, de a mentés már hamarosan várható, akkor megengedhető-e, hogy a kapitány 5 embert kivégeztessen azért, hogy a levegőtartalék a többiek számára a mentésig kitartson? Ezt a kettős hatás elve nem engedné meg, mert itt az 5 ember halála eszközként szerepelne a többiek megmenekülése érdekében, továbbá a tett (5 ártatlan ember kivégzése) önmagában is rossz[37]. A kettős hatás elve alapján tehát a magukat a többiek érdekében feláldozók azért nem öngyilkosok, mert noha előre látták, hogy tettük halálukat fogja eredményezni, szándékuk mégsem a saját haláluk volt, hanem mások megmentése.

Vannak azonban, akik ezt az érvelést nem tartják helytállónak. Eszerint ugyanis a legtöbb öngyilkosról elmondható, hogy szándéka közvetlenül nem a saját halála, hanem valami másnak az elérése. A legtöbb öngyilkos számára ugyanis a halál nem öncél, nem valami önmagáért kívánatos állapot, hanem eszköz testi vagy lelki szenvedések megszüntetésére, a fájdalom- és szenvedésmentes állapot elérésére, kísérlet egy kilátástalan élethelyzetből való szabadulásra[38]. A halál legtöbbször csak ennek az elérését biztosító eszköz, és nem egy önmagáért is kívánatos állapot. Így tehát rendkívül ritka az a fajta öngyilkosság, amikor valaki a halált nem szenvedések megszüntetése céljából, hanem önmagáért a halálért kívánja. Ez a léttől való undor állapota, a lét és a saját létezés intenzív gyűlölete.

Ez azonban csak a legritkább esetben fordul elő. Eszerint tehát, ha *A* a cápáktól hemzsegő tengerbe ugrik, hogy véget vessen életének, amely számára már csak szenvedés, *B* viszont azért ugrik a mentőcsónakból a vízbe, mert az túlterhelt, és így akarja megmenteni a többieket, akkor a két tett között csak annyi a különbség, hogy *A* a tettével csak saját magának akart jót tenni, míg *B* a csónakban szorongó többi embernek. *B* tette kétségtelenül nemes, *A* tette nem az, de mindkettő egyformán öngyilkosság. Eme álláspont szerint tehát, akik az öngyilkosságot önző és erkölcstelen tettnek tekintik, azok egy önfeláldozó, csodálatra méltó öngyilkosságot látván hajlamosak azt mondani, hogy az egyáltalán nem is öngyilkosság. Ehelyett célravezetőbb azt mondani – szól az érvelés –, hogy az öngyilkosság nem szükségszerűen önző és erkölcstelen, hanem vannak nemes és erkölcsileg elfogadható öngyilkosságok is. Akik az öngyilkosság szót nem elítélő értelemben használják, azok el tudják fogadni, hogy számos nemes, csodálatraméltó tett is öngyilkosság[39].

Amellett azonban, hogy az önfeláldozó öngyilkosság nem is öngyilkosság, nem csak a kettős hatás elve szól. Mint STERN-GILLET rámutatott[40], JÉZUST, SZÓKRATÉSZT, számos mártírt, hőst, önfeláldozó öngyilkosságot elkövetőt azért nem lehet valódi öngyilkosnak tartani, mert az öngyilkos címke azt jelzi: kit terhel a felelősség valakinek a haláláért. Kizárólag az övé-e a felelősség vagy másoké? Öngyilkosság esetén elsősorban az öngyilkost tartjuk felelősnek a saját haláláért, míg egy mártír haláláért másokat: a társadalmat, a környezetet, a körülményeket. Ezért aki például SZÓKRATÉSZT öngyilkosnak nevezi, az „elkeni" az athéni bíróság felelősségét haláláért. Így amikor az öngyilkos vagy a mártír jelzőt használjuk, egyben az illető környezetének a felelősségéről is ítéletet mondunk. Ezért folyik például annyi vita arról, hogy ha valaki mondjuk egy politikai indíttatású éhségsztrájk eredményeként éhenhal, akkor ez öngyilkosság-e, vagy az illető haláláért a kormány magatartása a felelős. Így tehát az öngyilkosság szó fontos funkciója annak megmutatása, hogy egy személy haláláért kit terhel elsősorban a morális felelősség. Ha öngyilkosnak nevezzük az illetőt, ezzel azt jelezzük, hogy haláláért elsősorban őt terheli a felelősség. Ezért az öngyilkosság szó nemcsak deskriptív jelentésű, hanem értékelő is egyben.

Mindezek összefoglalásaként végül is az öngyilkosság következő definíciója tűnik elfogadhatónak[41]: öngyilkosság az a tett, amelynek során valaki saját magát közvetlen módon és szándékosan megöli.

A definícióban szereplő közvetlen mód azt jelenti, hogy a halál vagy célként, vagy eszközként az illető szándékában állt. Ezért a tettének vagy csak egyetlen hatása volt, és ez a halála, vagy több hatása is volt, amelyek közül az illető a saját halálát akarta előidézni vagy öncélként, vagy más célok elérésének eszközeként. A definícióban szereplő közvetlen ölés ellentéteként közvetett ölés az, amikor a halál csak közvetett módon szándékos. Ilyenkor a halál sem öncélként, sem

eszközként nem kívánt, csak megengedett mint a tett elkerülhetetlen következménye. Ebben az esetben tehát a tettnek legalább két hatása van, az egyik ezek közül az illető halála, de a tettes szándéka nem a halál létrehozása, hanem a másik következmény elérése volt[42].

Öngyilkosságot két módon lehet elkövetni: létezik aktív és passzív öngyilkosság az aktív és a passzív eutanázia analógiájára. Aktív öngyilkosság az, amikor valaki tesz valamit, ami a halálát okozza (például főbelövi magát), passzív öngyilkosság esetén valaki nem tesz meg valamit, ami megmentené az életét, azzal a kifejezett szándékkal, hogy ezzel saját halálát előidézze. Passzív öngyilkosság például az, ha valaki visszautasít egy fájdalmatlan és életmentő műtétet, azzal a szándékkal, hogy végre meghalhasson, és nem azért, mert fél a műtéttől[43].

Mint az eddigiekből látható, filozófiailag nem tekinthető öngyilkosságnak az, amikor valaki nem is akar valójában meghalni, és öngyilkossági kísérletével inkább csak a figyelmet szeretné felhívni magára, és segítséget szeretne kapni egy számára megoldhatatlannak tűnő probléma megoldásához. Mivel itt hiányzik a halálra irányuló közvetlen szándék, ezért ez akkor sem öngyilkosság, ha a kísérlet szerencsétlenül az illető halálával végződik. Ezt – a meghalási szándék hiánya miatt – filozófiailag inkább balesetnek, mint öngyilkosságnak lehet nevezni[44].

AZ ÖNGYILKOSSÁG ERKÖLCSI MEGÍTÉLÉSÉVEL KAPCSOLATOS KÉT NAGY TRADÍCIÓ

O'Keeffe[45] az öngyilkosság megítélésével kapcsolatos nézeteket két nagy csoportra osztja: az istenközpontú (keresztény) vallásos felfogásra és az emberközpontú (humanista) felfogásra.

Az öngyilkosság vallásos felfogása. A vallásos felfogás szerint életünk felett nem mi rendelkezünk, azt egyfajta ajándéknak vagy adománynak kell felfognunk, és az öngyilkosság így az isteni jogok bitorlása. Mint már láttuk, ezt a felfogást nemcsak olyan vallásos gondolkodók képviselték, mint Szent Ágoston vagy Aquinói Tamás, hanem olyan nem vallásos gondolkodók is, mint Szókratész, Locke vagy Kant[46]. Ez a felfogás elutasítja az egyén teljes autonómiájának a gondolatát, az embert teremtménynek, függő helyzetű lénynek fogja fel, úgy tartja, hogy életünk nem a miénk, és ezért nem rendelkezhetünk vele tetszésünk szerint. Az öngyilkosság a keresztény tanítás szerint azért az egyik legnagyobb bűn, mert minden más bűn elkövetésével a bűnös csak a világ bizonyos részeit utasítja el, az öngyilkossággal viszont az egész világot, hiszen saját magát megölve a maga számára az egész világot elpusztítja. Így az öngyilkosság az Isten-

nek és Isten világának való hátatfordítás, Isten ajándékának a megvetése, így végső soron Isten megvetése is[47]. Ahogyan O'KEEFFE fogalmaz, az öngyilkos mintegy ezt mondja: „Teljesen elutasítom magát a létezést, és szándékosan elpusztítom a létezésből azt, amit el tudok pusztítani: saját testi létezésemet"[48].

Az öngyilkosság emberközpontú felfogása. Az emberközpontú, humanista felfogás szerint az ember a maga érdekei legfőbb bírája, és ő egyedül felelős saját életéért. Ezért döntési joga van, teljes autonómiával rendelkezik annak eldöntésében, hogy folytassa-e életét, vagy a halált válassza-e inkább. Eszerint egy embernek ugyanúgy kell mérlegelnie, hogy kilátástalan körülmények között érdemes-e tovább élnie, ahogyan egy cégnek kell mérlegelnie, hogy a veszteségei nem lépték-e át azt a határt, amikor már célszerű beszüntetnie az üzleti tevékenységet[49]. A humanista felfogás szerint a lét általában jobb, mint a nemlét, és ezért az öngyilkosság alapvetően nemkívánatos, de ez csak általában igaz, és bizonyos helyzetek annyi szenvedést kelthetnek, és annyira kilátástalanok lehetnek, hogy ezekben az esetekben az öngyilkosság racionális megoldás, és erkölcsileg elfogadható.

AZ ÖNGYILKOSSÁGGAL KAPCSOLATOS ÉRVEK ÉS ELLENÉRVEK[50]

A továbbiakban GONSALVES alapján áttekintjük az öngyilkossággal kapcsolatos leggyakoribb érveket és ellenérveket.

Érvek az öngyilkosság mellett

1. Bármilyen súlyosak is valakinek a szenvedései, nem szabad öngyilkosságot elkövetnie mindaddig, amíg bármilyen csekély reménye is van arra, hogy szenvedései megszüntethetők. Vannak azonban olyan kilátástalan élethelyzetek, amikor ésszerű remény már nincsen, és értelmetlen feleslegesen tovább szenvedni akkor, amikor a lét már csak teher mind a saját magunk, mind mások számára. Ilyen esetben ésszerű alternatíva az öngyilkosság.
2. Az ember ne legyen sorsa passzív elszenvedője, hanem inkább annak aktív alakítója. Próbálja megőrizni méltóságát és a saját sorsa fölötti irányítást, és legyen ereje befejezni életét akkor, ha az már semmiféle értelemmel nem bír. Az öngyilkosság annak a jele, hogy valaki ura a saját sorsának.
3. Mindenkinek joga van két rossz közül a kisebbiket választani. Ha valakinek az élete annyira gyötrelmes, hogy az rosszabb számára a halálnál, akkor joga van

a halált választani. Ha jogunk van beavatkozni a természet rendjébe, és életünket meghosszabbítani, akkor miért nincs jogunk megrövidíteni, ha adott esetben ez áll érdekünkben?

4. Még ha el is fogadjuk, hogy az életet az Isten adta, és az egyfajta ajándék, az ajándékkal a megajándékozott a továbbiakban maga rendelkezik, azt tesz vele, amit akar, és nem köteles olyan ajándékot őrizgetni, amely neki szenvedést okoz.
5. Naiv felfogás azt gondolni, hogy az öngyilkosság bitorolja Isten legfelsőbb jogait. Egyetlen teremtmény sem képes Isten megkárosítására. Isten, amikor az életet adta nekünk, már eleve tudta, hogyan fogunk vele sáfárkodni. Isten megengedi, hogy elpusztítsuk a növényeket és az állatokat saját céljaink elérése érdekében. Miért ne lehetne saját életünk is a mi rendelkezésünk alatt?
6. Jogos önvédelem esetén megölhetünk egy másik embert saját védelmünkben. Az állam is ölhet háborúban vagy a halálbüntetés kiszabása formájában. Miért csak mások életéről dönthetünk, és miért nem a saját életünkről? Miért nem ölhetjük meg saját magunkat, ha a saját testünk lett a legnagyobb ellenségünk?

Érvek az öngyilkosság ellen

1. Az öngyilkosság gyávaság, megfutamodás az élet nehézségei elől. Az öngyilkos mások vállára rakja azt a terhet, amit ő nem tudott tovább viselni.
2. Még a legnyomorultabb, szenvedéssel teli élet is értékes, és magának a szenvedésnek is van túlvilági, morális és spirituális értéke.
3. Az önszeretet elve is azt diktálja, hogy ne károsítsuk magunkat. Minden lény természetes törekvése, hogy addig tartsa fenn létét, ameddig csak lehetséges.
4. Két rossz közül lehet ugyan a kisebbiket választani, de morálisan rossz dolgot soha nem szabad választani. Az élet meghosszabbítására való törekvés természetes, de a megrövidítésére való törekvés nem, ezért az öngyilkosság nem elfogadható.
5. Nem a mi feladatunk dönteni életünk hossza felől, ez az Isten előjoga. Az emberi élet több, mint a növényi vagy állati, hiszen az embernek teremtett lelke van, az ember személy.
6. Önvédelem esetén az élethez való természetes jogunkat védjük, ez azonban nem áll fenn öngyilkosság esetén.

*

Az érvekből és ellenérvekből látható, hogy az öngyilkosság elleni érvek alapvetően vallásos-teológiai természetűek. Nem vallásos talajon nem lehet döntő érvet felvonultatni az öngyilkosság ellen[51], és nem vallásos kontextusban a szokásos vallási érvek nem meggyőzőek. (AQUINÓI TAMÁS érve például, miszerint az

öngyilkosság ellene van természetes hajlamainknak, nem vallásos szemszögből gyengének tűnik, hiszen nem mondja meg, miért rossz természetes hajlamaink ellen élni. Ez már csak azért is problematikus, mert AQUINÓI TAMÁS például a szüzességet is helyesli, holott az is természetes hajlamaink ellen való. Továbbá az is természetes hajlamaink közé tartozik, hogy igyekszünk elkerülni a szenvedést és a fájdalmat, és az öngyilkos pontosan ezt teszi, így ő sem cselekszik természetes hajlamai ellenére[52].)

A LIBERTARIÁNUS FELFOGÁS

Az az állítás, hogy az öngyilkosság erkölcsileg mindig elfogadhatatlan, csak specifikus vallási doktrínák segítségével bizonyítható, és ezért csak olyan vallásos kontextuson belül fogadható el, amelyik az embert teremtményként, Istentől függő lényként írja le. Vallásos kontextuson kívül azonban csak annyi mondható, hogy az öngyilkosság erkölcsileg általában rossz, lehetnek azonban olyan esetek, amikor morálisan elfogadható, racionális megoldás[53]. Az öngyilkosság némely esetben való megengedhetőségét valló libertariánus felfogás az emberi autonómiából indul ki. Eszerint az öngyilkosság erkölcsileg megengedhetetlen, ha másokat is érint. Ha nem, akkor bizonyos helyzetekben az öngyilkossághoz való erkölcsi jog megkérdőjelezése egy személy integritásának a tagadását jelenti, azt, hogy az egyént az egyház vagy az állam függelékévé fokozzuk le[54]. A libertariánus nézet szerint az ember racionális, szabad lény, joga van szabadon választani mindaddig, amíg ezzel mások szabadságát nem korlátozza, vagy egy szerződést meg nem szeg[55]. Ennek alapján tehát, ha egy személy ép elméjű, és másokkal szemben teljesítetlen kötelességei nincsenek, választhatja az öngyilkosságot. Mindebből azonban nem következik, hogy egy embernek mindig morális joga van öngyilkosságot elkövetni. Nem lehet az egyén ilyen jogát elismerni akkor, ha az öngyilkosság az illető másokkal szembeni kötelességei megszegését jelentené. Például egy szülő, ha gyermeket nemz, egyfajta implicit ígéretet tesz, kötelezettséget vállal arra, hogy a gyermeknek gondját fogja viselni. Öngyilkossága ennek az implicit ígéretnek a megszegését jelentené, ezért erkölcsileg elfogadhatatlan[56].

A libertariánus nézet szerint megakadályozható egy személy öngyilkossága, ha az nem autonóm, vagyis az illetőnek nincs megfelelő mérlegelési, belátási képessége, hogy felmérje tettei következményeit. Így megakadályozható kiskorú, elmebeteg, depressiós, kábítószerfüggő stb. öngyilkossága, hiszen ezekben az állapotokban az illető személyek döntése nem tekinthető szabad mérlegelés eredményének. Ha azonban az illető megfelelő belátási képességgel rendelkezik, felnőtt és épelméjű, továbbá tettével mások szabadságát nem sérti, nincsenek teljesítetlen kötelességei másokkal szemben, akkor a libertariánusok elismerik az

öngyilkossághoz való erkölcsi jogot[57], és azt számos esetben a legésszerűbb cselekedetnek tekintik.

Mikor racionális az öngyilkosság a libertariánus nézet szerint?

Először is le kell szögezni, hogy a legtöbb esetben az öngyilkosság nem racionális válasz egy életproblémára, hiszen a valóságban ritkán annyira megoldhatatlan egy élethelyzet, mint amilyennek egy kétségbeesett, szenvedő ember számára látszik. Általánosan fogalmazva azonban akkor racionális az öngyilkosság, ha valakinek jobb holtan, mint élve. Ezt eldönteni csak úgy lehet, ha a kérdéses személy értékeiből, szempontjaiból indulunk ki. Mindenki saját maga ismeri legjobban saját értékeit, de annak megítélésében, hogy jobb-e a halál, mint az élet folytatása, az illető tévedhet. A tévedésnek számos formája lehet. Egyrészt tévedhet abban, hogy hogyan fognak alakulni értékpreferenciái a jövőben. Alábecsülheti saját alkalmazkodóképességét, úgy érezheti például, hogy soha nem lesz képes megszokni azt, hogy amputált lábbal kell leélnie az életét, holott lehet, hogy megfelelő idő alatt és mások támogatásával mégis képes lesz alkalmazkodni ehhez az állapothoz[58]. Előfordul, hogy a pillanatnyi depressio teszi lehetetlenné a helyzet objektív értékelését. Depressiv állapotban a jövő a valóságosnál kilátástalanabbnak tűnik, a múlt is átértékelődik, és a normális életpálya kudarcok sorozatának tűnhet fel. Az ilyen torzítások miatt nem minden ember van abban a helyzetben, hogy szabadon és tárgyilagosan tudja megítélni, érdemes-e tovább élnie, és mivel az esetek egy jelentős része ilyen, ez indokolja az öngyilkossági kísérlet szokásos rutinszerű és törvény által is előírt megakadályozását.

AZ ÖNGYILKOSSÁG ÉS A JOG

Az öngyilkosság a legtöbb országban hosszú évszázadokon keresztül ugyanolyan súlyos bűncselekménynek számított, mint az emberölés. Angliában az öngyilkos büntetése az volt, hogy holttestét karóval átszúrva közszemlére tették, vagyona a királyra szállt, így utódait megfosztották mind a család jó hírétől, mind teljes vagyonától[59].

Mára az öngyilkosságot a legtöbb fejlett országban dekriminalizálták, az öngyilkosságban való segédkezés és az arra való felbujtás azonban továbbra is bűncselekménynek számít. Ez összhangban van természetes reakcióinkkal is, hiszen ha környezetünkben öngyilkossági kísérletet tapasztalunk, az első ösztönös reakciónk az öngyilkosság megakadályozása. Nincs ez ellentétben a libertariánus elvvel, miszerint mindenkinek joga van az öngyilkosságra, ha ezzel másoknak kárt

nem okoz, szerződést nem sért, és ezért másoknak nem szabad ilyenkor az öngyilkosságot megkísérlőt tettében megakadályozni? Erre a kérdésre az a válasz kínálkozik, hogy még ha el is fogadnánk a libertariánus érvelést, egy öngyilkossági kísérletet látva sohasem lehetünk biztosak abban, hogy az illető öngyilkossága az adott esetben az illető szabad, megfontolt, ép elmével hozott döntése-e. Nagyon sok öngyilkossági kísérletet depressiós, mentálisan beteg vagy egyéb okból csökkent belátási képességű ember követ el, és az ilyen öngyilkosság a libertariánus elv alapján is megakadályozandó. Mivel egy öngyilkossági kísérletet tapasztalva sohasem tudhatjuk, hogy az illető kellő belátási képességgel, megfelelő megfontolás után végrehajtott tette volt-e, és mivel az öngyilkossági kísérletek túlnyomó többsége nem ilyen, ezért az egyetlen helyes eljárás ilyenkor az öngyilkossági kísérlet megakadályozása. Mi legyen azonban azokban az esetekben, amikor az öngyilkossági kísérletet valóban kellő megfontolás előzte meg, és az öngyilkosságra készülő elméje egészséges? Eltekintve attól, hogy a jog ilyenkor is az öngyilkosság megakadályozását írja elő kötelességként, erkölcsi érvek is szólnak emellett. Egy dolog ugyanis az, hogy az öngyilkosság egyedi esetekben erkölcsileg megengedhető és racionális tett lehet, más dolog azonban az öngyilkosság intézményesülését jogilag is megengedni. Egy ilyen lépés könnyen olyan légkört teremthet a társadalomban, amelyben az egyén egy súlyos élethelyzetben presszionálva érezhetné magát öngyilkosság elkövetésére. Az egész társadalomban is könnyen kialakulhatna olyan hozzáállás, amely bizonyos súlyos, megoldhatatlannak tűnő problémák esetén nem az egyén segítésében látná a megoldást, hanem annak halálában, például öngyilkosság révén. Ezért célszerű fenntartani az öngyilkosságban való közreműködés jogi büntethetőségét, annak ellenére, hogy az autonóm (vagyis megfelelő belátási képességgel és érett megfontolás után végrehajtott) öngyilkosság bizonyos kivételes esetekben libertariánus talajon erkölcsileg elfogadható lehet[60].

Jegyzetek a 11. fejezethez*

[1]*Zonda T.* (1991): Az öngyilkosság kulturtörténete. Végeken Alapítvány, Budapest.
[2]*Campbell, R., Collinson, Diané* (1988): Ending Lives. Oxford–New York, Basil Blackwell (p. 22)
[3]*Frey, R. G.* (1978): Did Socrates Commit Suicide? In: Philosophy 53 (1978), (p.106–108)
[4]*Platón:* Phaidon, 62b. (In: Összes művei, I. köt. Budapest, Európa, 1984)
[5]*Platón:* Törvények, 873d. (In: Összes művei, III. köt. Budapest, Európa, 1984)
[6]*Arisztotelész:* Nikomakhoszi Etika, III. könyv, 11. (Budapest, Európa, 1987)
[7]*Arisztotelész:* Nikomakhoszi Etika, V. könyv, 15. (Budapest, Európa, 1987)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[8]*Seneca:* Vigasztalások. Erkölcsi levelek. Budapest, Európa, 1980. (70. levél)
[9]*Fletcher, J.* (1976): Attitudes toward Suicide. In: *Donnelly, J.* (ed.) (1990): Suicide. Right or Wrong? Buffalo–New York, Prometheus Books (p. 65)
[10]*O,Keeffe, T. M.* (1981): Suicide and Self-Starvation. Philosophy 56 (1981) (p. 349–363) In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 120)
[11]Ibid.
[12]*Augustine:* City of God. (transl. Bettenson, H.) Penguin Books, 1972 (p. 27–31)
[13]*Fletcher, J.* (1976): Attitudes toward Suicide. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 66)
[14]*Aquinas, Thomas:* Whether It Is Lawful to Kill Oneself? Summa Theologica, Part 2, Question 64, A5. New York, Benzinger Brothers, Inc; London, Burns & Oaks Ltd. 1925. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 33–36)
[15]*Williams, G.* (1967): Suicide. In: *Edwards, P.* (ed.) (1967): The Encyclopedia of Philosophy. New York–London, Collier Macmillan Publishers.
[16]*Morus, Thomas:* Utópia. Budapest. 1989.
[17]*Campbell, R., Collinson, Diané* (1988): i. m. (p. 27)
[18]*Zonda T.* (1991): i. m. (p. 164)
[19]*Hume, D.:* On Suicide. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 37–45) Magyarul: *Zonda T.* (1991): i. m. (p. 169–179)
[20]*Kant, I.:* Duties towards the Body in Regard to Life. From: Lectures in Ethics (transl. Infield, L.) New York, Harper & Row, 1963. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 47–55)
[21]*Schopenhauer, A.:* Parerga és Paralipomena III. (Az öngyilkosságról) Budapest, Világirodalmi Könyvkiadó Vállalat.
[22]*Campbell, R., Collinson, Diané* (1988): i. m. (p. 59)
[23]*Camus, A.:* Sziszüphosz mítosza. Budapest, 1990.
[24]*Campbell, R., Collinson, Diané* (1988): i. m. (p. 66)
[25]Ibid. (p. 119)
[26]*Szasz, T. S.* (1971): The Ethics of Suicide. The Antioch Review (Spring 1971) 31 (p. 7–17) In: *Weir, R. F.* (ed.) (1986): Ethical Issues in Death and Dying. (2nd ed.) New York, Columbia University Press (p. 367–380)
[27]*Frey, R. G.:* Suicide and Self-Inflicted Death. Philosophy 56 (1981), (p. 193–202) In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 105)
[28]*Durkheim, É.:* Az öngyilkosság. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1982 (p. 32)
[29]*Graber, G. C.:* Mastering the Concept of Suicide. In: Donnelly, J. (1990): i. m. (p. 139)
[30]*Beauchamp, T. L.:* What is Suicide? In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 324)
[31]*Brandt, R. B.* (1986): The Morality and Rationality of Suicide. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 334)
[32]*Campbell, R., Collinson, Diané* (1988): i. m. (p. 5)
[33]Biblia. Máté, 26:52-53.
[34]*O´Keeffe, T. M.* (1981): i. m. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 124)
[35]Ibid.
[36]*Somfai B.:* Személyes közlés
[37]*O´Keeffe, T. M.* (1981): i. m. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 129–130)
[38]*Tolhurst, W. E.:* Suicide, Self-Sacrifice, and Coercion. The Southern Journal of Philosophy 21 (1983), 109–121. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 80)
[39]*O´Keeffe, T. M.* (1981): i. m. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 118)
[40]*Stern-Gillet, Suzanne* (1987): The Rhetoric of Suicide. Philosophy and Rhetoric. 20. No. 3 (1987), (p. 160– 170.) In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 93–103)
[41]*Gonsalves, M. A.:* Theistic and Nontheistic Arguments. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 179)
[42]Ibid.

[43]*Tolhurst, W. E.* (1983): Suicide, Self-Sacrifice, and Coercion. The Southern Journal of Philosophy 21 (1983):109-121. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. Buffalo—New York, Prometheus Books. (p. 80)
[44]*Graber, G. C.* (1990): i. m. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 142)
[45]*O´Keeffe, T. M.* (1981): i. m. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 119)
[46]Ibid.
[47]Ibid. (p. 121)
[48]Ibid. (p. 132)
[49]Ibid. (p. 119)
[50]*Gonsalves, M. A.* (1990): i. m. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 180–182)
[51]Ibid. (p. 182)
[52]*Brandt, R. B.* (1986): The Morality and Rationality of Suicide. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 336)
[53]*O´Keeffe, T. M.* (1981): i. m. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 121)
[54]*Fletcher, J.* (1976): i. m. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 67)
[55]*Lebacqz, Karen, Engelhardt, H. T. jr.* (1977): Suicide and Covenant. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 345)
[56]Ibid. (p. 346)
[57]Ibid. (p. 349)
[58]*Graber, G. C.* (1990): i. m. In: *Donnelly, J.* (1990): i. m. (p. 148–149)
[59]*Campbell, R., Collinson, Diané* (1988): i. m. (p. 18)
[60]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): Principles of Biomedical Ethics. (3rd ed.) New York–Oxford, Oxford University Press (p. 227)

12. fejezet – Az eutanázia

A PROBLÉMA

Vannak olyan rendkívüli élethelyzetek, amikor egy emberre közeli és biztos halál vár, miközben szenvedései alig elviselhetők. Megengedhető-e ilyenkor, hogy az illetőt – saját kérésére – szánalomból más megölje, ha kínjai más módon nem csillapíthatók? Klasszikus és sokat idézett példa erre annak a gyúlékony anyagot szállító tartálykocsi vezetőjének az esete, aki baleset következtében a felborult és deformálódott jármű égő vezetőfülkéjében rekedt. Kiszabadítani nem lehetett, a tüzet eloltani nem tudták, és a kibírhatatlanul szenvedő, égő ember könyörögve kérte az összecsődült tömegben meglátott rendőrt, hogy lője le őt. Jogilag természetesen ilyen tett nem lenne megengedett, de ebben a kétségbeesett szituációban megengedhető lett volna-e erkölcsileg? Az oxfordi filozófus, HARE eme példa kapcsán az aranyszabályra hivatkozik: mi magunk, ha az égő sofőr helyében lennénk, mit kívánnánk ebben a helyzetben? HARE szerint kevesen mondanák ilyenkor, hogy a kegyelemölés abszolút elfogadhatatlan[1]. Az ilyen szituáció szerencsére túl ritka ahhoz, hogy a mindennapi élet számára komoly erkölcsi problémát jelentsen. Ugyanakkor a mai orvostudomány – technikai fejlettsége miatt – bővelkedik hasonló erkölcsi dilemmákban.

Példák

A KAREN ANN QUINLAN eset. A legelső „eutanázia"-eset, amelyik nagy nyilvánosságot kapott, egy amerikai diáklány, KAREN ANN QUINLAN esete volt. 1975-ben – pontosan azóta sem tisztázott okból – Karen légzése egy baráti összejövetelen 15 percre leállt, és noha az újraélesztés eredményesnek bizonyult, a hypoxia miatt bekövetkezett agykárosodás irreverzíbilis comát idézett elő. Mivel több hónapos kezelés után bizonyossá vált, hogy Karen állapota visszafordíthatatlan, és egész hátralévő életét comában kell leélnie, szülei arra kérték a kezelőorvost, hogy kapcsolja le lányukat a lélegeztetőgépről. Az orvosok azonban ezt megtagadták, mert úgy gondolták, hogy ez a beteg megölésével lenne egyenlő. A szülők bírósághoz fordultak, amely jogosnak ítélte kérésüket, és megengedte számukra, hogy lányukat a lélegeztetőgépről lekapcsoltassák, még akkor is, ha ez előreláthatólag Karen halálát fogja eredményezni. A lányt azonban egy katolikus kórházban kezelték, és az apácák – sejtve a bíróság várható döntését – még

a tárgyalás ideje alatt elkezdték „elválasztani" betegüket a lélegeztetőgéptől. Periodikusan lekapcsolták róla és visszakapcsolták rá, hogy Karen ismét „megtanuljon" lélegezni, hogy mire a bíróság elrendeli a respirátor kikapcsolását, képes legyen spontán légzésre. (Az apácák e tettét később sokan kritizálták, azzal vádolva őket, hogy pápábbak akartak lenni a pápánál, hiszen az egyház már korábban kimondta, hogy amíg a szokásos orvosi kezeléseket mindig alkalmazni kell, addig bizonyos reménytelen esetekben erkölcsileg megengedhető, ha a beteget hagyják békében meghalni, és nem alkalmaznak nála olyan rendkívüli kezeléseket, melyek túl terhesek számára vagy a családja számára. A lélegeztetőgép is ilyen rendkívüli eszköznek minősíthető.) Az apácák sikeresek voltak, mert Karen a respirátorról való lekapcsolása után spontán lélegezni kezdett. Végül még 9 évig élt, és csak 1985-ben halt meg pneumoniában, amelyet orvosai nem kezeltek antibioticummal, hogy Karen végre meghalhasson[2]. A QUINLAN-eset csak az első volt, amelyik ráirányította a figyelmet az életfenntartó kezelések megszüntetésével kapcsolatos problémákra. Számos hasonló eset következett ezután; nézzünk néhányat a tipikusabbak közül.

Sclerosis lateralis amyotrophica (SLA). Egy asszonyon sclerosis lateralis amyotrophicát (SLA) állapítottak meg. A betegség a szellemi képességek érintetlenül hagyásával egyre nagyobb területre kiterjedő bénulást okoz. Végül a beteg teljesen megbénul, és minden kezelés ellenére 1–3 év alatt általában meghal. Az ilyen beteg régebben igen gyorsan meghalt, legkésőbb akkor, amikor légzőizmai megbénultak. Ma azonban ilyenkor a beteget lélegeztetőgépre kapcsolják, és így életét meghosszabbítják. A beteg beszédképtelen, és a példában[3] szereplő asszony már csak szemhéja mozgatására volt képes. Ápolói olyan komputert szerkesztettek, amelynek képernyőjére az asszony – szemhéja segítségével – egyszerűbb kérdésekre válaszokat tudott „kiírni". A betegség azonban abba a stádiumba jutott, hogy az asszony nyelésképtelen lett, így további táplálása csak gyomorszonda segítségével lett volna biztosítható. Ennek levezetésébe azonban a beteg nem egyezett bele, mert úgy érezte, nem bírja már tovább a kilátástalan szenvedést. El lehet-e ezt fogadni, és a gyomorszonda levezetésétől el lehet-e tekinteni, vagy pedig – mivel ez a cselekedet öngyilkossághoz való segítségnyújtást jelentene – kényszertáplálásban kell-e a beteget részesíteni? Ha az asszony kérését elfogadják, és mesterséges táplálásától eltekintenek, akkor ez passzív eutanázia, hiszen elmulasztanak megtenni valamit, ami meghosszabbítaná a beteg életét, és amelynek hiányában meghal. Elfogadható-e ez?

Egy másik esetben egy SLA-ban szenvedő beteg, aki évek óta respirátorra volt kapcsolva, a lélegeztetőgépről való lekapcsolását kérte, mert már „belefáradt a szenvedésbe". Itt is az volt az erkölcsi probléma, hogy egy ilyen kérés teljesíthető-e, hiszen a lélegeztetőgépről való lekapcsolás a beteg halálát fogja eredmé-

nyezni. Mivel azonban az USA-ban (ahol a beteg kérését bíróság vizsgálta meg) alapelv, hogy belátási képességgel rendelkező, nagykorú beteg minden orvosi beavatkozást visszautasíthat, még életfenntartó beavatkozásokat is, ezért a bíróság a kérést teljesíthetőnek tartotta, ha a beteg a kezelés megszüntetésének következményeiről kellően tájékoztatva van[4]. További probléma lehet azonban ilyen esetben az, hogy a respirátort kikapcsolva a beteg néhány óráig még lélegezne, csak légzőizmai bénultsága folytán ez nem lenne elegendő élete fenntartásához. Ily módon tehát a kezelés puszta abbahagyásával a beteg igen fájdalmas, több óráig tartó fulladásos halált halna. Ha viszont a respirátor lekapcsolása után úgyis meghal, és azt mindenképpen joga van lekapcsoltatni, akkor joga van-e aktív eutanáziát kérni orvosától, arra hivatkozva, hogy humánusabb őt – kérésére – aktív módon a halálba segíteni, megkímélve a fulladásos halál órákig tartó kínjaitól, mint pusztán meghalni hagyni?

Perzisztens vegetatív állapot és irreverzíbilis coma. Ha egy beteg agykérge és agytörzse elpusztult, akkor eszméletlen, és gépi lélegeztetésre szorul, hogy a vérkeringés még ideig-óráig fenntartható legyen. Az ilyen beteg agyhalott, vagyis jogi és erkölcsi szempontból egyaránt halottnak számít. Azért igyekeznek légzését és keringését még rövid ideig fenntartani, mert szervei szervátültetéshez felhasználhatók, és a szervek életben tartásához a vérkeringés és a légzés mesterséges biztosítása szükséges. Agyhalott beteg azonban legfeljebb néhány napig tartható ily módon „életben". (Hangsúlyozni kell, hogy az ilyen beteg csak biológiai értelemben számít élőnek, jogi és erkölcsi szempontból halottnak tekinthető.)

Ha csak a beteg agykérge (cortexe) pusztul el, agytörzse azonban tovább funkcionál, akkor jön létre az ún. neocorticalis agyhalál állapota. Az ilyen beteg nem agyhalott, így jogilag és erkölcsileg még élőnek számít, így mindazok a jogok megilletik, amelyek bármely más beteget. A neocorticalis agyhalál két formáját lehet elkülöníteni, a perzisztens vegetatív állapotot és az irreverzíbilis comát. Ha a neocorticalis agyhalott agytörzse sem teljesen ép, mert az abban elhelyezkedő formatio reticularis is károsodott, akkor a beteg az irreverzíbilis coma állapotában van. Ilyenkor spontán lélegezhet, de irreverzíbilisen eszméletlen. Ettől a perzisztens vegetatív állapot abban különbözik, hogy ilyenkor a neocorticalis agyhalott agytörzse teljesen ép, vagyis a formatio reticularis működése is egészséges[5]. Ezekben az esetekben a betegnek vannak éber pillanatai, de nincs öntudata. A perzisztens vegetatív állapot kb. 40%-a súlyos fejsérülés eredménye, amelyik a cortexbe tartó, illetve az onnan elvezető rostok laesiója révén vágja el a cortexet az alacsonyabb területektől. Az esetek másik 40%-a a corticalis sejtek hypoxia miatti pusztulása révén következik be, amelynek oka lehet a legkülönbözőbb eredetű cardiorespiratoricus funkciókiesés, hypoglykaemia, mérgezés,

akut cerebralis betegség, stb. Külföldi adatokból következtethetően Magyarországon évente kb. 100 friss perzisztens vegetatív állapotú és irreverzíbilis comás beteggel lehet számolni[6].

A perzisztens vegetatív állapotú betegek – ellentétben az irreverzíbilis comás beteggel – nincsenek comában, alvásukat hosszabb éber periódusok szakítják meg, és ilyenkor szemük nyitva van, és mozgó tárgyat reflexesen szemmel követni képesek, illetve szemüket a hirtelen erős zaj irányába képesek fordítani. Mind a négy végtag spasticus, de fájdalomingerekre visszahúzódik. A beteg arcával grimaszolni képes, a szájába tett kis mennyiségű ételt vagy italt lenyeli. Tud nyöszörögni, kiabálni, de szavakat mondani nem képes. Bár a tapasztalatlan megfigyelő ezeket a jelenségeket a beteg akaratlagos reakcióinak tudja be, valójában perzisztens vegetatív állapotban nincs pszichológiailag értelmes válasz a környezeti ingerekre[7].

Noha ezek a betegek szellemileg is aktívnak látszanak, hiszen fintorognak, pislognak, nyelnek, valójában ez csak a látszat. Olyan ez, mintha egy üres lakásban az előre beállított kapcsolók felgyújtanák a villanyt, bekapcsolnák a rádiót és elhúznák a függönyt. A lakást az utcáról figyelve azt hinnénk, hogy valaki otthon van. Valójában azonban a lakás üres, a történések mögött nem értelmes emberi cselekvés áll, hanem az előre beállított kapcsolók mechanikus tevékenysége[8]. Ennek megfelelően a perzisztens vegetatív állapotban lévő beteg értelmesnek tűnő reakciói is csak látszólag értelmesek, működő agykéreg híján valójában semmiféle értelmes reakció nem képzelhető el. A perzisztens vegetatív állapotban lévő betegek 50%-a általában az első éven belül meghal, sokuknak azonban annyira stabilizálódik az állapota, hogy több évig is elélhetnek. Nem ritka az 5 éves túlélés, de 30 éves túlélésre is volt már példa. A túlélés azonban csak úgy lehetséges, hogy nasogastricus szondán vagy gastrostoma segítségével a beteget mesterségesen táplálják. Az etikai kérdés ilyenkor az, hogy érdekében áll-e az ilyen betegnek a túlélés? A hozzátartozók számára sokszor érzelmileg nagyon megterhelő az ilyen beteg ápolása, és a társadalom véges erőforrásaiból is sokat elvon a reménytelen állapotú betegek ellátása. Ugyanakkor a perzisztens vegetatív állapotban lévő betegek nem szenvednek, nincsenek terminális állapotban, és elvileg még hosszú évekig élhetnek. Az eutanáziaviták gyakori kérdése, hogy megengedhető-e állapotukban az életfenntartó kezelések megszüntetése, és ha igen, milyen feltételekkel? Ki dönthet erről? Milyen kezelések szüntethetők meg ilyenkor?

Locked-in state. Hasonlóan nehéz, de szerencsére sokkal ritkább erkölcsi dilemma az ún. „locked-in state" (önmagába bezártság) állapota. Ebben a betegségben a beteg agykérge ép, de a híd motoros pályáinak a sérülése miatt nem tud sem mozogni, sem beszélni. Még arcizmait sem képes mozgatni, ugyanakkor

éber, és gondolkodása ép. Egyfajta önmagába bezárt állapot ez, hiszen a beteg a gondolatait semmiféle módon nem tudja a környezetével közölni, kommunikációképtelen, ugyanakkor természetesen tudata tiszta, így szenvedni is tud[9]. Az erkölcsi probléma itt is az, hogy ha bonyolult módon mégis megpróbálunk kommunikálni a beteggel, és ő jelzi, hogy életfenntartó kezelésének megszüntetését szeretné, elfogadhatjuk-e ezt?

AZ EUTANÁZIAKÉRDÉS ELŐTÉRBE KERÜLÉSÉNEK OKAI

A mai medicina technikai fejlettsége. A felsoroltakhoz hasonló példákat még hosszan lehetne idézni – ezek jellegzetesen a modern medicina problémái. Ma a fejlett orvosi technika eredményeképpen jóformán orvosi döntés kérdése, hogy egy beteg mikor haljon meg. Noha a mai orvoslás sem tudja a halált megszüntetni, sok esetben azonban az időpontját szinte korlátlanul ki tudja tolni. Ily módon azonban sokszor csak a beteg haldoklását hosszabbítja meg, évekig, esetleg évtizedekig életben tartva irreverzíbilis comában, perzisztens vegetatív állapotban lévő embereket, akik jogilag és erkölcsileg nem számítanak halottnak, így orvosi kezelésük nem szüntethető meg, viszont életben tartásuk sokszor csak úgy lehetséges, hogy az sérti emberi méltóságukat.

Az eutanázia problámáját nemritkán úgy szokták elütni, hogy azt mondják: arra ma már soha nincs szükség, hiszen mára a fájdalomcsillapítás problémája megoldottá vált. Megfelelő szakértelemmel ma már minden fájdalom csillapítható, és ha egy beteg mégis szenved, az csak a szakszerűtlenül végzett fájdalomcsillapításnak köszönhető, és erre a válasz nem az eutanázia, hanem a fájdalomcsillapítás korszerű módszereinek jobb oktatása kell legyen. Az eutanázia problémája azonban ilyen módon azért nem intézhető el, mert ez a fajta érvelés összetéveszti a fizikai fájdalmat a lelki szenvedéssel. Még ha el is fogadjuk, hogy a mai orvostudomány minden fizikai fájdalmat csillapítani tud, a beteg szenvedéseit nem csak fizikai fájdalmai okozhatják. Az előbb leírt esetben például a teljesen megbénult, SLA-ban szenvedő asszony kétségbeesését nyilván nem a fizikai fájdalmak okozták, hiszen az SLA önmagában nem fájdalmas betegség, hanem a mozgás- és beszédképtelenséggel együtt járó frusztráció, a betegség kilátástalan prognózisa, a szenvedés céltalansága és a beteg szinte abszolút kiszolgáltatottsága. Mivel fájdalomcsillapítással csak a fájdalmak szüntethetők meg, a lelki szenvedés azonban nem, ezért a fájdalomcsillapítás problémájának megoldottsága nem jelenti az eutanázia problémájának a megoldottságát is.

A modern orvosi ethosz: az élet mindenáron való meghosszabbítása. Az eutanáziával kapcsolatos erkölcsi dilemmák azonban nemcsak azért a modern

medicina problémái, mert a mai technikai fejlettség nélkül ezek nagy része létre sem jönne, hanem azért is, mert az élet meghosszabbításának kötelességéről is másképpen gondolkodunk ma, mint régen.

Bár sokan azt gondolják, hogy az orvos feladata mindig is az volt, hogy az élet bármi áron való megőrzésére törekedjék, és ezért soha nem volt szabad egyetlen lehetséges kezelésről sem lemondania, valójában ez a felfogás jellegzetesen modern. Az ókori görög medicinában nincs nyoma, a hagyományos orvoslás általában elkerülte a reménytelen esetek kezelését[10]. Az ókori Görögországban a hippokratészi orvosoknak azt tanácsolták, hogy ne foglalkozzanak reménytelen esetek kezelésével, mert az rosszat tesz gyógyító hírüknek[11]. PLATÓN szerint az aszklépioszi hagyomány „meg sem kísérelte, hogy egy keresztül-kasul beteg szervezetnek apránként való... feltöltésével az emberi életet hosszúvá és elviselhetetlenné tegye... ellenben az volt a felfogása, hogy aki az átlagos élettartamot végigélni nem képes, azt nem is szabad gyógyítani, mert ez sem az illetőnek, sem az államnak nem érdeke”[12].

Csak az ortodox zsidó tradíció hirdette azt, hogy az életet – legalábbis a haldoklás elkezdődéséig – mindenáron meg kell őrizni[13]. A kereszténység hagyományosan nem erőltette a reménytelen esetek kezelését (gondoljunk a még tárgyalandó szokásos és rendkívüli eszközökkel végzett kezelések közötti különbségtételre), hiszen hitt a túlvilági életben. ENGELHARDT szerint nem véletlen, hogy a halál minden lehetséges eszközzel való elkerülése, illetve az élet minden eszközzel megkísérelt meghosszabbítása éppen akkor lett a legfőbb erkölcsi parancs az orvosok számára, amikor a vallásos gondolkodás elterjedtsége csökkenni és a túlvilági életbe vetett hit tünedezni kezdett[14]. A bármi áron való kezelésre törekvés tehát egy tradíció nélküli modern sajátság[15].

Félelem a lassú, elhúzódó haldoklástól. A középkorig általában sokkal többet foglalkoztak a halál utáni lét kérdésével, mint magával a haldoklással. A haldoklók és a haldoklás problémáit csak a XVI. században, a római katolikus morálteológiában kezdték alaposabban vizsgálni, ekkor jöttek létre a haldoklók gondozását szolgáló első hospice-ok is, a mai hospice-ok előfutárai[16]. Ekkor az emberek még féltek a hirtelen haláltól. A középkori keresztény még így imádkozott: „A subitanea et improvisa morte libera nos, Domine!” (A hirtelen, nemvárt haláltól ments meg minket, Uram!)[17] A mai ember ezzel szemben inkább váratlanul, fájdalmak nélkül, álmában szeretne meghalni. Erre azonban egyre kevésbé van lehetősége, hiszen a mai társadalmakra egyre inkább a hosszú élettartam a jellemző, sokféle krónikus-degeneratív betegséggel az élet végén. Ma a fejlett országok többségében a halálozás jelentős részéért olyan betegségek a felelősek, amelyekről általában hónapokkal, évekkel előre lehet tudni, hogy halálhoz fognak vezetni[18]. Ma tehát az emberek idősebb korukban halnak meg, általában

kórházban, és sokszor igen lassan, hosszadalmasan, hiszen sokféle modern technika létezik a halál időpontjának késleltetésére, és ennek használatát az orvosi ethosz elvárja az orvostól. Így meghalni ma már nem is olyan egyszerű, mint régen, sokszor csak akkor lehetséges, ha az orvos tudatosan lemond bizonyos életfenntartó technikák további alkalmazásáról. A halált, ami régen természetes volt, és egyszerűnek tűnt, ma szinte morális jogként kell követelni[19], hiszen sokan nem kívánják a modern medicina által kínált orvosi technológiát haldoklásuk elnyújtására felhasználni, nem kívánnak heroikus beavatkozásokat akkor, amikor már csak szenvedés van hátra, nem kívánják fenékig üríteni a fejlett orvosi technika által nyújtott méregpoharat.

AZ ÉLET SZENTSÉGÉNEK A DOKTRÍNÁJA ÉS AZ ÉLETMINŐSÉG ELVE

A zsidó-keresztény hagyomány által vallott elv, amely ma az uralkodó álláspontnak tekinthető, *az emberi élet szentségének* a doktrínája. Eszerint egy ártatlan emberi élet szándékos kioltása mindig bűn, és minden körülmények között abszolút tilos. E doktrína nem tiltja meg az emberölés minden formáját, csak az ártatlan ember szándékos megölését. Megengedi tehát a halálbüntetést, az önvédelemből való ölést és az igazságos háborúban való ölést is, amely voltaképpen az önvédelem egyik alesete, hiszen kollektív önvédelem. Az emberölés e formái az élet szentségének a doktrínája alapján úgy indokolhatók, hogy akiknek az életét a fenti esetekben elvesszük, azok nem ártatlanok[20].

(Meg kell jegyezni, hogy a keresztény hagyomány az ártatlan fogalmát nem jogi értelemben használta. Az ezt kifejező „innocens" (annyi mint non-nocens) kifejezés magyarra inkább az „ártalmatlan" szóval fordítható. Eszerint tehát nem szabad szándékosan annak az életét kioltani, aki „ártalmatlan", vagyis aki más életét nem veszélyezteti. Ezért a katolikus hagyomány szerint önvédelemből kioltható például annak az elmebetegnek az élete, aki életemet veszélyezteti, ha más lehetőségem nincs az ellene való védekezésre. Az elmebeteg – mivel nincs belátási képessége – erkölcsileg és jogilag ártatlan ugyan, de nem ártalmatlan, ezért indokolható ilyenkor – ha más lehetőség az önvédelemre nincs – a megölése)[20a].

Ez az elv fokozatosan fejlődött ki. A korai keresztények még pacifisták voltak, és mindenféle ölést elítéltek, nemcsak az ártatlan megölését. Tiltották a háborúban és az önvédelemből való ölést és a halálbüntetést is. A keresztény egyházatyák (LACTANTIUS, ORIGENÉSZ, TERTULLIANUS) valamennyien így vélekedtek, hűen JÉZUS tanításához, aki maga is szigorú erőszakmentességet hirdetett[21]. („Én pedig azt mondom nektek, ne szálljatok szembe a gonosszal. Aki megüti

a jobb arcodat, annak tartsd oda a másikat is. Aki perbe fog, hogy elvegye a ruhádat, annak add oda a köntösödet is. És ha valaki egy mérföldnyire kényszerít, menj vele kétannyira...Hallottátok a parancsot: Szeresd embertársadat és gyűlöld ellenségedet. Én pedig azt mondom nektek, szeressétek ellenségeiteket, és imádkozzatok üldözőitekért"[22].)

Az, hogy az emberölés tilalma nem mindenkire, csak az ártatlanra vonatkozik, a kereszténységben csak lassan hódított tért. SZENT ÁGOSTON például még minden ölést bűnnek tartott, az igazságos háborúban való ölést azonban már nem[23]. AQUINÓI TAMÁSNÁL jelenik meg először a maga teljességében a ma is elfogadott doktrína: „Ártatlant szándékosan ne ölj!"[24] Ez kizárja az öngyilkosságot és az eutanáziát is. Az élet szentségének az elvét úgy is meg szokták fogalmazni, hogy eszerint az emberi életnek végtelen nagy értéke van. Ez a végtelen érték az emberi élet minden „darabjára" is vonatkozik, hiszen a végtelen egy darabja még mindig végtelen. (A természetes számok halmaza végtelen sok elemet tartalmaz. Az ennek egy részét, „darabját" képező páros számok halmaza szintén végtelen sok elemet tartalmaz, így a végtelen egy darabja szintén lehet végtelen.) Ebből az következik, hogy morálisan nincsen különbség aközött, hogy valaki egy ember életét 70 évvel vagy csak néhány órával rövidíti meg[25] . Morálisan nem érzünk kisebb bűnnek egy olyan gyilkosságot, aamelyben idős ember volt az áldozat, mint egy olyat, amelyben fiatal, hiszen nem azt nézzük, hány évet vett el a gyilkos az áldozattól, hanem abból indulunk ki, hogy minden emberi élet végtelen értéket képvisel, függetlenül a még hátralévő életévek számától. Ezért annak, akinek már csak néhány órája van hátra, nem kevésbé értékes az élete, mint annak, aki még évtizedekig élhet[26]. Az élet szentségének az elve szerint – mivel az emberi élet minden „darabkájának" végtelen értéke van – egy életet egyetlen perccel meghosszabbítani ugyanolyan fontos, mintha 70 évvel hosszabbítanánk meg[27]. Ha például egy súlyos fejlődési rendellenességgel született újszülöttnek csak néhány hónapja van hátra a leggondosabb orvosi kezeléssel is, akkor az élet szentségének az elve szerint az ő élete nem kevésbé értékes, mint egy egészséges gyereké, aki hosszú évtizedeket élhet még, és így ugyanolyan intenzitással kell törekedni életének a meghosszabbítására, mintha egészséges lenne.

Összefoglalva tehát az élet szentségének a doktrínája szerint az emberi élet abszolút értékes, így értéke független annak várható hosszától, a még várható életévek számától, az érintett személy egészségi állapotától, az átélt szenvedések, fájdalmak mértékétől. Így minden ártatlan emberi élet méltó arra, hogy továbbéljék, még akkor is, ha az illető élet fájdalmakkal, szenvedésekkel teli. Az élet tehát nem minőségéért értékes, hanem önmagáért. A hippokratészi eskü is emellett tesz hitet, amikor így ír: „Senkinek sem adok majd mérget, még ha kéri is; sőt még csak ilyen tanácsot sem adok neki"[28].

Ezzel szemben a riválisdoktrína, amelyre az eutanázia pártolói szoktak hivatkozni, az *életminőség* elve. Ez a felfogás már az ókorban megjelent például a sztoikusoknál. Eszerint az élet nem önmagában értékes. Az átélt élmények teszik értékessé, és ha túl sok benne a szenvedés, akkor tulajdonosa számára akár értéktelenné is válhat. Az életet csak addig érdemes folytatni, amíg több benne az öröm, mint a fájdalom. Ha azonban az emberre már csak szenvedések várnak, akkor élete folytatásának nincs többé értelme, és ilyenkor megengedhető, sőt bölcs dolog az öngyilkosságot, illetve az eutanáziát választani.

Az élet szentségének elve szerint tehát az emberi élet mindig értékes, akármennyi szenvedéssel is terhelt, és mindig továbbélésre érdemes, így az öngyilkosság és az eutanázia sohasem indokolt, az élet minősége doktrínája viszont mindkettőt indokolhatónak tartja mindazokban az esetekben, amikor már a szenvedések aránytalanul felülmúlják a még várható örömöket.

Az élet szentségének az elve alapján tekinti az öngyilkosságot, illetve az eutanáziát a zsidó-keresztény hagyomány elfogadhatatlannak. A keleti vallások (például a konfucianizmus, a sintoizmus, a buddhizmus) a reménytelen állapotú betegek öngyilkosságát megengedik[29].

AZ EUTANÁZIA DEFINÍCIÓJA

Az eutanázia fogalma. Eutanázia (görög eu = jó, thanatosz = halál) az a tett, amelynek során *A* kioltja *B* életét *B* érdekében[30]. Az eutanázia így egy másik ember életének szándékos kioltása az ő érdekében, legtöbbször azért, mert az illető elviselhetetlenül szenved egy gyógyíthatatlan betegségben[31]. Gyakran a „kegyelemölés" terminust is szokták használni a kifejezésére.

Eme definícióból kiolvasható, hogy sok olyan tett nem eutanázia, amelyet tévesen annak neveznek. Az eutanáziavitákban például gyakran felvetődnek a náci rémtettek. HITLER eutanáziaprogramja nyomán kb. 275 ezer embert (főleg elmebetegeket, testi vagy szellemi fogyatékos gyerekeket) öltek meg a náci Németországban „eutanázia" címszó alatt[32, 33]. Látni kell azonban, hogy amit a nácik Németországban tettek, az nem eutanázia, hanem közönséges tömeggyilkosság volt. Ott az értéktelennek tartott embereket nem szánalomból és nem a saját érdekükben ölték meg, hanem a német nép érdekére való hivatkozással, továbbá a kegyelemölést nem a beteg ember kérésére végezték, ahogyan azt a mai eutanáziamozgalmak javasolják, hanem beleegyezésük nélkül. Azt, hogy maguk a nácik is tudták, hogy amit tesznek, az erkölcsileg nem védhető, az is bizonyítja, hogy eutanáziaprogramjukat titokban tartották, és az általuk megölt beteg emberek rokonainak azt mondták például, hogy hozzátartozójuk tüdőgyulladásban vagy vakbélgyulladásban halt meg[34], továbbá az eutanáziaprogramot végrehajtó

személyek rokonaival kivételt tettek[35]. Nem eutanázia továbbá az sem, ha egy életmentő eszköz egy kórházban nem áll elegendő mennyiségben rendelkezésre, és ezért egy orvosnak döntenie kell, hogy több rászoruló beteg közül kinek az életét mentse meg, ha nem lehet egyszerre mindenkit megmenteni. Itt azért nem beszélhetünk eutanáziáról, mert ilyenkor a beteget nem azért nem kezelik, mert úgy gondolják, hogy számára jobb lenne a halál, hanem azért, mert az életmentő készülék (például respirátor) nem áll elegendő mennyiségben rendelkezésre. Ez tehát igen fájdalmas sorolási probléma, de nem eutanázia.

Az eutanázia önkéntessége. Ennek alapján az eutanázia három formáját különíthetjük el, az önkéntes, a nem-önkéntes és a kényszer-eutanáziát. Önkéntes az eutanázia, ha azt a beteg személy kifejezett kérésére hajtják végre. Ez tehát voltaképpen asszisztált öngyilkosságnak vagy az áldozat kérésére végzett emberölésnek tekinthető, amelyre a beteg akkor kéri orvosát, amikor meg akar halni, de maga már nem képes az öngyilkosságot végrehajtani (például azért, mert mozgásképtelen, vagy nincsenek meg a suicidium végrehajtásához szükséges eszközei stb.).

Nem-önkéntes az eutanázia, ha a beteg nincs abban a helyzetben, hogy megkérdezhető lenne, és ezért mások döntenek úgy, hogy az ő érdekében eutanáziát végeznek. Ilyen például az, amikor a beteg irreverzibilis comában vagy perzisztens vegetatív állapotban van, vagy egyéb okból nincs megfelelő belátási képessége, illetve akaratnyilvánításra képes állapota saját érdekei kifejezésére. Ide tartozik továbbá újszülöttek, csecsemők eutanáziája is. Ilyenkor tehát az eutanáziát a beteg érdekében, de nem az ő kérésére vagy beleegyezésével hajtják végre, mert a beteg a kívánságairól állapota vagy kora miatt nem kérdezhető meg.

Kényszer-eutanáziáról van szó, ha a beteget úgy részesítik eutanáziában, hogy vagy nem kérik a beleegyezését, noha megkérdezhető lenne, vagy kérnek ilyen beleegyezést, de azt a beteg megtagadja. Ahhoz azonban, hogy eutanáziáról beszélhessünk, ilyenkor is szükség van arra, hogy az a beteg feltételezett érdekében (noha esetleg tiltakozása ellenére) történjék, szánalomból, a beteg szenvedéseinek a megszüntetése által motiváltan. Ha ugyanis egy beteget nem a saját érdekében ölnek meg, hanem például a közösség, a társadalom érdekében, akkor az nem is nevezhető eutanáziának.

A mai eutanáziavitákban általánosnak tekinthető az a vélemény, hogy a kényszer-eutanázia erkölcsileg sohasem fogadható el. Nagyon komoly viták folynak a nem-önkéntes eutanázia erkölcsi elfogadhatóságáról, és aktív formájának indoklása meglehetősen nehéz. Tömegesebb támogatottságot ezért csak az önkéntes eutanázia élvez, és ez az, ami a mai nemzetközi vitákban a legtöbb figyelmet kapja. Az aktív eutanázia jogi elfogadásáért harcolók tehát legtöbbször az önkéntes eutanázia elfogadása mellett szállnak síkra.

AZ AKTÍV ÉS A PASSZÍV EUTANÁZIA

Az eutanázia végrehajtásának módja szerint aktív és passzív eutanáziát különíthetünk el. Aktív az eutanázia, ha az orvos tesz valamit, ami megrövidíti a beteg életét, míg passzív eutanázia esetén az orvos elmulaszt megtenni valamit, ami a beteg életét meghosszabbítaná. Aktív eutanázia esetén tehát az orvos megöli a beteget, passzív eutanázia esetén csak hagyja meghalni. Aktív eutanázia például, ha az orvos intravénásan mérget, például kálium-kloridot ad a betegnek, amelynek eredménye a beteg azonnali halála lesz, míg passzív eutanázia, ha az orvos például nem éleszti újra a klinikai halál állapotában lévő idős betegét, aki metastaticus carcinomás, és már csak hetei lennének hátra, vagy egy irreverzíbilis comás tüdőgyulladásos betegének nem ad antibioticumot, ha veseelégtelensége alakul ki, nem részesíti dialysisben, szükség esetén nem ad neki életmentő transzfúziót stb. Ilyenkor hagyja, hogy a „természet tegye a dolgát", hagyja a beteget „méltósággal meghalni".

A tradicionális orvosi felfogás szerint aktív eutanáziát az orvosnak soha nem szabad végeznie, a passzív eutanázia bizonyos esetekben azonban megengedhető. Ez utóbbit a hagyományos orvosetikai kódexek akkor tartották elfogadhatónak, amikor a beteg reménytelen állapotban van, élete már csak heroikus erőfeszítésekkel, igen agresszív orvosi kezeléssel lenne ideig-óráig meghosszabbítható, de így is voltaképpen csak a haldoklást nyújtanák meg. Ilyenkor – szól az érvelés – nem kötelessége az orvosnak az, hogy minden lehetségest megtegyen azért, hogy a beteg haldoklását még néhány nappal meghosszabbítsa, sőt ez nem is lenne humánus. Ilyenkor hagyni kell, hogy a beteg természetesen haljon meg. A szokásos érvelés szerint ez nem igazi eutanázia, mert ilyenkor nem az orvos öli meg a beteget, hanem a betegség, az orvos csak hagyja, hogy a természet bevégezze a munkáját ott, ahol ő már a szenvedéseket és a haldoklást tudná csak meghosszabbítani. Ez az érvelés hosszú ideig általánosan elfogadottnak számított. Egy amerikai filozófus, JAMES RACHELS azonban 1975-ben publikált híres cikkében kétségbe vonta ennek az okfejtésnek a helyességét, és azt állította, hogy a passzív és az aktív eutanázia között erkölcsileg nincsen különbség pusztán azért, mert az egyiket aktív, a másikat passzív módon végzik. Amellett érvelt, hogy ha minden más körülmény azonos, akkor, ha egy konkrét esetben a passzív eutanázia elfogadható, akkor ugyanebben az esetben az aktív eutanázia is elfogadható lenne, illetve ha az aktív eutanázia egy bizonyos betegnél morálisan elfogadhatatlan, akkor a passzív is szükségszerűen az.

RACHELS érvelése[36]

RACHELS példájában két ember egy örökség megszerzésének reményében egyaránt megöli 6 éves unokaöccsét. Smith ezt aktív módon teszi, úgy, hogy az éppen fürdő gyerek fejét a víz alá nyomja, amíg az meg nem fullad. Jones ugyanezt passzív módon teszi: amikor belép a fürdőszobába, látja, hogy a gyermek megcsúszik, beüti a fejét a kádba, és arccal előre eszméletlenül beleesik a vízbe. Könnyen megmenthetné, csak ki kellene emelnie a vízből, ő azonban csak áll a kád mellett, és vár, amíg az eszméletét vesztett gyermek magától meg nem fullad. A két ember szándéka ugyanaz volt (a gyermek megölése), és a következmény is mindkét esetben ugyanaz, a gyermek halála. Az egyetlen különbség a két tett között, hogy Smith megölte a gyereket, Jones pusztán hagyta meghalni. Mondhatjuk-e, hogy emiatt Jones tette kevésbé elítélhető, mint Smithé? Nyilvánvalóan nem. A két tett morális megítélése azonos, mert nem jelent különbséget, hogy a gyilkosságot az egyik esetben aktív tettel, a másik esetben mulasztással hajtották végre. Smith és Jones egyformán bűnösök. RACHELS konklúziója tehát az, hogy két azonos eredményre vezető tett morális megítélése nem lehet különböző pusztán azért, mert az egyik tettet aktív módon (valamilyen cselekvéssel), a másikat passzív módon (valamilyen cselekvéstől való tartózkodással) valósították meg.

Első pillanatban RACHELS tételét sokan nem érzik meggyőzőnek, hiszen a mindennapi életben általában kevésbé ítélik el azt, aki passzívan, mulasztással idézett elő valamilyen rosszat, mint azt, aki aktívan hozta létre ugyanazt az eredményt. Ha például *A* egy úszni nem tudót vízbe lök, míg *B* egy fuldoklót nem ment ki a vízből, akkor – még ha az áldozat mindkét esetben meg is hal –, *B*-t sokkal kevésbé negatívan ítélik meg, mint *A*-t. A megítélésbeli különbségnek azonban ebben a példában az az oka, hogy a két eset nem teljesen azonos, mert a két szándék különbözhet. *A* szándéka az áldozat vízbe lökésekor nyilvánvalóan halálának az előidézése volt, *B* viszont nem feltétlenül azért mulasztotta el megmenteni a fuldoklót, mert a halálát kívánta volna. Sok ember azért nem nyújt ilyenkor segítséget, mert rossz úszó, fél mély vízbe beugrani stb. Így ebben a példában *B* valóban kevésbé vétkes, mint *A*. Ha azonban a példában szereplő két esetet teljesen szimmetrikussá tesszük, úgy, hogy a szándék és a következmény is ugyanaz legyen, akkor már látható, hogy a két tett erkölcsi megítélése nem lesz különböző pusztán azért, mert az egyiket tettel, a másikat mulasztással követték el. Ha *B* számára veszélytelenül (például egy mentőöv vízbe dobásával) megmenthetné a fuldoklót, de ezt nem teszi, s kifejezetten azzal a szándékkal, hogy a fuldokló megfulladjon, akkor *B* passzivitása morálisan semmivel sem kisebb rossz *A* aktív tetténél.

Egy másik példa: Képzeljük el, hogy egy égő házban *A* rázárja a szobában lévő ismerősére az ajtót azzal a szándékkal, hogy az bennégjen. *B* ezzel szemben az égő házban rá akarja zárni ismerősére az ajtót, de azt tapasztalja, hogy az már zárva van. Kinyithatná, de nem teszi, azzal a szándékkal, hogy ismerőse halálát idézze elő. Mondhatjuk-e, hogy *B* tette morálisan elfogadhatóbb, mint *A*-é, mert *A* tett valamit (aktív ölés), *B* csak tartózkodott egy tettől (passzív ölés), amellyel megmenthette volna a szobában rekedt ember életét? Ebben az esetben *A* és *B* tette között nyilván nincs morális különbség, *A* éppúgy megölte ismerősét azzal, hogy az égő házban rázárta az ajtót, ahogyan *B* is megölte ismerősét úgy, hogy a bezárt ajtót szándékosan nem nyitotta ki.

A fent elmondottak az eutanáziára is igaznak tűnnek. Akár a passzív, akár az aktív eutanáziát tekintjük, az orvos szándéka mindkét esetben ugyanaz: a beteg más módon nem csillapítható fizikai és lelki szenvedéseinek a megszüntetése, és ugyanaz mindkét esetben a következmény is, a beteg halála. A különbség csak az, hogy passzív eutanázia esetén az orvos a halált olyan módon hozza létre, hogy nem alkalmaz egy egyébként rendelkezésére álló eljárást, amellyel a beteg életét meghosszabbíthatná, és azért nem alkalmazza, hogy a halál gyorsabban következzék be, megkímélve őt a további szenvedéstől. Aktív eutanázia esetén pedig az orvos szándékosan olyan eljárást alkalmaz, amely a beteg azonnali halálát idézi elő, megkímélendő őt a további szenvedésektől. A két tett esetén a szándék és a következmény azonos, és önmagában az, hogy az egyiket cselekvéssel, a másikat egy cselekvéstől való tartózkodással idézték elő, nem jelent morális különbséget. Az igazi, lényeges kérdés az eutanázia kapcsán nem az, hogy passzív vagy aktív módon hajtották-e végre, hanem az, hogy a beteg érdekében állt-e a halál vagy nem. Ha a betegnek a halál nem állt érdekében, akkor a passzív eutanázia is elfogadhatatlan, ha viszont érdekében állt, akkor az aktív eutanázia sokkal előnyösebb, hiszen rövidebb, így a beteg számára kevesebb szenvedéssel jár.

RACHELS idézi SHAW-t azzal összefüggésben, hogy az USA-ban intestinalis obstrukcióval született Down-kóros gyerekek esetén előfordult, hogy az orvos – a szülők kérésére, bírósági jóváhagyással – úgy döntött, hogy nem részesíti az újszülöttet az obstrukciót megoldó életmentő operációban, hanem hagyja meghalni. SHAW így írja le, mi történik ilyenkor: „Ha műtétre nem kerül sor, a kezelőorvosnak meg kell próbálnia az újszülött szenvedéseit csillapítani arra az időre, amíg a természet el nem végzi munkáját. Mint sebésznek, akinek természetes reakciója, hogy a szikét a halál megakadályozására használja, egyszerűen csak állni, és nézni, hogy egy megmenthető újszülött meghal, érzelmileg a legkimerítőbb élmény, amit csak ismerek. Könnyű egy konferencián, egy elméleti vitában úgy dönteni, hogy az ilyen gyerekeket hagyni kell meghalni. S egészen más ott állni a kórteremben, és végignézni, amint a dehydratio és az infekció órák, napok alatt elsorvaszt egy parányi életet. Ez rettenetes megpróbáltatás számomra és

a kórház dolgozói számára, sokkal rettenetesebb, mint a szülők számára, akik soha nem tették be a lábukat a kórterembe."

RACHELS konklúziója. Végül is RACHELS szerint az eutanázia kérdésében két konzisztens álláspont képzelhető el. Mondhatja valaki, hogy nem létezik olyan eset, amikor valakinek érdekében állhatna a saját halála, és ekkor mind az öngyilkosságot, mind az eutanázia mindkét formáját erkölcsileg el kell utasítania. A passzív eutanázia széles körű elterjedtsége miatt ezt az álláspontot valószínűleg kevesen képviselik, mégis, ez logikailag következetes álláspont. Mondhatja valaki azt is, hogy vannak olyan kétségbeejtő helyzetek, amelyekben a szenvedés más módon nem csillapítható, és ilyenkor a beteg kérésére az eutanázia megengedhető. Ilyenkor viszont – mivel az eutanáziát az teszi indokolttá, hogy a beteg nagyon szenved – jobb, ha a beteg gyorsan hal meg, mintha lassabban. Ha tehát már egyszer amellett döntöttünk, hogy megrövidítjük a beteg életét, mert ez az érdekében áll, akkor helyesebb a gyorsabb utat, vagyis az aktív eutanáziát választani.

Vagyis a két konzisztens álláspont RACHELS szerint az, hogy vagy mindenféle eutanáziát elfogadhatatlannak kell tartani, vagy bizonyos körülmények között mind az aktív, mind a passzív eutanáziát meg kell engedni. Egyetlen inkonzisztens álláspont létezik, az, miszerint az aktív eutanázia erkölcsileg elfogadhatatlan mindazokban az esetekben, amelyekben a passzív eutanázia elfogadható. Ez az ún. mérsékelt álláspont nem logikus, és mindkét „szélsőségből" a legrosszabb elemeket veszi át. A mérsékelt álláspont szerint ugyanis elősegíthető a halál – ez a rossz elem, amit az aktív eutanáziából átvesz; ugyanakkor azt a lehető leglassúbb módon hozza létre – ami, tekintettel arra, hogy a beteg nagyon szenved, a passzív eutanáziából átvett rossz elem[37].

A negatív felelősség elve és ennek kritikája

RACHELS érvelésének konklúziója általánosan megfogalmazva tehát az, hogy ha egy rosszat mulasztással hozunk létre, az morálisan ugyanolyan rossz, mintha ugyanazt aktív tettel idéztük volna elő. Ez az ún. negatív felelősség tana, amely szerint nem-tetteink következményeiért ugyanolyan mértékben felelősek vagyunk, mint tetteink következményeiért. Eme tételt elfogadva természetesen nemcsak az aktív és a passzív eutanázia azonosságával kapcsolatban jutunk intuitíve nehezen elfogadható következtetésekre, hanem sok más erkölcsi dilemmában is. Ha a negatív felelősség tana igaz, akkor – ahogyan PHILIPPA FOOT híres esszéjében írja – nem küldeni élelmiszersegélyt az éhezőknek morálisan ugyanolyan rossz lenne, mint mérgezett élelmet küldeni nekik, hiszen mindkét esetben ugyanaz lesz a következmény (az éhezők halála)[38].

A negatív felelősség tanának elfogadásakor nagyon radikális következtetésekre kellene jutnunk az élet más területein is. Ha valaki a megtakarított pénzéből vesz például egy televíziót, akkor az elv alapján azt mondhatnánk, hogy erkölcstelenül járt el, hiszen a televízióra költött pénzt elküldhette volna egy, az éhezőket segítő nemzetközi segélyszervezetnek is, és ezáltal emberi életeket menthetett volna meg. Mivel ehelyett mégis televíziót vett, ezek az emberek meghaltak, és halálukért – a negatív felelősség elve értelmében – a televízióvásárló ugyanolyan mértékben lenne felelős, mintha személyesen ölte volna meg az éhezőket! Ezzel a logikával oda juthatunk, hogy addig, amíg éhező vagy egyszerűen csak nálunk szegényebb emberek vannak a világon, minden – akármilyen csekély – fényűzésről le kellene mondanunk, és minden pénzünket segélyek formájában a szegényebbek megsegítésére kellene fordítanunk. Logikusan végiggondolva ezt – mindenünket pénzzé kellene tennünk és odaadni a szegényebbeknek, hiszen ha ezt nem tennénk, ugyanolyan felelősek lennénk például az éhenhaltak életéért, mintha mi öltük volna meg őket! RACHELS el is fogadja ezt a radikális következtetést. Úgy érzi, hogy a negatív felelősség elve nem új, szerinte már JÉZUS ezt a radikális etikát tanította, amikor a tőle tanácsot kérő gazdag ifjúnak azt mondta, hogy „Ha tökéletes akarsz lenni,... add el, amid van, az árát oszd szét a szegények között... aztán gyere és kövess engem!" És az írás szerint az ifjú sem tudta elfogadni ezt a szigorú erkölcsöt. JÉZUS követése helyett eloldalgott, mert nagy vagyona volt[39]. Ma is túl radikális, túl sokat követelő etika ez az emberek számára. RACHELS szerint a gazdag országok polgárainak jól felfogott érdekük fűződik ahhoz, hogy különbséget lássanak az ölés és a meghalni hagyás között, és az utóbbit ne ítéljék olyan súlyos cselekedetnek, mint az előbbit. Azt ugyanis a gazdagnak nem különösebben nehéz betartani, hogy senkit ne öljön meg. Ezzel szemben nagyon nehéz lenne úgy élnie, hogy senkit ne hagyjon meghalni, hiszen ez azt követelné tőle, hogy gazdagságát az éhezés, a betegségek stb. megszüntetésére fordítsa. Másrészről – érvel RACHELS – a gazdagok nagyon sokat nyernek annak a szabálynak az elfogadtatásával, hogy „Ne ölj!", hiszen ennek híján ők is megölhetők lennének. Ugyanakkor semmit sem vesztenek, ha nem teszik kötelezővé a „Mást ne hagyj meghalni!" szabályt, vagyis a szegényeken, elesetteken való segítés szabályát, hiszen a gazdagok ritkán szorulnak mások segítségére. RACHELS konklúziója tehát az, hogy az ölés és a meghalni hagyás közötti erkölcsi különbségtétel nem tartható fenn, a különbségtétel maga csak a tehetősebbek érdekét szolgálja, és voltaképpen nem más, mint a gazdagabbak érdekének a „megideologizálása", racionalizálása. Mivel az éhezőkhöz képest a világ fejlettebb részén élők gazdagnak számítanak, ezért az ölés és a meghalni hagyás közötti különbségtétel érdekeinket szolgálja, a kényelmünket, azt, hogy ne kelljen komolyan törődnünk a világ kevésbé gazdag részein élő szegények problémáival[40].

Ellenérvek a negatív felelősség elvével kapcsolatban. Elméletben kétségtelenül igaz, hogy ha a szándék és a következmény azonos, akkor morálisan lényegtelen, hogy az eredmény tettel vagy mulasztással jött létre. Mulasztásaink következményeiért tehát elvben ugyanúgy felelősek vagyunk, mint tetteink következményeiért. Ezért van az, hogy RACHELS konkrét példájában valóban nincs különbség a gyermeket vízbe fojtó és az őt „csak" megfulladni hagyó ember tette között. A gyakorlatban azonban míg tettei következményeit a cselekvő általában akarja, addig mulasztásai következményeit nem mindig akarja egyértelműen, sőt sokszor egyáltalán nem akarja. Ennek oka az, hogy miközben egy időben csak egyetlen dolgot tudunk tenni, nagyon sok dolgot tudunk nem-tenni. Vagyis ha valaki elmegy sétálni (ami tett), akkor ezalatt nem végez karitatív tevékenységet, például nem dolgozik a szegények megsegítésén, nem vásárol be idős, mozgásképtelen betegeknek, nem megy Indiába leprásokat ápolni stb., és e mulasztásokért a negatív felelősség tana értelmében mind felelős lenne. Vagyis a negatív felelősség elve túlságosan kitágítja személyes felelősségünk körét, és nem veszi figyelembe a cselekvő szándékát. Ugyanakkora súllyal csak akkor vagyunk felelősek (a negatív felelősség értelmében) azokért a következményekért, amelyeket mulasztással hoztunk létre, ha a mulasztásunk során a szándék a mulasztás eredményének a létrehozása volt[41]. Nézzünk egy példát!

Példa[42]

A leszúrja *B*-t, akit kórházba szállítanak. Ha *B*-t nem veszik fel a kórházba, akkor meghal. A kórház orvosa azonban megtagadja *B* felvételét, és ezzel annak halálát idézi elő. Mondhatjuk-e ekkor, hogy a késelő és az orvos egyformán bűnös *B* halálában, csak az egyik aktív tettel, a másik mulasztással hozta létre ugyanazt? Természetesen mind az orvos, mind a késelő felelős *B* haláláért, de másként. A támadó (*A*) akarta *B* halálát, ezért ő emberölésben marasztalható el. Az orvos valószínűleg nem azért nem vette fel *B*-t a kórházba, mert a halálát kívánta, noha valószínű, hogy azt előre látta. Az orvos így morálisan csak halált okozó gondatlanságért felelős. Emberölésért csak abban a speciális esetben felelős, ha kifejezetten azzal a szándékkal nem vette fel a beteget a kórházba, hogy az haljon meg. Ez azonban nagyon kivételes eset, ami nagyon ritkán fordul elő, a halált okozó gondatlanságok esetén általában nem ez a helyzet.

RACHELSNEK tehát abban igaza van, hogy ha ugyanaz a szándék és ugyanaz a következmény is, akkor a felelősség is ugyanaz, függetlenül attól, hogy a következmény tettel vagy mulasztással jött-e létre. Ha azonban a szándék különbözik (és az esetek többsége ilyen), akkor a kettő erkölcsi megítélése sem azonos.

Ezzel visszajutottunk a kettős hatás elvéhez, amely szerint nem vagyunk ugyanolyan mértékben felelősek tetteink előre látott, de nem szándékolt követ-

kezményeiért, mint szándékolt, akart következményeiért. A negatív felelősség széles, rachelsi értelmezése a kettős hatás elvének elutasításán alapul, hiszen azt állítja, hogy tetteink előre látott, de nem szándékolt következményeiért ugyanolyan mértékben felelősek vagyunk, mint szándékolt következményeiért. Innen az az intuitíve furcsa következtetés, hogy aki nem küld pénzt az éhezőknek, az voltaképpen megöli őket. Mint láttuk, a kettős hatás elvének érvényességét illetően a mai napig intenzív vita folyik. A rachelsi érvelés elfogadása végső soron tehát a kettős hatás elve elfogadásának vagy elutasításának a függvénye. Az eutanáziáról szóló rachelsi példában azonban sem a szándék, sem a következmény nem különbözik egymástól. Fenntartható-e ennek alapján a rachelsi tétel, hogy az aktív és a passzív eutanázia legtöbbször nem különbözik egymástól? Nagyon sok érv és ellenérv hangzott el ezzel kapcsolatban, ezért tanulságos ezek rövid áttekintése.

Gyakori, de hibás érvek az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetése mellett

1. Az egyik ellenérv szerint az aktív és a passzív eutanázia között az a jelentős különbség, hogy aktív eutanázia esetén az orvos öli meg a beteget, míg passzív eutanázia esetén a betegség. Ha például egy áttételes rákban szenvedő beteget, aki szívinfarctus miatt a klinikai halál állapotába került, az orvos nem resuscitál, akkor a beteget a szívinfarctus ölte meg (illetve a rák, mint alapbetegség), és nem az orvos. Ezzel szemben, ha egy ilyen betegnek az orvos halálos adag mérget adna, akkor ő és nem a betegség lenne a beteg halálának a közvetlen oka[43]. Vagyis passzív eutanázia esetén a beteg haláláért a betegség lenne a felelős, aktív eutanázia esetén viszont az orvos.

Ez az ellenérv azonban nem helytálló, mert a kauzalitás fogalmának helytelen értelmezésén alapul. Milyen meggondolásból mondhatjuk, hogy a nem resuscitált, szívinfarctusos rákos beteg halálát nem az újraélesztés elmaradása okozta, hanem a betegség? Ha resuscitálták volna, a beteg még néhány napig élhetett volna, azt tehát, hogy néhány nappal korábban halt meg, igenis a resuscitálásától való tartózkodás okozta, és nem pusztán a betegség. Egy analóg példával élve: Ha valaki egy 2 hónapos csecsemőt talál a vonatsíneken, és a vonat közeleg, ő pedig – bár megtehetné – nem emeli ki a sínek közül a csecsemőt, hanem hagyja, hogy elgázolja azt a vonat, akkor mondhatjuk-e, hogy itt nem ő ölte meg a gyereket, hanem a vonat? Az, hogy egy nemkívánatos állapot létrehozó okának a természetet tartjuk-e vagy egy emberi mulasztást, gyakran nézőpont kérdése. Ha például egy enyhe havazás után megbénul Budapest közlekedése, akkor mondhatjuk ugyan, hogy ennek oka a hóesés, de azt is, hogy a hókotrásért felelős szervek

hanyag felkészülése a télre. Hasonlóképpen, ha valaki elcsúszik a jeges járdán, mondhatjuk, hogy ennek oka a járdára fagyott jég, vagyis a hideg időjárás, vagy esetleg az illető elővigyázatlansága, de azt is, hogy a járda takarításának az elmulasztása. Egyszóval valamilyen eredmény létrejöttéhez ritkán elegendő egyetlen ok, legtöbbször nagyon sok ok és feltétel együttes fennállására van szükség, és ilyenkor önkényes az okok és a feltételek halmazából egyetlen okot kiragadni, és azt tenni meg az egyedüli felelősnek a létrejött eredményért. Ilyenkor legtöbbször azt a tényezőt szokták oknak tartani, amelyik emberileg befolyásolható. Ha egy kertben kiszáradnak a virágok, akkor a locsolással megbízott kertészt tartják ezért felelősnek, és nem a száraz időjárást, noha kauzálisan mindkettő szükséges volt a virágok elszáradásához.

Hasonló logikával mondhatjuk, hogy azt, hogy ha a nem resuscitált rákos beteg most halt meg és nem később, nem a rák vagy az infarctus okozta, hanem az, hogy eltekintettek a resuscitálásától[44]. A medicina más területén senki nem fogadná el az eutanáziával kapcsolatban használt érvelést. Ha például egy diabeteses comában lévő betegnek egy orvos tudatlanságból elmulasztana inzulint adni, akkor kevesen fogadnák el azt az érvet, hogy itt a beteg halálát nem az orvos, hanem a diabeteses coma okozta. Hasonlóképpen, ha egy magas vérnyomásban szenvedő beteget a kezelőorvosa elmulasztana kezelni, és a beteg a gyógykezelés hiányában agyvérzést kapna, akkor – az erkölcsi felelősség szempontjából – legalábbis megkérdőjelezhető lenne az az érvelés, miszerint a hypertonia-betegség a halál oka, és nem az orvos mulasztása. Nem fogadható el tehát az az érvelés, hogy aktív eutanázia során az orvos öli meg a beteget, passzív eutanázia során viszont a betegség. Valójában mindkét esetben mindkettő (az orvos is és a betegség is) egyformán felelős a beteg haláláért.

2. Másik érv az aktív–passzív eutanázia megkülönböztetése mellett az, hogy ha filozófiailag nem is lenne különbség a kettő között, pszichológiailag kétségtelenül van. Az aktív eutanázia – szól az érvelés – azt az orvost, aki végrehajtja, érzéketlenné tenné az élet értéke iránt[45]. Az az orvos, aki azt gondolja, hogy az aktív és a passzív eutanázia közötti különbségtétel jogos, filozófiailag téved ugyan, de pszichológiailag megvédi magát az emberölés miatti lelkiismeretfurdalástól, hiszen úgy gondolja, hogy az általa végzett passzív eutanázia nem számít emberölésnek. Ily módon az aktív/passzív eutanázia közötti különbségtétel az orvos számára nagyon hasznos énvédő önbecsapás lenne, amely megakadályozná őt abban, hogy szembenézzen azzal, mit is csinál a passzív eutanázia során valójában[46]. Eme énvédő taktika eredményeként tehát a legtöbb orvos nem érez bűntudatot azért, mert nem hosszabbítja meg betege haldoklását agresszív orvosi beavatkozásokkal, ha azonban megölné a betegét, azt érezne. Ezért tehát, míg a passzív eutanázia elfogadható, az aktív nem.

Ez az ellenérv azonban két okból hibás. Hibás egyrészt fogalmilag, mert megkerüli az igazi kérdést, nevezetesen: azonos körülmények esetén morálisan roszszabb-e az aktív eutanázia, mint a passzív? Ha nem, akkor az orvosok nagyobb bűntudata az aktív eutanázia miatt indokolatlan lenne, és ekkor törekedni kellene felvilágosítással, a törvény megváltoztatásával stb. ennek a tévedésnek a megszüntetésére.

Hibás azonban az érvelés azért is, mert sok orvos éppen azért érez bűntudatot, mert az aktív eutanáziát tiltó törvények miatt passzív eutanáziára kényszerül akkor, amikor az aktív humánusabb lenne. Ez az érv tehát semmit nem mond arról, hogy ha valóban nagyobb bűntudatuk van az aktív eutanáziát végző orvosoknak, mint a passzívat végrehajtóknak, akkor ez indokolt-e?

Végül az önbecsapás pszichológiai előnyeit taglaló érvelés ott is hibás, hogy ha tényleg nincs különbség elméletileg az aktív és a passzív eutanázia között, akkor fontos, hogy ezzel minden érintett nézzen szembe. Nem szabad ilyen horderejű kérdésekben téves elképzelések, önbecsapás alapján dönteni[47].

3. A harmadik ellenérv szerint az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetése azért indokolt, mert az aktív eutanázia szemben áll a tradicionális orvosi szereppel, amely szerint az orvos feladata hagyományosan az élet védelme és megőrzése. Így orvostól nem várható el, hogy – még ha szánalomból is – megölje a betegét.

Ez az érv azonban több szempontból is inadekvát. Egyrészt nem jó érv az aktív és a passzív eutanázia morális különbözőségéről vagy azonosságáról szóló vitában, hiszen eleve feltételezi, hogy a passzív eutanázia elkövetője nem öli meg a beteget, vagyis nem olyan mértékben felelős a beteg haláláért, mint az aktív elkövetője. Éppen ez az azonban, amit RACHELS érvelésének cáfolatával bizonyítani kellene. Másrészt semmit nem mond arról, hogy az aktív eutanázia erkölcsileg elfogadható-e? Hiszen el lehetne képzelni, hogy ha egy társadalom az aktív eutanáziát elfogadhatónak tartja, de ugyanakkor összeegyeztethetetlennek a hagyományos orvosi szereppel, akkor speciálisan az eutanázia végrehajtására kiképez embereket, hogy így ne kényszerüljön az orvos annak végrehajtására[48].

4. Sokak szerint az aktív és a passzív eutanázia között a fő különbség az orvos szándékában van. Aktív eutanázia estén az orvos szándéka a beteg halálának az előidézése, passzív eutanázia esetén csak a beteg szenvedéseinek a csillapítása, amelynek előre látott, de nem szándékolt mellékhatása csak a beteg halála. Ez a kettős hatás elve. Bár az elv érvényességét sokan vitatják, még elfogadásakor is igaz marad az a tény, hogy sok esetben a passzív eutanáziával is közvetlenül a beteg halálának az előidézése az orvos szándéka. Ezért még ha el is fogadjuk, hogy ha az orvos szándéka nem a beteg halála, akkor a passzív eutanázia erkölcsileg elfogadhatóbb, mint az aktív, ebből még nem következik, hogy a passzív eutanázia mindig elfogadhatóbb, mint az aktív. A passzív eutanázia azon esetei-

ben, amikor a beteg halála az orvos szándéka, nincs különbség a passzív és az aktív eutanázia között[49].

5. Gyakori érv az is, hogy míg aktív eutanázia esetén az orvos megöli a beteget, addig passzív eutanázia során, például amikor nem resuscitál egy haldoklót, akkor voltaképpen csak annyit tesz, hogy nem részesíti betegét egy orvosilag haszontalan kezelésben. Ezen érv szerint tehát ilyenkor nem is passzív eutanáziáról, hanem egy orvosilag nem indokolt kezelésről való lemondásról van szó, egy orvosilag haszontalan kezelésről lemondani pedig az orvosnak nemcsak joga, hanem egyenesen kötelessége is.

Látni kell azonban, hogy ez az érvelés „az orvosilag haszontalan" kezelés fogalmának jogosulatlan kiterjesztésén alapul. Ha ugyanis egy kezeléssel meg lehetne hosszabbítani a beteg életét, még ha csak napokkal is – márpedig amikor a haldokló beteget nem resuscitálják, ez a helyzet –, akkor már nem orvosilag haszontalan kezelésről van szó, hiszen egy kezelés orvosilag hasznos, ha meghosszabbítja a beteg életét. Természetesen gondolhatja valaki, hogy egy haldokló életét már nem érdemes meghosszabbítani, ez azonban már nem az orvosi kezelés hasznosságáról alkotott orvosi, hanem a beteg életének az értékéről alkotott erkölcsi ítélet. Ennek meghozatalára azonban az orvos nem jogosult, ezt csak a beteg döntheti el a későbbiekben tárgyalandó mechanizmusok segítségével. Ezért azt állítani, hogy egy kezelés orvosilag nem indikált, amikor a valóságban az orvos erkölcsileg nem tartja indokoltnak, megengedhetetlenül paternalisztikus viselkedés, amely sérti a beteg önrendelkezési jogát, hiszen alapvető döntéseket kivesz a kezéből. Ez eutanázia esetén különösen veszélyes, hiszen, mint láttuk, a passzív eutanáziának is csak a beteg által kért, önkéntes formáját szokták erkölcsileg elfogadhatónak tartani. Ha azonban az ilyen döntéseket puszta orvosi döntéssé minősítik, akkor voltaképpen a beteg megkérdezése nélkül végeznek passzív eutanáziát, ami a beteg önrendelkezési jogának durva megsértése. Így azt mondani, hogy a passzív eutanázia nem is eutanázia, hanem egy orvosilag haszontalan kezelésről való lemondás, amelyben kizárólag az orvos jogosult dönteni, annyi, mint passzív eutanáziát végezni a beteg megkérdezése, illetve beleegyezése nélkül. Ez erkölcsileg elfogadhatatlan.

Direkt és indirekt eutanázia

Direkt eutanáziáról van szó, ha az orvos szándéka a beteg halála, indirekt az eutanázia, ha a beteg halála az orvos ténykedésének előre látott, de nem szándékolt következménye. Sokan azt gondolják, hogy az aktív és a passzív eutanáziát az különíti el, hogy aktív eutanáziánál az orvos szándéka a beteg halála volt, passzív eutanáziánál nem. Ez azonban tévedés. Mind az aktív, mind a passzív

eutanázia lehet direkt, vagyis mindkettőben lehet a beteg halála az orvos szándéka, csak a halált az orvos aktív eutanázia esetén egy tettel, passzív eutanázia esetén egy tettől (a beteg életének a megmentésétől) való tartózkodással éri el. Így a passzív eutanázia is lehet szándékos (direkt) ölés, amikor az orvos éppen azért nem alkalmaz egy életmentő kezelést, hogy a beteg haljon meg, ne szenvedjen tovább[50]. A szándék különbözősége csak az indirekt és a direkt eutanázia esetén áll fenn, és ennek a katolikus teológia kitüntetett fontosságot tulajdonít. Ez a már többször is említett kettős hatás elve, miszerint nem megengedhető, ha az orvos szándéka a beteg halála, az viszont megengedhető, ha az orvos ténykedésének a beteg halála csak előre látott, de nem kívánt mellékhatása. Ilyen például az, amikor az orvos nagy dózisú kábító fájdalomcsillapítót ad haldokló, súlyos fájdalmakkal küszködő betegének, azzal a szándékkal, hogy fájdalmait csillapítsa, noha tudja, hogy a morphinszármazékok légzésdeprimáló hatásúak, így a fájdalomcsillapításon túl a beteg halálát is siettetik. Ez azért engedhető meg a kettős hatás elve szerint, mert itt a beteg halála az orvosi kezelésnek csak előre látott, de nem szándékolt mellékhatása. Láttuk, hogy a kettős hatás elvének elfogadását illetően a mai napig nem csitultak el a viták. Ezért a direkt és az indirekt eutanázia közötti erkölcsi különbség elfogadása annak a függvénye, hogy valaki elfogadja-e a kettős hatás elvét. Az USA elnöke mellett működő bioetikai tanácsadó testület például elutasította ezt az elvet, mert úgy érezte, hogy nincs morálisan lényeges különbség egy tett szándékolt következményei és előre látott, de nem szándékolt mellékhatásai között. Ennek az elvekben való egyet nem értésnek a betegellátás során gyakorlati jelentősége is van. Elvben ugyanis mindkét tábor elfogadhatja azt, hogy opiátokat adjanak haldokló betegeknek fájdalomcsillapítás céljából, még akkor is, ha ez sietteti a beteg halálát. A kettős hatás elvének elutasítói azonban nem fogadnák el azt, ha a fájdalomcsillapításra olyan dózisú opiátot használnának, amely már nagy valószínűséggel a beteg halálát okozná. A kettős hatás elve alapján azonban még ilyen nagy dózis is elfogadható lenne[51].

Releváns érvek az aktív és a passzív eutanázia megkülönböztetése mellett

A legalapvetőbb ellenérv RACHELS érvelése ellen az, hogy noha az általa leírt példában valóban nincs morális különbség az aktív és a passzív eutanázia között, a kétféle eutanázia megengedésének hosszú távú következményei mégis különbözőek, és ez indokolja a megkülönböztetés fenntartását. Vizsgáljuk meg a kétféle eutanázia közötti különbségeket.

Különbség az egyes betegségek diagnózisának és prognózisának bizonytalansága miatt. Eszerint RACHELS példája azért nem jó, mert az orvosi gyakorlat-

ban sohasem lehet biztosan tudni, hogy helyes volt-e az orvos diagnózisa és a betegség prognózisának a megállapítása. Bizonytalanság esetén azonban előnyösebb a passzív eutanázia, mint az aktív, mert míg az aktív biztosan megöli a beteget (még akkor is, ha téves volt a diagnózis, s a beteg állapota nem reménytelen), addig a passzív hagy neki esélyt az életbenmaradásra.

Nézzük ugyanis a következő két betegségcsoportot[52]:

1. Azok a betegek, akiknek állapotát tévesen reménytelennek diagnosztizálták, és akik még akkor is túlélnek, ha kezelésüket megszüntetik (vagyis passzív eutanáziában részesítik őket, hogy természetes halált halhassanak).
2. Azok a betegek, akiknek állapotát tévesen reménytelennek diagnosztizálták, és akik csak akkor élnek túl, ha kezelésüket nem szüntetik meg (vagyis nem részesítik őket passzív eutanáziában azért, hogy természetes halált halhassanak).

Ha egy társadalomban csak a passzív eutanázia megengedett, akkor téves diagnózis és eutanázia esetén csak a 2. csoportba tartózó betegek halnak meg, az aktív eutanázia megengedésekor a téves diagnózis mindkét betegcsoport halálát jelenti. Az érvelés szerint tehát, mivel az orvostudomány kiküszöbölhetetlenül bizonytalan a betegségek diagnózisának és prognózisának a megállapításában, ezért az a társadalom, amelyik csak a passzív eutanáziát engedi meg, kevesebb beteget veszít el feleslegesen a téves diagnózis következtében, mint az, amelyben az aktív eutanázia is megengedett. Ez az érvelés alapvetően helyes. Látni kell azonban, hogy amennyiben érvet jelent az aktív eutanázia ellen a passzív javára, annyiban érvet jelent a passzív eutanázia minden formája ellen is az agresszív orvosi kezelés javára, hiszen téves diagnózis esetén a passzív eutanázia megengedésével sok olyan beteget elveszíthetünk, akik agresszív orvosi kezeléssel megmenthetők lettek volna. Ez az érv tehát továbbvisz, mint szeretnénk. Nemcsak azt bizonyítja ugyanis, hogy jobb, ha csak a passzív eutanáziát engedjük meg, s az aktívat nem, hanem azt is, hogy jobb, ha semmiféle eutanáziát nem engedünk meg, és minden beteget agresszívan kezelünk, minden rendelkezésre álló eszközt az utolsó pillanatig felhsználva, mint ha bizonyos esetekben megengednénk a passzív eutanáziát. Ez az érv tehát nemcsak a passzív és az aktív eutanázia azonossága ellen érv, hanem érv egyben bármiféle eutanázia ellen is[53]!

A hosszú távú társadalmi következmények különbözőségén alapuló érvelés. Eszerint bizonyos egyedi esetekben indokolt lehet az aktív eutanázia, de általános megengedésének hosszú távú következményei előre ki nem számíthatók, és ezek a következmények elvileg sokkal veszélyesebbek, mint a passzív eutaná-

zia megengedésének következményei. A passzív eutanázia ugyanis – jellegéből következően – önmagát korlátozó, hiszen a nem kezelés következtében mindig csak néhányan fognak meghalni (a súlyos betegek). Aktív eutanázia esetén ez az önmagát korlátozó jellege nem áll fenn, az aktív ölés elvileg bárkire kiterjeszthető. A betegeken kívül aktív öléssel elpusztíthatók például nyomorúságos körülmények között élő társadalmi csoportok, iskolázatlanok, értelmi fogyatékosok stb. Így az aktív eutanázia „elfajulásának" veszélye – eme önkorlátozó jelleg hiánya miatt – sokkal nagyobb, mint a passzív eutanáziáé[54].

A beteg önrendelkezési jogára hivatkozó érvelés. Eszerint rosszul tesszük fel a kérdést, ha úgy kérdezünk, hogy milyen körülmények között engedhető meg, hogy az orvos eutanáziában részesítse pácienset. A válasz ugyanis erre a kérdésre csak egyetlen egy lehet. Sohasem. Az orvosnak mint orvosnak az élet elkötelezett védőjének kell lennie, és éppen azért, mert a medicinából kiküszöbölhetetlen a bizonytalanság, mindig minden lehetséges eszközzel a beteg életének a megmentésére kell törekednie. Minden lehetséges eszközt igénybe kell vennie, az agresszív kezeléstől sem visszariadva a beteg életének a meghosszabbítása érdekében. Ugyanakkor azonban az orvos ilyen irányú ténykedésének határt szab a beteg önrendelkezési joga. Az orvos csak azt a beavatkozást végezheti el, amelyet a beteg megenged. A beteg azonban – önrendelkezési jogából következően – bármiféle orvosi kezelést visszautasíthat, ha azt terhesnek, fájdalmasnak vagy emberi méltóságával összeegyeztethetetlennek ítéli. Ily módon tehát visszautasíthat bizonyos életfenntartó vagy életmentő orvosi beavatkozásokat is, ha azok már csak a haldoklását, szenvedéseit nyújtanák meg, s ilyenkor az orvos nem folytathatja a beteg kezelését, hiszen annak beleegyezését ahhoz nem kapta meg. Nagykorú, belátási képességgel rendelkező embert akarata ellenére – bizonyos rendkívüli esetektől eltekintve – nem kezelhet.

E gondolatmenet alapján tehát egy orvos semmiféle eutanáziát nem végezhet, és minden beteg minden lehetséges eszközzel való kezelésére kell törekednie, ugyanakkor viszont a kezelést csak addig folytathatja, amíg abba a beteg beleegyezik. Passzív eutanázia esetén tehát az orvos – szándéka szerint – nem eutanáziát végez, hanem pusztán figyelembe veszi a beteg tiltakozását a további kezelés ellen. Ilyenkor az orvos nem azért nem kezel tovább, mert a beteg halálát kívánja, hanem azért, mert nem kezelhet a beteg tiltakozása ellenére. Az aktív és a passzív eutanázia között a fő különbség tehát az orvos szándékában van. Aktív eutanázia esetén ez a beteg halála, ami elfogadhatatlan. Passzív eutanázia esetén viszont az orvos – szándéka szerint – kezelné a beteget, ebbe azonban az nem egyezik bele. Miközben tehát aktív eutanázia során az orvos megöli a beteget, passzív eutanázia során egyszerűen csak nem sérti meg annak önrendelkezési jogát, vagyis nem kezeli őt akarata ellenére. Így az aktív ölés esetén az orvos vét

egy erkölcsi szabály ellen (Ne ölj!), míg passzív ölésnél tiszteletben tart egy erkölcsi szabályt, tiszteletben tartja betege önrendelkezési jogát[55].

Az előbbiekben – RACHELS érvelését tárgyalva – azt a következtetést vontuk le, hogy az aktív és a passzív eutanázia közötti különbségtételt célszerű fenntartani, és az aktív eutanázia morálisan kevésbé elfogadható, mint a passzív. Nem beszéltünk azonban arról, hogyha az aktív és a passzív eutanázia között van is különbség, ez indokolja-e az aktív eutanázia kategorikus tiltását? Ezért célszerű röviden áttekinteni az aktív eutanázia melletti és elleni érveket, hogy következtetéseket vonhassunk le megengedhetőségével kapcsolatban.

Érvek az aktív eutanázia mellett

Vallásos érvek

1. Gyakran érvelnek az eutanázia ellen a bibliai „Ne ölj!" paranccsal. Ez azonban nem pontos fordítása a bibliának, amelynek szellemét jobban kifejezné a „Ne gyilkolj!" parancs. A gyilkosság morálisan elfogadhatatlan emberölést jelent, így a „Ne gyilkolj!" parancsa a morálisan elfogadható emberölést nem zárja ki. Ezért egyeztethető össze a bibliai parancsolat az emberölés több formájával (az igazságos háborúban és az önvédelemből való öléssel, valamint a halálbüntetéssel). Így ez a parancsolat nem feltétlenül tiltja az eutanáziát sem. Bár a katolikus egyház az aktív eutanáziát tiltja, vannak teológusok, akik elfogadhatónak tartják[56].

2. Gyakori érv az eutanázia ellen, hogy egyedül isten joga eldönteni, ki meddig éljen, az ember nem bitorolhatja az isten jogait, élete befejezéséről döntést nem hozhat. Ezt az érvet azonban már HUME megcáfolta, amikor úgy érvelt, hogyha isten életünk hosszát előre meghatározta volna, akkor életünket megmenteni és így meghosszabbítani (például úgy, hogy félreugrunk egy ránk eső tégla elől) épp úgy isten jogainak bitorlását jelentené, mint életünket megrövidíteni. Ennek az érvnek az alapján az egész orvostudomány isten jogainak a bitorlásával lenne egyenlő, hiszen a medicina célja többek között az emberi élet meghosszabbítása[57]. Valójában azonban isten az embert saját képére és hasonlatosságára teremtette, és mivel Isten teremtő, kreatív lény, ezért az ember is az. Így az ember csak saját természetének megfelelően cselekszik, ha kreativitását saját céljai elérésére használja fel.

3. Az az érv is gyakran elhangzik, hogy a szenvedéseket isten mérte ránk, ezért nem szabad azokat eutanáziával megszüntetnünk. Ha azonban ez az érv helyes lenne, akkor a fájdalomcsillapítás sem lenne erkölcsileg elfogadható[58].

Világi érvek

1. Állatokkal kapcsolatban ma általánosan elfogadott, hogy például egy súlyosan sérült lovat vagy kutyát, ha nagy fájdalmai vannak, és meggyógyítására már nincs remény, helyes fájdalommentesen megölni, és így megváltani szenvedéseitől. Senki nem mondja ilyenkor, hogy hagyni kell a természetet, hadd végezze el a munkáját. Az emberekkel sem szabad rosszabbul bánni, mint az állatokkal. Embernek is lehet gyógyíthatatlan betegsége, és létezik olyan szörnyű szenvedés is, amelynek még a leírásától vagy elolvasásától is irtózunk. Ilyenkor humánus a beteget – saját kérésére – eutanáziában részesíteni, és mivel a passzív eutanázia gyakran elhúzódó haldokláshoz vezet, sokszor humánusabb az aktív eutanázia. Nem szabad ilyenkor a véletlenre bízni – mint a passzív eutanázia során teszik –, hogy a halál mikor és hogyan következik be[59]. Eutanáziát csak akkor szabad végezni, ha a beteg érdekében áll, és ezt természetesen csak ő maga döntheti el. Ha azonban a halál a beteg érdekében áll, akkor az aktív eutanázia jobb, mint a passzív, mert a halált gyorsabban hozza létre.

2. Az egyén szabadságában áll eldönteni, hogy reménytelen szenvedéseit tovább viselje-e, vagy válassza-e inkább a halált. Szekularizált korunkban egyre többen fogadják el, hogy az egyén sem istené, sem az államé, hanem elsősorban saját magáé, és így joga van élete befejezéséről dönteni. Természetesen egy ilyen döntést tarthatnak mások erkölcstelenségnek vagy butaságnak, de ameddig az illető másoknak nem árt, joga van ilyen döntést hozni[60]. Az élet más területein is hasonló elvek érvényesülnek. A szexuális szokások tekintetében például széles körben elfogadott alapelv, hogy egyetértő felnőttek között minden megengedett, ami másoknak nem árt, és bármilyen erkölcstelennek vagy visszataszítónak is tartsunk egy szexuális viselkedést, magánügynek minősül mindaddig, amíg másoknak nem okoz kárt. Hasonlóképpen miért ne lenne megengedhető, hogy a beteg eutanáziát kérjen és kapjon orvosától, ha talál olyan orvost, aki ezt hajlandó végrehajtani. Természetesen, ha egy orvos úgy gondolja, hogy az aktív eutanázia erkölcsileg elfogadhatatlan, akkor nem kötelessége azt elvégezni. Lelkiismereti okokra hivatkozva visszautasíthatja a részvételt minden olyan ténykedésben, amely lelkiismeretével, morális meggyőződésével nem egyeztethető össze (például abortus, eutanázia). Ha viszont egy orvos az aktív eutanáziát megengedhetőnek tartja, akkor milyen indoklással lehet megtiltani azt, hogy az azt kérő betegen azt elvégezze, ha ezzel senki másnak nem ártanak?[61]

3. Végül gyakran elhangzó érv az is, hogy a passzív eutanázia ma minden országban széles körben elterjedt gyakorlat. Mivel az aktív és a passzív eutanázia között a különbség sokszor elmosódó, és ahogy RACHELS érveléséből láttuk, ha a passzív eutanázia elvégzésekor az orvos szándéka a beteg halála, akkor az aktív és a passzív eutanázia között nincs is elvi különbség, ezért ma voltaképpen az eutanázia gyakran előfordul, de mindenféle jogi felhatalmazás nélkül és titokban

végzik[62]. Ha azt is figyelembe vesszük, hogy a gyakorlatban a passzív eutanáziát sokszor nem indikált, nem hasznos orvosi kezelésnek nevezik, amelynek megszüntetése kizárólag az orvos döntési jogának minősül, akkor ez azt jelenti, hogy a gyakorlatban gyakran végeznek aktív vagy passzív eutanáziát a beteg beleegyezése, illetve megkérdezése nélkül. Mivel az eutanázia – ha egyáltalán elfogadható – csak a beteg beleegyezésével fogadható el erkölcsileg, ezért a mai gyakorlat azt jelenti, hogy eutanáziát titokban, a nyilvánosság és a betegek kizárásával, bármiféle nyilvánosan megvitatott szabályok nélkül végeznek. Így az aktív eutanázia legalizálása nyilvánosan megvitatott és pontosan megfogalmazott szabályok alapján csak nyílttá és ellenőrizhetővé tenné azt, ami ma rejtett és nem ellenőrizhető. Hollandiában gyakran hivatkoznak erre az érvre az aktív eutanázia legalizálásának indoklásaként.

Érvek az aktív eutanázia ellen

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

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

- Megfelelő garanciákat kellene teremtenie az esetleges tévedések és visszaélések ellen.
- Biztosítania kellene a szenvedő betegek gyors halálát.

Miközben az első feltétel lassú, körültekintő jogi procedúrát tenne szükségessé, a második minél gyorsabbat. A két feltétel együtt nehezen biztosítható, ezért az aktív eutanázia megnyugtató jogi szabályozása lehetetlen[63].

2. Az önkéntes aktív eutanázia legalizálása azért is elfogadhatatlan, mert előbb-utóbb kényszereutanáziához (vagyis a beteg beleegyezése nélküli eutanáziához) vezetne. Ennek négyféle formája lehet[64]:

- Kriptanázia (titkos eutanázia): Bizonyos betegek titokban, a beteg beleegyezése nélkül végzett eutanáziája. Hollandiában leírtak ilyen eseteket. Az aktív ölés megengedése ugyanis olyan pszichológiai változásokat indíthatna el a társadalom tagjaiban, amelynek eredményeképpen az emberek hajlamosabbak lennének az emberölést mint problémamegoldási módszert elfogadni. A társa-

dalom így elveszítheti az emberöléssel szembeni morális gátlásait, és egyfajta pszichológiai „csúszós lejtőre" kerülhet, amelyen nem tud megállni. Ami kezdetben néhány terminális állapotú, szenvedő beteg saját kérésére végrehajtott eutanáziájának indulna, az könnyen válna sokkal szélesebb csoportokra kiterjedő kényszereutanáziává.

- „Bátorított" eutanázia: Ilyenkor a krónikusan beteg vagy haldokló betegekre nyomást gyakorolnak, hogy válasszák az eutanáziát, hogy ezzel megkíméljék a családjukat a hosszas kezelésükkel járó érzelmi és anyagi terhektől. Egy társadalomban, amelyik az aktív eutanáziát megengedné, már ennek a lehetőségnek a puszta léte is presszíót jelentene a haldoklóra, hiszen így neki nemcsak közelgő halálának terhével kellene megbirkóznia, hanem saját lelkiismeretfurdalásával, esetleg a rokonok lappangó nehezteléséével is: miért nem kér már aktív eutanáziát? Ilyenkor a terminális állapotúak könnyen úgy érezhetnék, hogy az aktív eutanázia számukra nem pusztán jog, hanem kötelesség, mellyel családjuk, szeretteik válláról súlyos terheket vehetnek le. Ez pszichológiailag rendkívül megnehezítené a haldoklás amúgy sem könnyű periódusát.
- „Helyettesített döntésű" eutanázia: Mivel cselekvőképtelen betegek helyett gyámjuk, hozzátartozójuk stb. dönt a beteg feltételezett értékrendje, illetve érdeke alapján, ezért cselekvőképtelen beteg eutanáziáját kérhetné cselekvőképes gyámja. Ez pedig elfogadhatatlan.
- Diszkriminatív eutanázia: Egyes kisebbségi, hátrányos helyzetű csoportok tagjainak életét a társadalom könnyen értéktelennek minősítheti, és így ők is presszionálhatók lennének arra, hogy eutanáziát „kérjenek" bizonyos esetekben. Sok ilyen csoport van (például szegények, idősek, alkoholisták, kábítószer-fogyasztók, AIDS-es betegek, faji kisebbségek tagjai stb.).

Egy aktív eutanáziát megengedő törvény társadalmi következményeit lehetetlen megítélni anélkül, hogy ne vennénk figyelembe a létező társadalmi egyenlőtlenségeket. Ezek az élet valamennyi területén megnyilvánulnak, így az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás területén is[65]. Ez azért lényeges tényező az eutanázia vonatkozásában, mert az aktív eutanáziát kérő beteg legtöbbször valójában nem a halált kéri, hanem segítséget és szeretetet[66]. Az ilyen kérés gyakran a gyötrő fájdalom miatt hangzik el, amelynek oka a nem kielégítő fájdalomcsillapítás és a depressio. Vizsgálatok szerint az USA-ban a terminális állapotú rákos betegek 50%-ának a fájdalomcsillapítása nem kielégítő[67]. A mai klinikai gyakorlatban sem a hatékony fájdalomcsillapítás, sem a depressio diagnosztizálása és terápiája nem megfelelő színvonalú[68]. Az csak mítosz, hogy a klinikailag manifeszt depressio „normális" velejárója a terminális betegségeknek. Valójában a legtöbb terminális beteg nem akar öngyilkos lenni, és akik igen, azok közül sokan depressióban szenvednek, ami kezelhető[69]. Mindebből az következik, hogy az eutaná-

ziakérés oka gyakran a nem kielégítő fájdalomcsillapítás, a nem diagnosztizált és nem kezelt depressio, a beteg magárahagyatottsága, érzelmi izolálódása. Mindezt nem az eutanázia legalizálásával kell megoldani, hanem a fájdalom és a depressio hatékonyabb diagnosztizálásával és kezelésével, a beteggel való intenzívebb foglalkozással, jobb orvos–beteg kommunikációval, megfelelő palliativ terápiával, a hospice szellemű ellátás hozzáférhetővé tételével[70], és annak elismerésével, hogy a betegnek joga van akár életfenntartó kezelést is visszautasítani. Ezek a tények egyben arra is utalnak, hogy miért jelentene az eutanázia legalizálása aránytalanul nagy veszélyt a társadalom elesettebb, hátrányos helyzetű tagjaira. Elsősorban azért, mert ők kevésbé jutnak hozzá a hatékony egészségügyi ellátáshoz, és az említett problémák valószínűleg náluk jelentkeznének a leggyakrabban.

További érv az aktív eutanázia ellen, hogy legalizálása megrontaná az orvos és a beteg közötti viszonyt. A beteg ugyanis az orvosában nemcsak gyógyítót, hanem potenciális halálosztót is láthatna. Hollandiában, ahol az eutanázia gyakorlat, a betegek egy része fél a kérés nélküli eutanáziától[71].

Az önkéntes, aktív eutanázia legalizálása azt a rejtett üzenetet küldené (akaratlanul is) a társadalom tagjainak: „Nem bánnánk, ha megszabadulnánk tőled!" Az eutanáziát tiltó társadalom rejtett üzenete: „Mindenkinek joga van, hogy köztünk legyen, szeretnénk, ha te is velünk lennél, ha mindannyian velünk maradnátok!"[72]

Az önkéntes, aktív eutanázia azért is elutasítandó, mert nem oldja meg azt a problémát, amelynek megoldása érdekében alkalmazzák. Pártolói szerint ugyanis megkíméli a terminális állapotúakat a halál előtti hosszú kínlódástól. Ez azonban sokszor nem teljesül. A holland televíziónézők milliói láthatták egy önkéntes, aktív eutanáziára váró asszony lefilmezett kínlódását és kétségbeesését a „kivégzés" előre megbeszélt napjának közeledtével. A humánus halál az, melynek időpontja bizonytalan, melynél a félelmet a remény enyhítheti. Ezt az aktív eutanázia lehetetlenné teszi[73].

Az aktív eutanázia filozófiájának legfőbb hibája, hogy azon a téves premisszán alapul, miszerint a halál és a haldoklás emberi tragédiája valamilyen módon megoldható. Ez tévedés, ez a probléma megoldhatatlan, és így az eutanázia által kínált „megoldás" is csak álmegoldás lehet. Ugyanakkor, ha az aktív eutanázia lehetősége adott, akkor a beteg fájdalmainak csillapítása, pszichológiai egyensúlyban tartása stb. szakmailag nehéz feladata helyett nagy a csábítás ilyenkor az eutanáziához fordulni. Így az aktív eutanázia nem kiegészíti az orvostudományt, hanem kiszorítja, helyettesíti azt[74].

Konklúziók az aktív és a passzív eutanázia megengedhetőségéről folytatott vitában

Láttuk tehát, hogy az aktív és a passzív eutanázia közötti különbségtétel végső soron indokolható. Mindez azonban nem jelenti azt, hogy az aktív eutanázia erkölcsileg mindig elfogadhatatlan. Léteznek olyan rendkívüli esetek, amikor erkölcsileg indokolhatónak érezzük, mindebből azonban nem következik, hogy jogilag megengedhetővé kellene tenni. Ennek indoklására hadd hivatkozzunk VEATCH ún. „piros lámpa" szabályára[75]. Nyilvánvalóan ésszerűtlen ugyanis például az a kresz-szabály, hogy „Piros lámpánál mindig állj meg!" Elvileg ésszerűbb lenne azt mondani, hogy egy kereszteződéshez érve az autóvezető lassítson, és ha meggyőződik arról, hogy nem jön semmi, akkor nyugodtan hajtson át a piroson is. Így elvileg jobb lenne az a szabály, hogy „Piros lámpánál mindig állj meg, kivéve, ha nem jön semmi!", mint az, hogy „Piros lámpánál mindig állj meg!" A gyakorlatban azonban egy ilyen szabály nem válna be, hiszen sokan hibáznának, és ennek végzetes következményei lennének. Így hosszú távon jobban járnak az emberek, ha egy látszólag ésszerűtlenebb szabályt alkalmaznak, mégha ez néhány esetben felesleges időpazarlást is jelent a pirosnál a kihalt utcán egyedül várakozó autósnak. Az is nyilvánvaló, hogy a jog elnézően fog bánni például azzal a szülővel, aki éjszaka a kihalt utcán életveszélyes állapotban lévő, fuldokló gyerekét viszi orvoshoz autóján, és sietségében áthajt a piroson. Hasonló a helyzet az aktív eutanázia esetén is. Ritka esetben lehet ugyan indokolt, de mégis célszerű vele szemben a jogi tiltást fenntartani, hiszen megengedése az imént tárgyalt kedvezőtlen társadalmi következményei révén több hátránnyal, mint előnnyel járna. Az aktív eutanázia ritka, egyedi esetekben lehet erkölcsileg indokolt, de jogrendszerünket és morális szabályainkat nem szabad kivételes helyzetekhez igazítani. Az ilyen rendkívüli helyzetek ugyanis általában rendkívüli megoldásokat igényelnek, amelyekben bizonyos morális szabályoktól való eltérés néha indokolható. Ha azonban ezekből szabályt csinálunk, akkor ez a társadalom morális dezintegrációjához és dehumanizálódásához vezethet[76].

Végső soron az aktív és a passzív eutanázia megengedhetőségéről folytatott vitában oda jutottunk, hogy a kettő között – azonos szándék esetén – elvileg kevés morális különbség van, gyakorlati megfontolások azonban amellett szólnak, hogy a passzív eutanázia megengedésének jóval kisebbek a társadalmi veszélyei, mint az aktív eutanázia megengedésének. Kétféle következtetést lehet ebből levonni:

Az egyik gondolatmenet abból indul ki, hogy mivel a passzív eutanázia a világon széles körben elfogadott és gyakorolt, és mivel a passzív és az aktív eutanázia között lényeges elvi különbség nincsen, ezért megfelelő feltételek fennállása esetén az aktív eutanázia is megengedhető. Nagyjából ez az az út, amelyen

Hollandiában indultak el, és ezért először a holland gyakorlatot kell röviden megvizsgálnunk.

Ugyanakkor egy ellentétes irányú érvelés is lehetséges. Ki lehet indulni abból is, hogy az aktív eutanázia elfogadhatatlan, és mivel az aktív és a passzív eutanázia között nincsen lényeges elvi különbség, ezért ebből az következik, hogy a passzív eutanázia is csak sokkal szigorúbb szabályok alapján fogadható el, mint ahogyan azt az eddigiek során űzték. Nagyjából ezt a gondolatmenetet követte az USA, ahol a passzív eutanázia kivitelezésére nagyon pontosan megfogalmazott erkölcsi és jogi szabályokat alkalmaztak. Mivel több európai ország ezt az utat követi, és Magyarország számára is ez látszik járhatóbbnak, ezért a holland gyakorlat ismertetése után a passzív eutanázia szabályozásának USA-beli tapasztalatait tekintjük át.

A holland eutanáziagyakorlat

Hollandiában az aktív eutanázia széles körű támogatottságot élvez, és – egyedül a világon – meglehetősen elterjedt mindennapi gyakorlat. Sok ember hord magával olyan plasztikkártyácskát (a köznyelv „a könnyű halál hitelkártyájának" nevezi) , amelyen a tulajdonos aktív eutanáziára szólítja fel orvosát abban az esetben, ha viselőjét „olyan testi vagy szellemi károsodás érné, amelyből az emberi méltósággal összeegyeztethető állapotot eredményező gyógyulás lehetetlen"[77]. Az eutanázia nyilvános vita tárgya, a nyolcvanas évek végén például a választások előtt 11 holland politikai párt közül 10 választási programjának a része volt az aktív eutanázia törvénybe iktatása. A Holland Királyi Farmakológiai Társaság összeállította azoknak a gyógyszereknek a hivatalos listáját, amelyeket az aktív eutanázia kivitelezéséhez használni javasol[78]. Az orvosok jelentős része az eutanázia támogatója. A holland kormány tanácsadó testületeként funkcionáló Egészségügyi Tanács például részletes irányelveket dolgozott ki az eutanázia indikációiról és kivitelezéséről, és ezek alapján elvégezhetőnek tartják még a kiskorúak kérésére végzett eutanáziát is szülői tiltakozás ellenére. Volt eset, amikor vezető gyermekonkológus jelentette ki nyilvánosan, hogy néha – még a szülők beleegyezése nélkül is – gyermekpácienseinek, ha azok kérik, mérget ad öngyilkosságuk segítésére. Egy közvélemény-kutatás szerint a népesség 70%-a egyetértett ezzel a gyakorlattal[79]. Sokszor felvetődik a kérdés, miért éppen Hollandiában alakult ki ez a gyakorlat? Az eutanázia holland pártolói az egyéni szabadságjogokra szoktak hivatkozni az eutanázia igazolásául. Hollandia rendkívül demokratikus, liberális ország, lakói nagyra értékelik a korlátozatlan gondolat- és szólásszabadságot, és bátorítják a dogmák és a tabuk elutasítását. Ilyen dogmának tekintik az emberi élet szentségének az elvét is. Az okok közé sorolható

továbbá, hogy miközben például Németországban a náci visszaélések nyomasztó emléke lehetetlenné tett minden komolyabb eutanáziapárti mozgalmat, Hollandiában, ahol ilyen bűnöket sohasem követtek el, sőt óriási költséggel példamutatóan bőkezű gondoskodási rendszert fejlesztettek ki az öregek, a betegek, a fogyatékosok számára, az eutanáziával szembeni ellenállás és bűntudat nem alakult ki[80].

Az aktív eutanázia és az öngyilkosságban való orvosi segítségnyújtás a Holland Büntetőkódex 293. és 294. paragrafusa szerint bűncselekmény. Eszerint bármely személy, aki egy másik ember életét annak őszinte és kifejezett kérésére kioltja, bűncselekményt követ el, és 12 évig terjedhető szabadságvesztéssel sújtható[81]. Egy 1984-es Legfelsőbb Bírósági döntés azonban olyan irányelveket fogalmazott meg, amelyeket betartva nem indítanak eljárást az aktív eutanáziát végző orvos ellen. A szabályok azután a bírósági gyakorlatban tovább csiszolódtak, illetve az 1993 decemberében módosított Burial Act (Temetési törvény) révén eljárásjogilag változtak. Mindezek alapján ma az eutanáziát elkövető orvos ellen nem indítanak eljárást, amennyiben az annak végrehajtása során betartja a következő szabályokat[82, 83]:

1. Az eutanáziát a beteg kifejezett és ismételt kérésére lehet csak elvégezni, amely kérés nem hagyhat kétséget afelől, hogy a beteg valóban meg akar halni.
2. A betegnek teljesen tájékozottnak kell lennie betegségének diagnózisáról, prognózisáról és a további kezelési lehetőségekről.
3. A beteg önként, szabadon, mindenféle kényszer nélkül és ismételten kérje az eutanáziát. Az eutanáziát mindig a betegnek kell kezdeményeznie, és soha nem az orvosnak.
4. Feltétele, hogy a beteg fizikai és lelki szenvedése tűrhetetlen legyen, amelynek enyhülésére nincs remény. (Ez a kritérium nem teszi az eutanázia feltételévé azt, hogy a beteg terminális betegségben szenvedjen, ezért nem halálos, de súlyos fizikai vagy lelki szenvedéseket okozó betegség, például az Alzheimer-kór is kielégíti ezt a kritériumot.)
5. Semmilyen, a beteg számára elfogadható kezelés nem enyhíti a szenvedéseit.
6. Egy másik orvossal való konzultáció a beteg állapotáról.
7. Az eutanáziát csak orvos végezheti el.
8. Az orvosnak kellő gondossággal kell eljárnia a beteg diagnózisának és prognózisának a megállapítása során. Az eutanáziát ugyanolyan technikai felkészültséggel és gondossággal kell végrehajtani, mint bármely más orvosi beavatkozást.
9. A beteg hozzátartozóit tájékoztatni kell az eutanázia tényéről, kivéve, ha ezt a beteg előzőleg megtiltotta.

E feltételek fennállásakor az orvos végrehajthatja az aktív eutanáziát, majd erről jelentést kell készítenie, és azt a halottkémen, illetve az igazságügyi orvoson keresztül az ügyészhez kell továbbítania. A jelentésben le kell írnia a beteg kórtörténetét, és rögzítenie kell, hogy a beteg nem természetes halállal halt meg, hanem annak oka az eutanázia volt. Nyilatkoznia kell arról, hogy az eutanáziát a beteg kifejezett kérésére végezte-e vagy sem. Fel kell tüntetni az egy kollégájával való konzultáció tényét, továbbá azt, hogy milyen módon hajtotta végre az eutanáziát. A jelentés alapján az ügyész dönt arról, vádat emel-e az orvos ellen vagy sem, a szabályokat betartó orvos ellen azonban az ügyész általában nem emel vádat[84].

Az eutanázia megengedhetőségét bizonyos feltételekkel elfogadó Legfelsőbb Bírósági döntés érvelése az volt, hogy kibírhatatlanul szenvedő beteget kezelve az orvosnak egyszerre két, egymással szembenálló kötelesség szerint kellene cselekednie. Egyrészt csillapítania kellene a beteg fájdalmát, és tiszteletben tartani annak önrendelkezési jogát, másrészt meg kellene őriznie a beteg életét. Ha azonban a beteg kibírhatatlanul szenved, ez a két kötelesség egyszerre nem teljesíthető, ugyanakkor az orvos nem menekülhet el a helyzetből, valahogyan meg kell oldania a dilemmát, és ezért itt a vis major (ellenállhatatlan erő) elve érvényesül: az orvos szükséghelyzetben cselekszik[85]. A Holland Büntető Törvénykönyv 40. paragrafusa pedig a büntethetőséget kizáró okként határozza meg azt az esetet, amikor egy döntési helyzetben a cselekmény elkövetőjét vis major, vagyis a kötelességek konfliktusa vezérli[86].

Tekintettel arra, hogy Hollandia volt az első ország a világon, ahol az aktív eutanázia gyakorolt és elfogadott lett, ezért sokan egyfajta „kísérleti laboratóriumnak" tekintik, amelynek tapasztalatai felvilágosítást fognak nyújtani arról, hogy milyen következményei vannak az eutanázia megengedésének. Mivel sokféle mendemonda terjedt el a holland eutanáziagyakorlattal kapcsolatban, ezért az államügyész vezetésével bizottság alakult annak vizsgálatára. A bizottság 1991 szeptemberében publikálta jelentését, amelyet vezetője után REMMELINK-jelentésnek neveznek. Ez volt a világon az első komolyabb empirikus tanulmány az eutanáziáról, ezért érdemes az eredményeivel részletesebben is megismerkedni.

A REMMELINK-jelentés[87]

A bizottság nemcsak az aktív eutanáziát vizsgálta, hanem minden, az élet végén hozott orvosi döntést. Itt három nagy kategóriát különböztettek meg:

1. Az opiátokkal való fájdalomcsillapítás olyan esetei, amelyek során az alkalmazott adagok nagysága valószínűleg megrövidíti a beteg életét.

2. Olyan kezelés megszüntetése, illetve el nem kezdése, amelyik valószínűleg meghosszabbította volna a beteg életét.
3. Aktív eutanázia, illetve asszisztált öngyilkosság. A holland definíció szerint eutanázia az a tett, amelyben egy orvos kioltja egy másik ember életét annak kifejezett kérésére. Asszisztált öngyilkosságnak pedig azt a tettet nevezik, amelyben egy orvos hagyja vagy segítséget nyújt egy másik embernek abban, hogy az saját életét önkéntesen kioltsa.

A vizsgálat szerint az összhalálozások 38%-ban hoznak olyan orvosi döntést, amelyik közvetlen vagy közvetett módon siettetheti a beteg halálát. Ebből 17,5% opiátokkal való nagy dózisú fájdalomcsillapítás, 17,5% olyan kezelésről való lemondás, amely meghosszabbíthatná a beteg életét, 1,8% aktív eutanázia a beteg kérésére (ez évi 2300 eset), 0,3% asszisztált öngyilkosság (ez évi 400 eset), és 0,8% aktív eutanázia a beteg explicit beleegyezése nélkül (ez évi 1000 eset).

Eutanázia, asszisztált öngyilkosság. A megkérdezett orvosok 54%-a már végzett eutanáziát, illetve segédkezett öngyilkosságban, további 34% pedig, noha maga eddig nem végzett, megfelelő esetben hajlandó lenne eutanáziát végezni. A maradék 12% ugyan soha nem végezne eutanáziát, de ebből 8% hajlandó lenne szükséges esetben a beteget olyan kollégához utalni, aki az eutanázia elvégzésére hajlandó. Ebből tehát az következik, hogy a holland orvosok túlnyomó többsége az eutanáziát az orvosi gyakorlat elfogadott részének tartja.

Az aktív eutanáziában, illetve asszisztált öngyilkosságban részesített betegek 85%-a malignus daganatban szenvedett, és viszonylag gyakran kérték AIDS-ben vagy sclerosis multiplexben szenvedők is az eutanáziát[88]. A betegek a kérés okaként csak 10%-ban jelölték meg egyetlen okként a fájdalmat. Az okok között kiemelt helyen szerepelt az emberi méltóság elvesztése (57%), a másoktól való függés és kiszolgáltatottság érzése (33%).

Évente mintegy 9000 kifejezett eutanáziakérés hangzik el Hollandiában, de ennek csak nagyjából kevesebb mint a harmadát teljesítik. Az esetek kétharmad részében lehetséges más módszert találni a szenvedések csillapítására.

Eutanázia a beteg explicit beleegyezése nélkül. Bár Hollandiában az eutanáziát eleve úgy definiálják, hogy elvégzésének feltétele a beteg explicit kérése, évente mégis kb. 1000 olyan aktív eutanázia eset van, amelyben ez hiányzik. Általában olyankor fordul elő, amikor az orvos megítélése szerint a beteg szenvedései kibírhatatlanok és csillapíthatatlanok, és a beteg már nincs megkérdezhető állapotban. Ilyenkor az esetek 83%-ában az orvos a hozzátartozókkal, nővérekkel, kollégákkal konzultál.[89] Az eutanázia esetekben a becslések szerint a beteg élete legtöbbször csak órákkal vagy napokkal rövidül meg. Csak az esetek 8%-ában rövidíti meg az eutanázia a beteg életét 6 hónapnál hosszabb idővel.[90]

Opiátokkal való nagy dózisú fájdalomcsillapítás, mely megrövidítheti a beteg életét. Ez az összhalálesetek 17,5%-ában játszik szerepet. Az orvosok 82%-a végzett már ilyet, és az esetek 6%-ában az opiátokat kifejezetten azzal a szándékkal adták, hogy a beteg élete megrövidüljön[91].

Olyan kezelés abbahagyása, illetve el nem kezdése, amelyik meghosszabbíthatná a beteg életét. Ez az összes haláleset 17,5%-áért volt felelős, és az esetek kb. felében a beteg életének a megrövidítése volt a nem kezelés kifejezett célja. A betegek élete ily módon – becslések szerint – egy héttől több hónapig terjedő idővel rövidült meg. Az ilyen döntést csak az esetek 30%-ában beszélték meg a beteggel.

Érdekes módon míg eutanáziát leggyakrabban családorvosok végeznek, és ritkán kerül sor rá idősek ápolási otthonaiban, addig a bizonyos életmeghosszabbító kezelésekről való lemondás inkább az ápolási otthonokban dolgozó orvosokra jellemző. A vizsgálat azt találta, hogy az eutanázia végrehajtásához az szükséges, hogy az orvos emocionálisan kötődjön betegéhez. Ezért volt gyakoribb az eutanázia a családorvosi gyakorlatban, ahol az orvos legtöbbször hosszú évek óta ismeri a beteget, és végigkísérte őt szenvedéseiben[92].

A holland eutanáziagyakorlat értékelése

A holland eutanáziagyakorlat pártolói a sokszor shockolt külföldiek kérdéseire azt szokták válaszolni, hogy a legtöbb ország orvoslásában – ha az aktív eutanázia nem is, de – életmentő, illetve életfenntartó kezelések megszüntetése vagy el nem kezdése széles körben elterjedt gyakorlat. Ilyen döntéseket évezredeken keresztül a kezelőorvos hozott, mindenfajta nyilvános kontroll és jogi felhatalmazás nélkül, és az országok jelentős részében a mai napig ez a helyzet. Véleményük tehát az, hogy ha a holland gyakorlat valamiben szokatlan, az az, hogy az élet végén hozott orvosi döntéseket a közvélemény, a nyilvánosság ellenőrzésének teszi ki. Mivel egy demokratikus társadalomban ez nélkülözhetetlen, ezért valószínű – szól az érvelés –, hogy a mindenütt létező eutanáziáról más országok is nyíltabban fognak beszélni a jövőben[93]. Amíg az élet végén felmerülő döntéseket egy kezelés el nem kezdéséről vagy abbahagyásáról eddig legtöbbször kizárólag orvosok hozták, és a betegek ezt eddig el is fogadták, addig ma egyre gyakoribb, hogy a betegek saját maguk akarnak dönteni ezekben a kérdésekben[94]. Ilyen döntésekre pedig ma egyre gyakrabban kerül sor, hiszen az idősek aránya a legtöbb fejlett országban nagymértékben nő, az életmeghosszabbító (illetve csak haldoklásmeghosszabbító) technikai eljárások egyre elérhetőbbé válnak, és ezért explicit döntésre van szükség, hogy meddig kell ezeket az eszközö-

ket az élet meghosszabbítására felhasználni. Ez pedig már nem kizárólag orvosi, hanem etikai kérdés is, amelyben a beteg és hozzátartozói bevonása nélkül nem lehet megnyugtatóan dönteni[95]. A holland eutanáziagyakorlat nyilvánossága ráirányította a figyelmet e kérdésekre, és így az ilyen orvosi döntések nyilvános ellenőrzése megnőtt.

A holland gyakorlat kritikusai ugyanakkor rá szoktak mutatni néhány nem elfogadható jelenségre. Az egyik az, hogy a statisztika nem tekintette aktív eutanáziának azt, amikor az orvos azzal a kifejezett szándékkal nem alkalmazott életfenntartó kezelést, hogy a beteg meghaljon. RACHELS érveléséből azonban tudjuk, hogy ez az eset morálisan egyenértékű az aktív eutanáziával. Mivel úgy találták, hogy a kezeléstől való tartózkodások 6%-ában a beteg halála az orvos fő motívuma, kb. 30%-ában pedig az egyik motívuma, ezért ezt figyelembe véve már nem évi 2300 eutanáziaeset adódna, hanem kb. évi 3650–10 400[96].

Igen aggasztó és etikailag még a holland kritériumok szerint sem elfogadható a beteg explicit beleegyezése nélküli évi kb. 1000 aktív eutanázia. Noha ezek az esetek olyanok voltak, amelyekben a beteg megkérdezése nem volt lehetséges, és a családtagjaival konzultáltak, továbbá az orvos hosszú ideje ismerte betegét és annak kívánságait is, a beteg kifejezett kérése nélkül végzett eutanázia mégsem fogadható el, semmilyen erkölcsi standard szerint. Mivel, mint láttuk, az eutanáziát kérő betegek kétharmad részén az orvosok végül nem végzik el az eutanáziát, míg nagyjából évi 1000 betegnél az orvos a beteget annak kifejezett kérése nélkül is eutanáziában részesíti, ezért úgy tűnik, hogy az eutanáziaesetekben az orvosoké a döntő szó, és nem a betegeké. Ez azért paradoxon, mert a holland eutanáziamozgalom éppen a beteg önrendelkezési joga nevében tartja jogosultnak az aktív eutanáziát, és a cél éppen az volt, hogy a beteg halálának az időpontjáról ne az orvosok döntsenek, hanem a beteg maga. A REMMELINK-jelentés fényében azonban a betegek e törekvése nem volt sikeres, hiszen a döntés alapvetően továbbra is az orvos kezében van. Ezért, noha az eutanáziagyakorlat célja a beteg hatalmának a növelése volt az orvossal szemben, az eredmény az orvos hatalmának a növekedése lett a beteggel szemben[97].

A holland tapasztalatok általánosíthatósága

Mint már említettük, Hollandia példája komoly tapasztalati anyagot jelent az eutanázia jogi megengedhetőségéről folytatott vitában. Mivel Hollandia az egyik legrégebbi hagyományokkal rendelkező demokrácia, és demokratizmusa egyike a legfejlettebbeknek a világon, ezért ha a holland tapasztalatok további elemzése azt mutatja majd, hogy az eutanáziagyakorlat még ott is súlyos visszaélésekre vezetett, akkor ez döntő érv lesz az eutanázia jogi megengedhetősége ellen más,

kevésbé demokratikus országokban. Ha viszont a további vizsgálatok arra utalnának, hogy Hollandiában az aktív eutanázia gyakorlata komolyabb visszaélések nélkül fenntartható, akkor ez még semmiképpen sem fogja azt jelenteni, hogy ez a gyakorlat más országokban is probléma nélkül legalizálható, hiszen kevésbé régi hagyományú, kevésbé meggyökeresedett demokráciákban a visszaélések veszélye sokkal nagyobb.

Az általánosíthatóság további akadálya az, hogy Hollandia nemcsak példaszerűen demokratikus, de egyben igen gazdag ország is, ahol a mindenkire kiterjedő egészségbiztosítás ingyenes egészségügyi ellátást garantál minden állampolgár számára. Egy olyan gazdag országban azonban, ahol nincs teljes körű biztosítás (például az USA) vagy egy teljes körű biztosítással rendelkező, de szegényebb országban félő, hogy az eutanázia nem az egészségügyi ellátás kiegészítője, hanem helyettesítője lenne azok számára, akik vagy nem jutnak hozzá egészségügyi ellátáshoz, vagy nem kellően magas színvonalú ellátásban részesülnek. Ez igen veszélyes lenne. Mindez azt mutatja, hogy bár a holland példa fontos elméleti tanulságul szolgál más országok számára is, az ottani tapasztalatok csak nagy óvatossággal általánosíthatók.

A passzív eutanázia (életmentő, illetve életfenntartó orvosi kezelésről való lemondás)

Ilyen döntést – általában a beteg kérésére – legtöbbször terminális állapotú betegek esetén hoznak. Terminális állapotúnak az a beteg tekinthető, akinek állapota – függetlenül attól, hogy kap-e kezelést vagy sem – irreverzíbilis, és nagy valószínűséggel 3–6 hónapon belül halálhoz vezet[98]. Terminális állapotú betegek kezelésekor az orvosi prioritások megváltoznak. Normális körülmények között az orvos legfőbb célja a beteg életének a meghosszabbítása, és ehhez képest fájdalmának a csillapítása, szenvedésének a mérséklése csak alárendelt jelentőségű. Terminális állapotban viszont elsőrendű szemponttá a szenvedések csökkentése válik, és ehhez képest az élet meghosszabbítása csak másodlagos[99]. Érdekes módon a fájdalom enyhítésének a kötelessége az orvostudományban sokkal régebben elismert, mint az élet meghosszabbításáé[100]. Az orvosok feladatát – egészen a legutóbbi időkig – a következőkben foglalták össze:

- Gyógyítani a betegséget.
- Vigaszt, támogatást nyújtani a betegnek.
- Nem kezelni azokat, akik reménytelen állapotban vannak.

Az élet meghosszabbítása mint kötelesség meglehetősen új keletű, a mindenáron, minden lehetséges eszközzel való életmeghosszabbítás jellegzetesen újkori jelenség[101]. Láttuk, hogy a mai orvosi gyakorlat sem törekedhet arra, hogy min-

dig, minden lehetséges eszközzel meghosszabbítsa a beteg életét, mert ebben határt szab számára a beteg önrendelkezési joga. A beteg – önrendelkezési joga következtében – bármiféle orvosi kezelést visszautasíthat, még akkor is, ha ezzel életét megrövidíti. Így a passzív eutanázia kérdése nem úgy vetődik fel, hogy mikor dönthet úgy az orvos, hogy nem alkalmaz életfenntartó kezelést, hanem úgy: mikor engedhető meg, hogy a beteg egy életfenntartó kezelést visszautasítson, milyen kezeléseket utasíthat vissza, és milyen mechanizmusokkal biztosítható, hogy ezekben a kérdésekben a beteg akarata döntsön[102].

Életfenntartó orvosi kezelés visszautasítása kompetens beteg által

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

Az angol-amerikai jogrendszerben kompetens beteg mindenféle orvosi kezelést visszautasíthat, akár életmentő orvosi kezelést is, tehát senkit nem lehet kényszeríteni arra, hogy akarata ellenére bármilyen orvosi kezelésben részesüljön[103]. Ez alól csak akkor tesznek kivételt, ha az illetőnek kiskorú gyerekei vannak, akiket a beteg árvaságra ítélne azzal, ha életmentő kezelést visszautasítana, vagy ha az illető jelzi, hogy nem fog ellenállni, ha vele szemben kényszergyógykezelést alkalmaznak. (Ilyen például a Jehova tanúi felekezethez tartozó, ha nem akar életmentő transzfúziót, de jelzi, hogy nem fog ellenállást tanúsítani, ha azt a bíróság mégis elrendeli.) További kivétel börtönben a foglyok esete, akik életmentő orvosi kezelést az USA-ban nem utasíthatnak vissza[104]. E kivételektől eltekintve azonban kompetens beteg olyan orvosi kezelést is visszautasíthat, amely károsodásának vagy halálának a veszélyével jár. Ilyen döntés esetén azonban a beteget tájékoztatni kell a kezelés megszakításának a veszélyeiről, a következményeiről és a lehetséges alternatív kezelési eljárásokról is. A beteg kompetenciáját két független orvosnak kell tanúsítania, és döntése csak akkor érvényes, ha mindennemű reá gyakorolt kényszer biztonsággal kizárható[105].

Egy kaliforniai fellebbviteli bíróság által hozott döntés szerint a betegnek nem kell halálhoz vezető betegségben szenvednie ahhoz, hogy törvényesen az életfenntartó kezelés megszüntetését kérhesse. A konkrét esetben a beteg mind a négy végtagjára irreverzíbilisen bénult volt, és az őt kezelő orvosi team – akarata ellenére – nasogastricus szondán át táplálta. (Az Amerikai Orvosszövetség csak akkor tartotta megengedhetőnek az életfenntartó kezelés abbahagyását, ha a beteg haldoklik vagy irreverzíbilis comában van[106].) A beteg bírósági úton kérte a szonda eltávolítását. A bíróság abból indult ki, hogy a beteget – állapota

irreverzíbilis lévén – egész hátralévő életében (amely akár 15–20 év is lehet) másoknak kellene etetni, mosdatni, ágytálazni, és mindezt tiszta tudattal kellene elszenvednie. A bíróság álláspontja az volt, hogy az orvosi szakmának nincs joga betegeket ilyen állapot elviselésére kényszerítenie, nincs joga olyan életet a beteg akarata ellenére fenntartani, amelyet másvalakinek (a betegnek) kell leélnie és elviselnie. Noha a szonda eltávolítása siettetője vagy egyenesen okozója lehet a beteg halálának, erre neki mégis joga van, hogy hátralévő napjait méltósággal élhesse le[107].

Egy másik esetben egy halálos beteg 73 éves férfi, akit respirátorral lélegeztettek, annak kikapcsolását kérte. Ezt orvosai megtagadták. Erre ő saját maga kikapcsolta a készüléket, amelyet azonban orvosai visszakapcsoltak. A beteg bírósághoz fordult, azt állítva, hogy joga van a respirátorkezelést visszautasítani, még akkor is, ha ez a halálát fogja előidézni. Ezzel szemben orvosai azt állították, hogy szakmai kötelességük a beteg életét fenntartani, és öngyilkosságát megakadályozni. A bíróság az orvosok érvelését elutasította, és megerősítette a betegnek azt a jogát, hogy visszautasíthat akár életmentő orvosi kezelést is[108].

Külön probléma az ún. érett kiskorúak kérdése. Ők jogilag még nem számítanak kompetensnek, így nem hozhatnak érvényes döntést, ugyanakkor koruk, szellemi fejlettségük alapján már érettnek tekinthetők (innen az érett kiskorú elnevezés), és saját orvosi kezelésükkel kapcsolatos kívánságaik erkölcsileg már figyelembe veendők. Ezt sok esetben még a jog is elismerte. Az USA-ban például az orvosok egy osteogen sarcomában szenvedő 16 éves lány lábának amputatióját javasolták. Ezáltal kb. 20–30% esélye lett volna a túlélésre, amputatió nélkül azonban csak 2–3%. A lány visszautasította az amputatiót. Ezt az édesanyja is elfogadta, és utólag a bíróság is megerősítette az érett kiskorú lány jogát az életmentő kezelés visszautasítására[109]. Ha azonban kiskorú utasít vissza kezelést, az a megnyugtató, ha ezt bíróság vizsgálja felül, amely képes meggyőződni a kiskorú érettségéről[110].

Sokan a beteg önrendelkezési jogára hivatkozó érvelést azért nem fogadják el, és azért próbálják nem terminális beteg életét akár kényszergyógykezeléssel is megmenteni, mert úgy gondolják, hogy ha a betegnek az életmentő kezelést visszautasító döntését figyelembe vennék, akkor voltaképpen segítséget nyújtanának neki az öngyilkosságban. Ez az érvelés azonban sok esetben nem helytálló. A beteg ugyanis egy életmentő vagy életfenntartó kezelést nem feltétlenül azért utasít vissza, mert meg akar halni, hanem sokszor azért, mert már belefáradt a fájdalmakba, a kezelés okozta kényelmetlenségekbe stb. A kettős hatás elvénél megismert terminológiát használva a halál a beteg döntésének általa előre látott, de nem szándékolt mellékhatása csupán. Ha tehát a beteg visszautasít egy életfenntartó kezelést, akkor – noha látja, hogy ez valószínűleg a halálához fog

vezetni – ez tettének csak előre látott, de nem szándékolt következménye, így ez legtöbbször nem öngyilkosság[111].

Életfenntartó kezelés visszautasítása inkompetens beteg által

Amikor az életfenntartó kezelés megszüntetésének vagy el nem kezdésének a kérdése felvetődik, a beteg legtöbbször már nincs megkérdezhető állapotban. Ilyen eset a már leírt perzisztens vegetatív állapot és az irreverzíbilis coma, ahol dönteni kell arról, kezeljenek-e egy esetleges pneumoniát, részesítsék-e a beteget mesterséges táplálásban, de ilyen egy haldokló beteg klinikai halála is, ahol arról kell dönteni, resuscitálják-e őt vagy sem. Ki döntsön ilyenkor? Erre a kérdésre többféle válasz létezik, és a gyakorlatban is különféle megoldási módok alakultak ki.

A kezelőorvos dönt. Ez a hagyományos, paternalisztikus megoldás. Ilyenkor a kezelőorvos, ismerve haldokló betegét és körülményeit, a legjobbat akarva neki, dönt arról, hogy alkalmaz-e további heroikus beavatkozásokat, vagy már lemond bizonyos agresszív kezelési formákról azért, hogy a beteg békességben halhasson meg. Az orvosok egy kis részének az a véleménye, hogy soha semmilyen kezelésről nem szabad lemondani, és a beteg életéért mindig, minden lehetséges eszközzel a végsőkig kell harcolni, még akkor is, ha haldoklik, és az agresszív kezelésnek csak annyi haszna lehet, hogy néhány nappal vagy héttel megnyújtja a beteg haldoklását. Az orvosok többsége azonban azt a gyakorlatot követi, hogy reménytelen állapotú betege kezelésére nem tesz már meg mindent, ami technikailag lehetséges a haldoklás meghosszabbítására, ha úgy látja, hogy ez a betegnek túl terhes[112].

A döntést kizárólag az orvosra bízó hagyományos modellnek a helyessége azonban ma már megkérdőjelezhető. Megkérdőjelezhető azért, mert az orvos legtöbbször nem tudja egyedül, a beteg megkérdezése nélkül eldönteni, hogy mi a beteg igazi érdeke. Ehhez ismernie kellene a beteg értékrendjét, ami más, mint az orvosé. Az orvosok például legtöbbször sokkal jobban félnek a haláltól, és sokkal nagyobb jelentőséget tulajdonítanak az egészségnek, mint a betegek. Sok orvosra jellemző ezért a furor terapeuticus („gyógyítási düh”, a „kezelés mindenáron”) szemlélete. Ezt a beteg nem feltétlenül osztja, és így másképp döntene, mint orvosa, ha lehetőséget kapna a döntésben való részvételre. A paternalisztikus orvosi viselkedés, amely a beteggel gyerekként bánik, kizárva őt az életét érintő legalapvetőbb döntésekből, sérti a beteg önrendelkezési jogát, és sem jogilag, sem erkölcsileg nem elfogadható[113].

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

A living will (élő végrendelet)

Az élő végrendelet olyan eszköz, amelynek segítségével a beteg akkor is ki tudja fejezni a kezelését illető kívánságait, amikor már nincsen megkérdezhető állapotban, amikor már cselekvőképtelen. Az elnevezés arra utal, hogy miközben a jogi értelemben vett „szokásos" végrendelet csak a végrendelkező halála után lép hatályba, addig az élő végrendelet már az illető életében iránymutató: akkor, amikor a beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotba kerül, és orvosának döntenie kell arról, hogy végezzen-e agresszív orvosi kezelést, heroikus beavatkozásokat életének a fenntartására[114].

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

Mit kell tartalmaznia az élő végrendeletnek?

1. Célszerű, ha az élő végrendelet a beteg erkölcsi alapelveinek a rögzítésével kezdődik. Leírhatja itt valaki például, hogy hisz a római katolikus egyház erkölcsi tanításában, és ebben a szellemben szeretne kezeléséről vagy annak abbahagyásáról dönteni[115].
2. Hasznos, ha tartalmazza azt, hogy a beteg mennyi információt vár orvosától terminális betegsége esetében. Azt akarja-e, hogy vele halálos betegsége tényét ne közöljék, hanem helyette családját, rokonait tájékoztassák, vagy inkább azt, hogy a diagnózist és a prognózist őszintén közöljék vele, hogy érzelmileg felkészülhessen a halálra[116].
3. Pontosan rögzíteni kell, hogy mi a beteg kívánsága a kezelését illetően. Itt először azt kell leírni, hogy milyen kezeléseket akar megszüntetni, ha állapota terminális lesz, és milyeneket akkor, ha állapota nem terminális, csak nagyon súlyos szenvedésekkel jár. Azt kell tehát itt a betegnek leírnia, hogy hogyan kezeljék, ha már haldoklik, és hogyan, amikor még nem. A legegyértelműbb lenne pontosan felsorolni, hogy milyen kezelésben részesíthetik, illetőleg nem részesíthetik őt orvosai. Megtilthatja például a beteg, hogy terminális állapotban mesterséges lélegeztetést, dialysiskezelést, sebészeti beavatkozásokat, cardiopulmonalis resuscitatiót, mesterséges táplálást, folyadékpótlást stb. alkalmazzanak nála. A felsorolás módszere azonban sokszor nem célravezető, hiszen a beteg nem mindig ismeri a lehetőségeket, így elfeledkezhet valaminek a megtiltásáról, amelynek a használatát nem kívánja, vagy elfelejt megengedni valamit, amelynek a használatát viszont elfogadná. Ezért sokszor célravezetőbb általános elveket megfogalmazni, például azt leszögezni, hogy – haldoklása esetén – nem járul hozzá olyan kezeléshez, amelynek célja csak haldoklásának a meghosszabbítása, és ilyenkor csak fájdalomcsillapító, illetve palliatív terápiában részesítsék.
4. Mivel az előbbiek sokszor túl általános megfogalmazást tesznek szükségessé, amelynek értelmezése az orvos számára nehéz, ezért célszerű egy ún. tartós meghatalmazottat megnevezni. A tartós meghatalmazott az a személy, akiben a beteg a legjobban megbízik, aki ismeri értékrendjét, kívánságait, és aki – kétséges esetben – értelmezni tudja a beteg élő végrendeletét. Ennek során a tartós meghatalmazottnak az ún. „helyettesített döntés" elvét kell alkalmaznia. Az élő végrendelet sokszor általános megfogalmazásai alapján – ismerve a beteg értékrendjét, preferenciáit – meg kell próbálnia megállapítani, hogyan döntene az eszméletlen beteg egy adott kezelés elfogadásával vagy elutasításával kapcsolatban, ha egy pillanatra eszméletre térne, belátási képessége birtokába kerülne. A tartós meghatalmazottnak tehát a beteg értékrendje alapján kell a döntését meghoznia, a beteg értékrendjét kell használnia saját értékrendje helyett, ezért nevezik ezt helyettesített döntésnek. A tartós meghatalmazott

legtöbbször családtag vagy rokon, de nem kell feltétlenül hozzátartozónak lennie. Bárki lehet, akiben a beteg megbízik.
5. Célszerű megnevezni azt a kórházat, ahová a beteg kerülni szeretne, és azt az orvost, akinek gondjaira kívánja bízni magát terminális állapota esetén.
6. Megnevezhet a beteg olyan személyeket, akiknek a véleményére különösen sokat ad, és akikkel a tartós meghatalmazott konzultálhat, ha egyedül nem tud dönteni.
7. Az élő végrendelet bizonyos speciális kikötésekkel zárulhat.

Példa az élő végrendelet alkalmazására. Egy 55 éves nyelvtanárnőt aspiratiós pneumoniával szállítanak egy kórház intenzív osztályára. Az asszony 20 éve egyre súlyosbodó sclerosis multiplexben szenved, amelynek következtében nyelési reflexe sérült, egyre gyakrabban nyel félre, így jött létre a jelenlegi kórházi felvételét indokló aspiratiós pneumonia is. Az orvosok úgy ítélik meg, hogy egy újabb aspiratiós pneumonia a beteg életébe kerülhet, ezért az epiglottis műtéti levarrását javasolják, amely a további félrenyeléseket megakadályozná, viszont a betegnél permanens tracheostomiát tenné szükségessé, és ez őt gyakorlatilag beszédképtelenné tenné. Az asszony eddig is ágyhoz kötött volt, egyetlen kapcsolatát a világgal a beszélgetés jelentette. Így még dolgozott is, betegágya mellett nyelvórákat adott. Az asszony azt mondta, hogy inkább meghal, de nem akar beszédképtelen lenni. Ugyanakkor a döntés idején nem volt kompetensnek tekinthető, így jogilag érvényes döntést nem hozhatott. Nővérénél volt azonban a beteg élő végrendelete, amelyben az azt kérte, hogy ne tartsák mesterségesen életben akkor, ha már nem lesz képes hasznos életet élni. A beteg nővérére hárult a feladat, hogy – mint tartós meghatalmazott – értelmezze, mit érthetett a beteg „hasznos élet" alatt. A beteg nővére úgy értelmezte ezt, hogy a beteg a hasznos életbe a másokkal való verbális kapcsolattartás képességét is beleértette, és ennek alapján nem engedélyezte, hogy elvégezzék az epiglottis levarrását célzó műtétet. A kezelőorvos a döntést elfogadta[117].

Az élő végrendelet – előnyei miatt – egyre elterjedtebb. Az USA mind az 50 államában létezik jogilag az élő végrendelet intézménye. Dániában 1992 szeptemberében központi számítógépes regisztert hoztak létre, amely tartalmazza a dán állampolgárok által kitöltött élő végrendeletek adatait. Ha egy beteg terminális állapotban van, kezelőorvosának le kell kérdeznie ezt a központi adatbankot arról, hogy mi a beteg kívánsága az életmeghosszabbító kezelésekkel kapcsolatban. A beteg élő végrendeletében megtilthatja, hogy terminális állapotban életfenntartó kezeléseket alkalmazzanak nála[118]. Angliában az esetjog szintén az élő végrendelet elfogadásának irányába mutat. 1993 óta törvény kötelezi az orvost, hogy ha perzisztens vegetatív állapotú beteg életfenntartó kezelésének a meg-

szüntetéséről dönt, akkor ehhez minden esetben bírósági jóváhagyást kérjen. Így tehát az orvos ilyen esetben többé nem dönthet egyedül az ilyen kezelés megszüntetéséről[119]. A British Medical Association 1992-ben részletes élő végrendelet ajánlásokat dolgozott ki az ilyen jellegű problémák kezelésének a megkönnyítésére[120].

Az élő végrendelet törvények néhány közös eleme az USA-ban. Az élő végrendeletet két tanú jelenlétében kell aláírni, akik nem lehetnek a beteg rokonai, illetve olyan személyek, akik a betegtől örökölnek. Nem lehet tanú a kezelőorvos vagy annak alkalmazottja, beosztottja sem[121]. Életfenntartó kezelést élő végrendelet alapján csak terminális állapotú betegnél lehet megszüntetni. Terminális állapotnak az a gyógyíthatatlan állapot tekintendő, amely orvosi megítélés szerint az életfenntartó kezelés ellenére is halálhoz fog vezetni, és amelyben az életfenntartó kezelés csak a halál időpontjának késleltetését képes biztosítani. Életfenntartó kezelés még terminális állapotú betegen is csak akkor szüntethető meg, ha a haldoklás már elkezdődött, és ekkor is a beteg csak rendkívüli életfenntartó kezeléseket utasíthat vissza, szokásos eszközöket nem[122]. Az élő végrendelet csak akkor érvényes, ha azt a beteg 14 nappal a terminális állapot megállapítása után ismét aláírja.

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

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

Az öregek ápolási otthonában ápolt idős ember által kitöltött élő végrendelet érvénytelen, kivéve, ha azt az idős ember egy betegjogi képviselő jelenlétében készítette. Az ápolási otthonban ápolt idős ember különösen védtelen helyzetben van, és az ezzel való visszaélést próbálja megakadályozni ez a megkötés[123].

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

Egy beteg élő végrendeletének az eltüntetése vétség, nem létező élő végrendelet hamisítása azonban bűncselekmény, és adott esetben emberölésnek minősül[124].

Orvos nem kötelezhető arra, hogy saját lelkiismerete ellen cselekedjék. Ezért, ha nem ért egyet az élő végrendeletben foglaltakkal, célszerű, ha ezt megmondja a betegnek, és olyan orvoshoz utalja, aki hajlandó az élő végrendeletet tisztelet-ben tartani.

Komoly hiányosságuk a jelenleg érvényben lévő élő végrendelet törvényeknek, hogy nem kívánják meg az egészségügyi személyzettől explicit módon azt, hogy akkor is folytassák a palliativ kezelést, ha más beavatkozásokat a beteg

visszautasított. Amit a ma érvényben lévő élő végrendelet törvények kimondanak, az nagyjából az, hogy ha a beteg terminális állapotban van, és azt kéri, akkor az orvos – amennyiben ezzel egyetért – abbahagyhatja az életfenntartó kezeléseket büntetőjogi felelősségre vonás nélkül[125].

Orvosi eljárás, ha a terminális állapotú betegnek nincs élő végrendelete

Sokan javasolják, hogy az anamnézisfelvétel részévé kellene tenni a beteg megkérdezését arról, mi a kívánsága életfenntartó eljárások szükségessége esetén, óhajtja-e azokat, és meddig, akarja-e, ha szükségessé válik, hogy resuscitálják stb.[126] A beteg álláspontját a kórlapra rá kell vezetni, éppolyan gondosan, mint bármely más adatot. Különösen sok figyelmet kapott a terminális állapotú betegek resuscitatiójának a kérdése. A szívmegállás ugyanis a haldoklási folyamat szükségszerű állomása, függetlenül attól, hogy mi az alapbetegség. Ezért nagyon fontos annak eldöntése, hogy ha a szívmegállás bekövetkezik, végezzenek-e a haldoklón resuscitatiót. Az ilyen döntést mindig a beteg részvételével kell meghozni. A beteggel beszélgetni kell ezekről a kérdésekről, lehetőleg akkor, amikor még jó állapotban van. Ilyenkor a kezelését illető másfajta kívánságai is kiderülhetnek[127]. Az USA-ban a resuscitatiót nem kérő beteg kívánságát ráveze-tik a kórlapra, az ilyen beteg a DNR (do not resuscitate, nem resuscitálandó) jelzést kapja. Ha az orvos úgy nem resuscitál egy beteget, hogy ehhez előzőleg a leírt módon nem kapott tőle hozzájárulást, akkor ez erkölcsileg elfogadhatatlan cselekedetnek minősül, hiszen ez durva paternalizmus, és súlyosan sérti a beteg önrendelkezési jogát[128, 129]. Ha az orvos a resuscitatiót feleslegesnek ítéli, a beteg azonban ragaszkodik hozzá, akkor a beteg akaratának kell érvényesülnie[130]. Bár egy ilyen beszélgetés pszichésen megterhelő lehet mind a betegnek, mind az orvosnak, mégis az a vélemény, hogy ez még mindig a kisebbik rossz, és az igazán elfogadhatatlan az lenne, ha a kompetens beteg megkérdezése nélkül és esetleg akarata ellenére döntene az őt nem ismerő egészségügyi személyzet a beteget érintő legfontosabb kérdésekben. Az a cél, hogy a beteget érintő orvosi döntéseket az orvos és a beteg közösen hozza meg. A beteg értékszempontjait, kívánságait mindig meg kell ismerni és figyelembe kell venni. Az egészségügyi intézményeknek informálniuk kell betegeiket arról, hogy joguk van az orvosi ellátásukkal kapcsolatos döntésekben részt venni, kezelést visszautasítani stb.[131]

Mint láttuk, ha a terminális állapotú beteg nem készített élő végrendeletet, és még kompetens, akkor a vele való beszélgetés tisztázhatja a kívánságait az életfenntartó kezeléseket illetően. Nehezebb azonban a helyzet akkor, ha a beteg inkompetens, és nem készített élő végrendeletet. Ilyenkor két eset különíthető el:

- A beteg előzőleg kompetens volt, így korábbi preferenciáira következtetni lehet.
- A beteg sohasem volt kompetens (például értelmi fogyatékos).

Mindkét esetben a beteg törvényes képviselőjének kell meghozni a döntést az orvosi kezelés megszüntetéséről, de más-más standard alapján.

Döntés olyan inkompetens betegnél, aki előzőleg kompetens volt. Itt a törvényes képviselő a már korábban említett „helyettesített döntést" alkalmazza. Ez azt jelenti, hogy fel kell öltenie a beteg „szellemi arculatát"[132], értékrendjét, preferenciáit, és meg kell kísérelnie megállapítani, mi lenne a beteg kívánsága, ha egy pillanatra visszanyerné belátási képességét. A helyettesített döntés során támaszkodni lehet a beteg korábbi, még kompetens állapotában a családtagoknak, a barátoknak vagy az egészségügy személyzetnek tett szóbeli közléseire. Támaszkodni lehet arra is, hogy a beteg vallásos volt-e, és ha igen, mi vallásának az álláspontja, a kérdéses életfenntartó kezelés kötelező-e vagy sem? Sokszor a beteg korábbi véleménye egy másik betegnek adott ugyanolyan jellegű kezelésről is támpontot jelenthet a helyettesített döntés meghozatalakor[133].

Döntés olyan inkompetens beteg kezeléséről, aki előzőleg sohasem volt kompetens. Ilyenkor a helyettesített döntés elve nem alkalmazható, hiszen a betegnek nem volt olyan kialakult értékrendje, amelyet utólag rekonstruálni lehetne. Olyan betegről, akinek sohasem volt elegendő belátási képessége, hogy önálló döntéseket hozzon, nem lehet tudni, hogyan döntene, ha egyszerre lenne ilyen belátási képessége[134]. Ezért ilyen esetben a törvényes képviselőnek a beteg érdekéből kell kiindulnia, azt kell megpróbálnia megállapítani, mi szolgálja leginkább a beteg érdekét.

Ki dönthet inkompetens beteg helyett

A legmegnyugtatóbb az, ha a beteg – amikor még belátási képessége van – maga jelöli ki azt a személyt, aki orvosi kezelését illetően dönthet akkor, ha majd ő inkompetens állapotba kerül. Ha a beteg ilyen személyt nem jelölt ki, akkor családja, hozzátartozói jönnek szóba, mint olyanok, akikkel az orvosnak konzultálnia kell a beteg kezeléséről. Ilyen helyzetben a hatályos magyar jog a következő sorrendet írja elő.[135]

a) a beteg törvényes képviselője, ennek hiányában
b) a beteggel közös háztartásban élő, cselekvőképes
ba) házastársa vagy élettársa, ennek hiányában

bb) gyermeke, ennek hiányában
bc) szülője, ennek hiányában
bd) testvére, ennek hiányában
be) nagyszülője, ennek hiányában
bf) unokája;
c) a b) pontban megjelölt hozzátartozója hiányában a beteggel közös háztartásban nem élő, cselekvőképes
ca) gyermeke, ennek hiányában
cb) szülője, ennek hiányában
cc) testvére, ennek hiányában
cd) nagyszülője, ennek hiányában
ce) unokája

A sorrendet annak alapján állapították meg, hogy az adott személyek valószínűleg mennyire ismerik a beteg értékrendjét, vagyis mennyire tudnak ennek alapján helyettesített döntést hozni.

Mivel azonban a rokonoknak, a családtagoknak a beteggel érdekkonfliktusuk lehet, ezért az orvosnak nagyon fontos szerepe van a beteg érdekeinek a védelmében és a hozzátartozók vagy a törvényes képviselő (szülő, gyám vagy a gondnok) által hozott döntések erkölcsi elfogadhatóságának az ellenőrzésében. Ha az orvos a hozzátartozók vagy a törvényes képviselő döntésével nem ért egyet, akkor célszerű a kórházi etikai bizottsághoz fordulnia, sőt, az USA-ban minden olyan helyettesített döntés esetén rutinszerűen meg kell ezt tennie, amikor a törvényes képviselő életfenntartó orvosi kezelés megszüntetéséről dönt. Ez de facto a legtöbb kórházban ma is létezik, hiszen a legtöbb orvos az ilyen döntéseket meg szokta beszélni kollégáival. Ha azonban az orvos és a hozzátartozók, az orvos és az etikai bizottság vagy az etikai bizottság tagjai között egyet nem értés mutatkozna egy életfenntartó kezelés megszüntethetőségével kapcsolatban, akkor az a megnyugtató, ha az ilyen kérdést bíróság dönti el[136]. A hatályos magyar jog nem engedi meg, hogy cselekvőképtelen, illetve korlátozottan cselekvőképes beteg helyett a hozzátartozók olyan döntést hozzanak, mely hátrányosan érintené a beteg állapotát, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodáshoz vezetne. Ha a felsorolt hozzátartozók – a korlátozottan cselekvőképes vagy cselekvőképtelen beteg gyógyíthatatlan, s megfelelő orvosi ellátás ellenére is rövid időn belül halálhoz vezető betegsége esetén – életmentő vagy életfenntartó beavatkozásokat utasítanának vissza, akkor ennek a végrehajthatóságához Magyarországon ilyenkor minden esetben bírósági jogerős határozat szükséges.[205]

Van-e különbség egy kezelés abbahagyása és el nem kezdése között

Amint láttuk, abban széles körű konszenzus van, hogy bizonyos agresszív kezelésekről – megfelelő feltételek fennállásakor – le lehet mondani, ha ez a beteg kívánsága. Meg lehet-e azonban szüntetni egy már elkezdett kezelést? Sok orvos úgy érzi, hogy például egy respirátorkezelés el nem kezdése csak passzív eutanázia, és így még megengedhető, egy már megkezdett kezelés megszüntetése, vagyis a respirátor kikapcsolása viszont már inkább aktív eutanázia, és ezért elfogadhatatlan. Valójában azonban egy életfenntartó kezelés abbahagyása éppúgy a passzív eutanáziához áll közelebb, mint az el sem kezdése, hiszen például egészséges embereket éppúgy nem lehet kezelés megszüntetésével „megölni", mint a passzív eutanázia más formáival sem. Éppen ezért ma már széles körű konszenzus alakult ki arról, hogy egy kezelés el nem kezdése, illetve elkezdése és abbahagyása – egyéb körülmények azonosságát feltételezve – morálisan nem különbözik egymástól[137]. Sőt inkább azt mondhatnánk, hogy – szemben az orvosi intuícióval – egy kezelés elkezdését, majd abbahagyását morálisan sokkal inkább el lehet fogadni, mint az el sem kezdését, hiszen nagyon sok esetben előre nem lehet megítélni, hogy egy kezelés hatásos lesz-e vagy sem. Ezért sokkal megnyugtatóbb egy életmentő kezelést még reménytelennek tűnő esetben is elkezdeni, és abbahagyni, ha nem kielégítő az eredménye, mint el sem kezdeni. Az erkölcsi megkülönböztetés egy kezelés el nem kezdése és abbahagyása között sokszor kifejezetten veszélyes is, mert aki hisz e megkülönböztetés erkölcsi jelentőségében, az tudja, hogy ha egyszer már elkezdett egy kezelést, azt nem lesz képes abbahagyni. Ezért kétséges esetben inkább el sem kezdi azt, mert nem akar egy kilátástalan állapotú beteget megszüntethetetlen agresszív kezeléssel kínozni[138]. E veszély elkerülésére fontos tehát leszögezni, hogy egy kezelés abbahagyása, illetve el nem kezdése között nincs erkölcsi különbség, és orvosilag – és ezért erkölcsileg is – mindenképpen az előbbi a megnyugtatóbb.

Mely kezelések alkalmazásától lehet eltekinteni

Amint láttuk, a beteg a legtöbb kezelést visszautasíthatja, még akkor is, ha ezzel életét veszélyezteti. A kérdés azonban az, hogy ez minden kezelésre kiterjed-e, vagy bizonyos terápiákat mindig kötelező adni? Mint korábban láttuk, a bíróság a KAREN ANN QUINLAN-esetben megengedte, hogy Karent lekapcsolják a respirátorról, noha fennállt a veszélye, hogy spontán légzésre nem lesz képes, és a lélegeztetőkészülék kikapcsolása után meghal. Nem ez történt, hiszen Karen spontán lélegezni kezdett. Ezután természetesen az a kérdés is felvetődhetett volna, hogy a légző Karen mesterséges táplálását és folyadékpótlását meg lehet-e

szüntetni, hiszen csak ennek segítségével volt életben tartható. A szülők azonban a mesterséges táplálás megszüntetését nem kérték, mert úgy érezték, hogy ez már erkölcsileg megengedhetetlen lenne. A KAREN ANN QUINLAN eset óta azonban nagyon gyakran felvetődött az a kérdés, hogy milyen orvosi kezelések megszüntetése tekinthető morálisan elfogadhatónak, és melyek adása kötelező mindig, még a legkilátástalanabb esetben is.

A szokásos és rendkívüli eszközök doktrínája. Először a katolikus egyház próbálta megválaszolni ezt a kérdést még az asepsis és antisepsis előtti korszakban, amikor azt kellett eldönteni, hogy ha egy beteg nem egyezik bele egy esetleg életmentő, de fájdalmas és veszélyes műtétbe, akkor ez öngyilkosságnak minősül-e vagy sem[139]. Ekkor alakult ki a szokásos és a rendkívüli eszközökről szóló egyházi doktrína, amelyet azután XII. Pius pápa 1957-ben megerősített, és később számos újabb egyházi nyilatkozat alátámasztott.

A szokásos eszközök a hagyományos katolikus erkölcstanban azok, amelyek:

- Az adott helyzetben könnyen elérhetők.
- Képesek a betegség gyógyítására vagy legalább a beteg állapotának a stabilizálására.
- Nem rónak túlságosan nagy fizikai, pszichológiai vagy anyagi terhet a betegre, illetve a hozzátartozóira[139a].

Eszerint az orvosi kezelés szokásos és rendkívüli eszközökkel végezhető. Betegség esetén mindenkinek kötelessége, hogy az élete vagy egészsége megőrzéséhez, illetve visszanyeréséhez szükséges orvosi kezelésekbe beleegyezzék. Ez azonban csak az orvosi kezelés „szokásos" eszközeire vonatkozik. Szokásos eszközök azok, amelyek alkalmazása nem ró túlságos terhet sem a betegre, sem másokra[140]. Ugyanakkor senki sem kényszeríthető arra, hogy veszélyes vagy számára nagyon terhes orvosi beavatkozásokba egyezzék bele. Ha valaki egy ilyen beavatkozást utasít el, az nem öngyilkosság[141]. Azok a kezelési formák azonban, amelyek a beteg vagy a hozzátartozók számára túlságosan terhesek lennének, rendkívüli eszközöknek minősülnek. Ilyen például az újraélesztés. Rendkívüli eszközökkel való kezelést a beteg visszautasíthat, és ez nem minősül sem öngyilkosságnak, sem eutanáziának. Ez azonban csak a haldoklás utolsó fázisában megengedhető[142]. Ugyanakkor a szokásos eszközökkel való kezelés visszautasítása nem megengedett, kivéve akkor, ha a halál kikerülhetetlen és közeli. A doktrína lényege tehát az, hogy amíg a szokásos eszközökkel való kezelés mindig morális kötelesség, azoktól nem lehet eltekinteni, addig a rendkívüli eszközök alkalmazása már nem kötelező, ezért azokat a beteg visszautasíthatja[143].

A szokásos és a rendkívüli eszközök megkülönböztetése azonban a gyakorlatban nehéznek bizonyult a fogalom homályossága miatt. Mit jelent pontosan az, hogy szokásos és rendkívüli kezelés? A józan ész szerint rendkívüli az a kezelés, amely még ritka vagy még költséges, a szokásos az, amelyik már elterjedt és olcsó. Ez az interpretáció azonban nem írja le azt, ahogyan a doktrínát a gyakorlatban alkalmazzák. Hiszen ha például egy metastaticus carcinomás betegről megállapítják, hogy diabeteses, akkor – ha a beteg is úgy akarja – nem kezdenek már insulinkezelésbe, hiszen úgy gondolják, hogy jobb, ha a beteg diabeteses comában hal meg gyorsan, mintha a nagyon fájdalmas rákbetegségben sokkal lassabban. Hasonlóképpen gyakran előfordul, hogy egyéb okból terminális állapotban lévő beteg pneumoniáját nem kezelik antibiotikummal, hogy a haldoklás ne húzódjon el, holott ma az antibiotikumok elterjedtek és viszonylag olcsók. Úgy tűnik tehát, hogy az orvosi gyakorlatban sokszor szokásosnak tűnő kezeléseket is megszüntetnek[144].

E fogalmi nehézségek elkerülésére ezért ma már inkább arányos–aránytalan, illetve ésszerű–ésszerűtlen kezelésekről szoktak beszélni a katolikus teológusok, a katolikus egyház és a világiak egyaránt[145].

Eszerint az, hogy mennyire kötelező egy kezelés, attól függ, hogy alkalmazása esetén mekkora a beteg számára az előny : hátrány arány. A beteg hátránya sokféle formát ölthet. Lehet az egy műtét okozta fájdalom, a kemoterápia okozta hányinger, a haemodialysis okozta kényelmetlenségek stb., és ezek mind indokolhatják a kezelés visszautasítását[146]. A kezelés haszon : kár aránya sokféle tényező függvénye lehet. Ha például a haszna kicsi, akkor nagyon csekély fájdalom vagy kényelmetlenség is aránytalanul nagy ehhez képest, és ilyenkor a kezelés rendkívülinek számít. Ha viszont a kezelés hasznosnak tűnik, akkor nagy fájdalmak vagy költségek sem teszik rendkívülivé. Így például egy antibiotikus kezelés általában szokásosnak tartható, viszont egy AIDS-ben vagy rákban haldokló beteg számára már rendkívülinek minősülhet[147]. Függhet a hasznon : kár arány a beteg korától is. Ugyanaz a veszélyes műtét, amely egy 30 évesnek, akinek a számára egy hosszú életet menthet meg, szokásosnak minősül, egy 90 éves, terminális betegségben szenvedő betegnek rendkívüli lehet[148]. Természetesen mindig a betegnek kell mérlegelnie, hogy mit tekint előnynek és mit hátránynak, és a végső döntés joga mindig az övé. A kezelés előnyének és hátrányának felmérése ugyanis nem orvosi, hanem erkölcsi kérdés, és így azonos állapotú betegek ugyanannak a kezelésnek az elfogadhatóságáról vagy elfogadhatatlanságáról másképpen dönthetnek[149].

Megszüntethető-e a beteg mesterséges táplálása és a folyadékpótlása

Perzisztens vegetatív állapotban vagy irreverzíbilis comában gyakran előfordul az ún. beszűkített kezelés. Ez azt jelenti, hogy klinikai halál után az ilyen beteget nem resuscitálják, tüdőgyulladására nem adnak antibiotikumot stb. A kérdés ma egyre gyakrabban úgy vetődik fel, hogy az ilyen beteg mesterséges táplálása és folyadékpótlása megszüntethető-e? A szokásos és a rendkívüli eszközöket megkülönböztető katolikus doktrína szerint ez szinte sohasem szüntethető meg, mert ennek biztosítása a beteg számára nem okoz kényelmetlenséget, így szokásos eszköznek számít[150]. Ezért mesterséges táplálást és folyadékpótlást akkor is adni kell, amikor a betegnél már minden más kezelést megszüntettek. Sokan úgy érvelnek, hogy a mesterséges táplálás és a folyadékpótlás biztosításának szimbolikus jelentősége is van, és ez is a kötelező volta melletti érv. Ha valakitől ugyanis megtagadjuk az élelmet és a vizet, ez ellentétes az iránta való szeretet és gondoskodás elvével. Ilyen értelemben mesterséges táplálást és folyadékpótlást mindig kellene adni, hiszen ez nem is orvosi kezelés, hanem a beteg iránti legelemibb gondoskodás szimbóluma, ami a beteg kényelmének és méltóságának a fenntartásához szükséges. Ezt az érvelést sok mai élő végrendelet törvény is elfogadja az USA-ban, amely nem teszi lehetővé, hogy a beteg a mesterséges táplálásról és a folyadékpótlásról is lemondjon, noha egyéb kezeléseket visszautasíthat[151].

Ennek az álláspontnak a helyességét azonban ma hevesen vitatják. Az ellentábor abból indul ki, hogy a mesterséges táplálás és a folyadékpótlás maga is az orvosi kezelés egy formája, és mint minden orvosi kezelésnek, ennek is vannak előnyei, hátrányai és veszélyei. Ezért még katolikus vélemény szerint is lehetnek olyan helyzetek, amikor még ennek alkalmazása is túl terhes a beteg számára, és ilyenkor rendkívüli eszköznek minősül, és adása nem kötelező. Azzal a szándékkal azonban soha nem szabad a mesterséges táplálást elhagyni, hogy a beteg halálát idézzük elő[152].

Mások arra mutatnak rá, hogy sokszor éppen az sérti az emberi méltóságot, hogy olyan haldokló, dementálódott betegeket táplálnak mesterségesen, akiknek már nincs éhség- és szomjúságérzetük, így maguktól nem esznek, a táplálás fontosságát megérteni már nem képesek, és le kell őket kötözni a mesterséges táplálás biztosításához, hogy ne tépjék ki magukból a szondát vagy a kanült. Ilyen esetekben – szól az érvelés – a mesterséges táplálás antihumánus, sérti az emberi méltóságot, túl terhes a beteg számára, és ezért adása morálisan nem kötelező[153]. Az USA-ban több bírósági döntés született, amelyik megengedi a mesterséges táplálás, illetve a folyadékpótlás megszüntetését perzisztens vegetativ állapotú és irreverzíbilis comában lévő betegeknél. Az 1983-as USA elnöki bioetikai bizottság is azt az álláspontot fogadta el, hogy semmiféle orvosi kezelés nem kötelező

pusztán a haldoklás meghosszabbítása céljából, így az intravénásan vagy nasogastricus szondán keresztül biztosított mesterséges táplálás és folyadékpótlás sem. (Természetesen csak akkor, ha a beteg korábban, élő végrendeletében ezt kérte, vagy meghatalmazottja döntött így a helyettesített döntés elve alapján.)

Az orvosilag haszontalan kezelés fogalma

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

Nagy zavar uralkodik azonban az orvosilag haszontalan kezelés fogalma körül, és gyakran összekeverik azt a kérdést, hogy hasznos-e egy orvosi kezelés azzal, hogy hasznos-e megmenteni egy adott beteg életét[154]. Ez utóbbi azonban már nem orvosi, hanem etikai kérdés, noha gyakran orvosi kérdésnek maszkírozzák. Ennek az a veszélye, hogy a beteg megkérdezése nélkül döntenek kezeléséről, arra való hivatkozással, hogy itt valójában szigorúan orvosi kérdésekről van szó, amelyekben – szakértelménél fogva – egyedül orvos jogosult dönteni. Nézzünk egy példát:

Példa:

Egy betegnek metastaticus carcinomája van, és a betegség progressziója során veseelégtelenség fejlődik ki, uraemiás lesz. Dialysissel természetesen megszüntethető lenne az uraemiája. A dialysiskezelés ebben az esetben orvosilag haszontalan-e vagy sem?

Sokan úgy gondolják, hogy ilyenkor a dialysiskezelés orvosilag haszontalan, hiszen nem éri el azt a célt, amelyet szolgál. A kezeletlen uraemia ugyanis valószínűleg megmenti a beteget a végstádiumba jutott rákbetegség okozta szenvedésektől, és a dialysis az uraemia megszüntetésével csak elnyújtaná a haldoklási folyamatot, több szenvedést okozva így a beteg számára, mint amennyit megszüntet.

Az érvelésbe azonban hiba csúszott. A dialysis orvosi célja ugyanis nem a beteg boldogabbá tétele, hanem egy fiziológiai paraméter normalizálása, az uraemia megszüntetése. Ebben a szűk orvosi értelemben a dialysiskezelés orvosilag a metastaticus carcinomás beteg számára sem haszontalan, noha egyéb szempontból életének a megmentése erkölcsileg már értelmetlennek tűnik. Ez azonban már nem orvosi, hanem etikai kérdés, és ebben már a beteg jogosult dönteni, és nem az orvos. Külön kérdés tehát az, hogy egy kezelés eléri-e azt a fiziológiai célt,

amelynek az érdekében alkalmazzák, és így meghosszabbítja-e a beteg életét, és másik kérdés az, hogy a beteg életét érdemes-e meghosszabbítani. Így azt a kérdést, hogy egy kezelés orvosilag hasznos-e, el kell különíteni attól a kérdéstől, hogy az orvosilag hasznos kezelést érdemes-e adni az adott betegnek.

Egy kezelés orvosilag haszontalan, ha nem hosszabbítja meg a beteg életét, vagy nem mérsékli szenvedéseit. Egy kezelés orvosilag hasznos, ha bármelyiket e két cél közül eléri. Van egy átmeneti zóna orvosi hasznosság tekintetében: azok a kezelések, amelyek csillapítják a beteg szenvedéseit, de csak az élet megrövidítése árán, vagy meghosszabbítják a beteg életét, de csak a fájdalmak, szenvedések növelésével. Ilyenkor a kezelés orvosilag hasznos egyik szempontból és káros egy másik szempontból. Ezekben az esetekben csak a beteg dönthet, hogy melyik szempont kapjon prioritást: életének a meghosszabbítása még szenvedések árán is vagy szenvedéseinek a csillapítása még élete megrövidítése árán is. Ez azonban nem orvosi kérdés, és ezért ilyenkor a döntés joga a betegé. Ha orvosi kérdéssé maszkírozzák, akkor ezzel kizárják a beteget a saját életét érintő fontos döntésekből. Ez megengedhetetlen paternalizmus.

Egy másik példával illusztrálva, orvosilag indikált-e egy perzisztens vegetativ állapotú beteget respirátorral életben tartani, aki anélkül azonnal meghalna, respirátorkezeléssel azonban még hosszú évekig életben maradhat, ha ez csak egy vegetativ szintű életet jelent is a számára? A kérdésre adott válasz attól függ, hogy hogyan vélekedünk arról, erkölcsileg kötelező-e fenntartani egy ilyen életet? Erre másképpen fog válaszolni egy ortodox zsidó és másképp egy római katolikus, ha mindketten vallásuk tradícióinak megfelelően válaszolnak[155].

Célszerű tehát nagyon körültekintően alkalmazni az orvosilag haszontalan kezelés fogalmát, mert túl tág értelemben durva paternalizmushoz vezet, amelylyel a betegeket kizárják olyan döntésekből, amelyeket egyedül ők jogosultak meghozni.

AZ 1998. JÚLIUS 1-JE ELŐTTI MAGYAR JOGI SZABÁLYOZÁS ÉS A GYAKORLAT AZ EUTANÁZIÁVAL KAPCSOLATBAN

Az eddigiekben nagyrészt a nemzetközi tapasztalatok fényében tárgyaltuk az eutanázia problémáját és az ezzel kapcsolatos etikai és jogi irányelveket. Célszerű ezért röviden az idevonatkozó magyarországi gyakorlatra és jogelvekre is utalni.

Magyarországon az 1998. július 1-je előtt hatályban levő 1972. évi egészségügyi törvény nem használta az eutanázia kifejezést. Az előírás szerint az orvosnak az általa gyógyíthatatlannak ítélt beteget is a legnagyobb gondossággal kellett kezelnie[156]. Így a magyar jog sem az aktív, sem a passzív eutanáziát nem

engedte meg. Magyarországon arra sem adott a jog lehetőséget, hogy valaki életmentő beavatkozást visszautasítson. Közvetlen életveszélyben lévő beteg életének a megmentéséhez nem volt szükséges a beteg beleegyezése, életét beleegyezése nélkül is meg kellett menteni[157].

Ezekből a szabályokból az következett volna, hogy nálunk minden esetben minden lehetséges eszközt fel kellett volna használni a beteg életének (illetve haldoklásának) a meghosszabbítására, még akkor is, ha ez ellen a beteg tiltakozott, hiszen ezt – akut életveszélyben – az orvos nem vehette volna figyelembe. A gyakorlat azonban nem ez volt. Bár Magyarországon empirikus vizsgálat még nem született arról, hogy milyen elvek alapján szüntették meg reménytelen állapotú betegek életfenntartó kezelését, egy 1987-ben készített, de nem publikált orvos-etikai kódextervezet ajánlásai – amelyet nagy tapasztalatú, a magyar gyakorlatot jól ismerő klinikusok állítottak össze – valószínűleg tükrözték a magyarországi szokások több elemét.

Ezekből az ajánlásokból kiolvashatóan nálunk csak akkor alkalmaztak rendkívüli életfenntartó eljárásokat, ha az alapbetegség gyógyulására remény volt[158]. Ilyen esetben kizárólag a kezelőorvos, illetve a beteget kezelő team döntött, a beteg akarata nem érvényesülhetett[159]. Ehhez nálunk hiányoztak a már korábban megismert jogi eszközök is (élő végrendelet stb.).

A kódextervezet nem javasolta, hogy gyógyíthatatlan betegnek felesleges transzfúziókat, drága gyógyszereket adjanak, hiszen az eszközök szűkössége miatt ezeket tartalékolni kell más, nagyobb sikerrel kecsegtető betegek kezelésére[160]. Az orvos, illetve a kezelő team döntött arról is, hogy irreverzíbilis comás (apalliumos) betegek, illetve súlyosan károsodott újszülöttek kezelését mikor szüntessék meg[161]. Nem élesztettek újra gyógyíthatatlan betegeket a haldoklás stádiumában, és krónikus betegség végstádiumába jutott betegeket sem[162].

Egyhangú vélemény esetén a kezelő team előre elhatározhatta, hogy a beteg klinikai halálakor az újraélesztéstől eltekint. Indokoltnak tartották ezt például kérgi agyhalott (sic!) esetén[163]. A rendkívüli életmegőrző beavatkozások – javallatuk hiánya miatti – be nem vezetését, illetve felfüggesztését nem tekintették passzív eutanáziának[164]. Ugyanakkor Magyarországon nem javasolták hagyományos gyógyító eljárások (például antibiotikumkezelés) megszüntetését, és a mindennapos kezelési vagy ápolási eljárások megszüntetését sem (ez az ún. minimumterápia, például mosdatás, fájdalom- és lázcsillapítás stb.[165]).

A fenti ajánlásokkal és gyakorlattal szemben többféle kritika volt felhozható. A legkézenfekvőbb az, hogy ellentmondott az akkor hatályos magyar törvénynek, amely nem tett lehetővé semmiféle kezelésről való lemondást. Ez azonban valójában nem a hazai orvosi gyakorlat kritikája volt, hanem a jogszabályoké, hiszen mint láttuk, sehol a világon nem fogadják el, hogy minden esetben minden lehetséges agresszív kezelést meg kell próbálni a beteg kezelésére, adott

esetben még akarata ellenére is. Ez a gyakorlatban nem járható út. Ugyanakkor a magyar jog azzal az előírással, hogy közvetlen életveszélyben a beteget beleegyezése nélkül is kezelni kell, voltaképpen lehetetlenné tette, hogy a beteget az életfenntartó kezelések megszüntetésével kapcsolatos döntésekbe bevonják, hiszen ilyen döntést – elvben – sem az orvos, sem a beteg nem hozhatott. Mivel azonban ilyen problémák a fejlett orvosi technika korában naponta adódnak, az orvosok arra kényszerültek, hogy e nehéz etikai döntéseket a betegek bevonása nélkül, egyedül hozzák meg. Ez azonban – mint láttuk – erkölcsileg nem volt elfogadható. A megoldás annak jogi elfogadása lett volna, hogy a beteg minden orvosi kezelést visszautasíthat, még olyan orvosi kezelést is, amelynek hiányában nagy valószínűséggel meg fog halni. A betegnek ezt a jogát több nemzetközi orvosetikai deklaráció is rögzíti. Az Orvosok Világszövetségének 1992-es állásfoglalása az orvos által segített öngyilkosságról leszögezi, hogy orvos ilyen segítséget nem nyújthat. Ugyanakkor a beteg alapvető joga, hogy az orvosi kezelést visszautasítsa, és az orvos nem viselkedik etikátlanul, ha a beteg e jogát tiszteletben tartja, még akkor sem, ha ennek következménye a beteg halála[166].

Az Orvosok Világszövetségének 1981-es Lisszaboni Deklarációja a betegjogokról szintén leszögezi, hogy a betegnek joga van a kezelés visszautasítására, ha ennek következményeiről őt megfelelően tájékoztatták. Leszögezi egyben azt is, hogy a betegnek joga van méltósággal meghalni[167]. Az Orvosok Világszövetsége 1983-as Velencei Deklarációja pedig kimondja, hogy az orvos csökkentheti a terminális állapotban lévő beteg szenvedéseit úgy, hogy bizonyos kezeléseket megszüntet. Ezt azonban csak a beteg beleegyezésével, illetve ha a beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotban van, akkor a közvetlen hozzátartozói beleegyezésével teheti meg[168].

Látható tehát, hogy mind a bioetikai szakirodalom, mind a nemzetközi orvosetikai deklarációk ugyanabba az irányba mutatnak: meg kell engedni, hogy a terminális állapotban lévő beteg bármiféle orvosi kezelést visszautasíthasson, és ily módon be kell őt vonni az életfenntartó kezeléseket illető döntésekbe. Ez jó a betegek számára, hiszen önrendelkezési jogukat kiterjeszti, és jó az orvosok számára is, akik így nem kénytelenek egyedül viselni e nehéz döntések erkölcsi terheit. A fenti gondolatmenet tükröződik az egészségügyről szóló új, 1997.évi CLIV. törvényben, mely igyekszik a korábbi magyar szabályozásban levő hiányosságokat kiküszöbölni, s a nemzetközi trendekhez közeledni. Bevezeti a már említett fontosabb intézményeket (életfenntartó beavatkozások visszautasíthatósága terminális állapot esetén, élő végrendelet, tartós meghatalmazott stb.), melyek lehetővé teszik a beteg autonómiájának érvényesülését akkor is, amikor nincs döntéshozatali képessége birtokában.

AZ 1997. ÉVI CLIV. TÖRVÉNY SZABÁLYOZÁSA AZ ÉLETMENTŐ VAGY ÉLETFENNTARTÓ BEAVATKOZÁSOKOK VISSZAUTASÍTÁSÁRÓL

A törvény az eutanázia kifejezést nem használja, hanem – helyesen – életmentő ill. életfenntartó beavatkozások visszautasításáról beszél. Ilyen beavatkozás csak közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve – a beteg írásképtelensége esetén – két tanú együttes jelenlétében utasítható vissza.[193]

A törvény szerint „A betegség természetes lefolyását lehetővé téve az életfenntartó vagy életmentő beavatkozás visszautasítására csak abban az esetben van lehetőség, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátással is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan."[194]

A visszautasítás csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság – a beteget megvizsgálva – írásban tanusítja, hogy a fenti feltétel teljesül, és a beteg a döntését annak következményei ismeretében hozta meg. Ahhoz, hogy a beteg döntését teljesítsék, a betegnek – a bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt még egyszer meg kell erősítenie, hogy az életmentő vagy életfenntartó beavatkozást visszautasítja.[195]

A törvény előírja, hogy életmentő, ill. életfenntartó beavatkozás visszautasítása esetén a beteg döntése mögött levő okokat a beteggel való személyes beszélgetés keretében fel kell tárni, s meg kell kísérelni a beteg döntésének a megváltoztatását.[196]

A törvény szerint „A beteg nem utasíthatja vissza az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást, ha várandós és előre láthatóan képes a gyermek kihordására."[197]

Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személy esetén életmentő vagy életfenntartó beavatkozás visszautasítására csak bírósági jóváhagyással van lehetőség.[198]

A törvény – nem használva a fogalmakat – lehetővé teszi a már részletesen leírt élő végrendelet készítését[199], ill. tartós meghatalmazott megnevezését is.[200]

A törvény (s a hozzá tartozó kormányrendelet[207]) ezen rendelkezései kiterjesztették a beteg autonómiáját, s lehetővé tették, hogy az élet végén meghozandó orvosi döntésekben a beteg a korábbi jogi szabályozásban megengedettnél sokkal nagyobb mértékben vehessen részt.

Hasonló szellemben foglal állást a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kódexe is. Leszögezi, hogy „az eutanázia minden formája összeegyeztethetetlen az orvosi etika elveivel..."[201], eutanáziának az orvos olyan ténykedését nevezve, amely a beteg kérésére történik, s amely – szándéka szerint – "a gyógyíthatatlan szenvedő beteg halálára irányul."[202]

Az élet végén hozandó döntéseket a kódex a „terminális palliatív medicina" kifejezéssel jelöli, leszögezve azonban, hogy „A beteg, illetve hozzátartozójának kellő felvilágosítás utáni beleegyezése nélkül a palliatív terminális medicina nem alkalmazható."[203]

A SÚLYOS FEJLŐDÉSI RENDELLENESSÉGGEL VILÁGRA JÖTT ÚJSZÜLÖTTEK KEZELÉSÉNEK ETIKAI PROBLÉMÁI

Az eddigiekben az eutanázia problémájának tárgyalása során főleg a felnőtt betegek kezelésének a kérdéseiről volt szó. Nem beszéltünk azonban a súlyos congenitalis anomáliákkal született újszülöttek kezelésének etikai dilemmáiról, holott ezek sokszor még súlyosabb problémákat vetnek fel, hiszen helyettük mindig másoknak kell dönteni kezelésükről vagy annak megszüntetéséről.

A probléma

Vannak olyan súlyos fejlődési rendellenességek, veleszületett genetikai ártalmak, amelyek gyógyítása lehetetlen, viszont életmeghosszabbító terápiás eljárások alkalmazásával a haldoklás megnyújtható, vagy a halál meg is akadályozható. Az így kialakult állapot azonban sokszor nagyon rossz életminőséget eredményez, súlyos fájdalmakkal és szenvedéssel jár mind a betegek, mind az őket ápoló családtagok számára. Helyes-e ilyen esetben az életmeghosszabbító terápiás lehetőségeket maradéktalanul felhasználni, vagy lemondhatunk-e bizonyos lehetséges kezelésekről azért, hogy az újszülött, a gyermek korábban meghaljon? Példák[169]

Anencephalia. Az ilyen újszülöttek agyféltekéi hiányoznak, csak az agytörzs egy része működik. Leggyakrabban halva születnek vagy a születést követő 1–2 héten belül szükségszerűen meghalnak, hiszen ez az állapot az élettel nem egyeztethető össze. Mesterséges táplálással és lélegeztetéssel azonban a haldoklási folyamat néhány nappal elnyújtható. Morálisan kötelező-e ilyenkor a lélegeztetés és a mesterséges táplálás?

A gyomor-bél tractus veleszületett hiánya. Az ilyen újszülött természetesen szájon keresztül nem táplálható. Táplálásának egyetlen lehetséges módja az intravénás mesterséges táplálás centrális vénás katéterrel. Mivel ez könnyen trombotizál, újabb és újabb vénát kell keresni. A fertőzések így elkerülhetetlenek, és az ilyen gyermek – a leggondosabb kezeléssel is – 1–2 éven belül meghal. A mo-

rális dilemma ilyenkor az, hogy hagyni kell-e meghalni a gyermeket már újszülöttkorában, vagy mindent meg kell-e tenni életben tartásáért? Így csak 1–2 éves korában fog meghalni, addigra némileg kifejlődik az öntudata, élményei lesznek, viszont sok szenvedésen is keresztülmegy, és a szülők számára is sokkal megterhelőbb érzelmileg gyermeküket 1–2 éves korában elveszteni, mint újszülöttkorában. Humánus-e ilyenkor a gyermek számára a halál időpontjának az 1–2 éves életkorra való kitolása?

Súlyos intracranialis vérzés. Az ilyen újszülött lélegeztetésre szorul, és sohasem alakulnak ki a normális kognitív funkciói. Morálisan megengedhető-e ilyen esetben a lélegeztetés abbahagyása?

A spina bifidás újszülöttek kezeléséről folytatott vita

Néhány technikai részlet[170]. A spina bifida (gerincsérv) – bár néha enyhe és észrevétlen betegség – súlyosabb formájában, amikor meningomyelokelével jár, az életet is veszélyeztető fejlődési rendellenesség. Ilyenkor az újszülött hátán kiboltosulás látható, ebben liquorfolyadék van, amely a gerinchasadékon keresztül szivároghat. A liquorkeringésnek a gerinchasadékon keresztül történő érintkezése a külvilággal általában gyorsan fertőzéshez, meningitishez vezet, és az ilyen infekciók – antibiotikumkezelés nélkül – legtöbbször halálosak. Ez a magyarázata, hogy századunk ötvenes éveiig a betegség legtöbbször néhány hét alatt halálhoz vezetett. A gerinchasadék műtéti zárása ugyan megoldható lett volna, megelőzve ezzel a fertőzéseket, a liquor külvilágba vezető útjának az elzárása azonban gyorsan hydrocephalust eredményezett. Bár egy műtéti úton beültetett katéter segítségével a felesleges liquort az agyból a szív üregébe lehetett vezetni, a katéterben lévő billentyűt (amely megakadályozta, hogy a vér a szív üregéből az agykamrákba jusson) gyakran eltömték a liquor sejtes részecskéi, és ez ismételt műtéteket tett szükségessé. Ezért a spinalis laesio műtéti zárását az ötvenes évek végéig általában nagyon ritkán végezték el, és az ilyen újszülötteket operáció nélkül hagyták meghalni[171].

Az áttörésre 1955-ben került sor, amikor egy amerikai hidraulikus szakember, JOHN HOLTER (akinek spina bifidás gyermeke katétereltömődés miatt ismételt műtétekre szorult) szerkesztett egy billentyűt, amelyik e problémát nagyrészt megoldotta. Ettől kezdve lehetőség nyílt minden spina bifidás gyermek gerinchasadékának műtéti zárására, és a Holter-billentyűvel ellátott katéterrel a hydrocephalus megelőzésére is. Így 1958-ban néhány angliai centrumban (Sheffield, Liverpool) kezdetét vette – LORBER kifejezésével élve – a spina bifidás újszülöttek kritikátlan kezelésének a korszaka. Ez azt jelentette, hogy e centrumokban

kivétel nélkül minden meningomyelokelés újszülöttet egynapos korában megoperáltak. Az e centrumok által teremtett morális nyomás eredményeként ez a gyakorlat a hatvanas évektől kezdve elterjedt szinte az egész világon[172], és csak néhány olyan centrum maradt (Oxford, Edinburgh, Ausztráliában Melbourne), ahol továbbra sem operáltak meg minden meningomyelokelés újszülöttet, hanem szelektív kezelést alkalmaztak. Ez a hatvanas években azonban még nem volt ismert.

Az összes spina bifidás újszülött rutinszerű megoperálásának gyakorlata tehát széles körben elterjedt. Néhány év múlva azonban kiderült, hogy az eredmények korántsem egyértelműek. Bár a műtét a túlélés szempontjából sikeresnek volt mondható, az így megmentett gyerekeknek azonban súlyos maradványtüneteik voltak. 17%-ukban közepesen súlyos, 80%-ukban súlyos maradványtünetek mutatkoztak: széklet- és vizeletincontinentia, ennek következtében gyakori húgyúti infekciók, hydronephrosis, progrediáló veseelégtelenség hypertoniával, mindkét végtagra kiterjedő bénulás, amely a túlélő gyerekek nagy részét tolószékhez kötötte, hydrocephalus, és ennek következtében agykárosodás, amely a túlélők harmadán értelmi fogyatékosságot okozott. Gyakran volt szükség az izombénulások és az aszimmetrikus izomműködés miatt kialakult csont- és ízületi deformitások miatt ortopédiai korrekciós műtétekre. Egy ilyen gyermek, aki megélte a 9. születésnapját, addig az időpontig átlagosan 18 nagyobb operáción esett át[173]. A hydrocephalus műtéti kezelésének az ismétlése is gyakran vált szükségessé. Itt is előfordult, hogy egy gyerek 17 ilyen műtéten esett át. Azt találták, hogy a túlélő spina bifidás gyerekek 5 éves korukig átlagosan 2 évet töltöttek kórházban[174].

Az eredmények hatására 1968-ban vita kezdődött a Lancet hasábjain, hogy helyes-e minden spina bifidás gyereket kezelni, nem lenne-e jobb a legsúlyosabb eseteket az operációt mellőzve meghalni hagyni, hiszen a nem kezelt spina bifidás újszülöttek 90%-a 1 éves kora előtt meghal[175]. Az ellentábor ezt etikailag elfogadhatatlannak tartotta, hiszen agresszív kezeléssel az ilyen gyerekek nagy részének az élete megmenthető, és ez mégiscsak jobb eredmény, mint a nem kezeléssel elért 90%-os halálozás. Még tolószékben, értelmi fogyatékosan is jobb élni, mint egyáltalán nem élni. További ellenérv, hogy a nem kezelt spina bifidás újszülöttek kb. 10%-a a nem kezelés ellenére is életben marad, de – a nem-kezelés miatt – sokkal rosszabb állapotban, mintha kezdettől fogva kezelésben részesítették volna. Ez pedig etikailag elfogadhatatlan[176].

A vitához csatlakozott az a JOHN LORBER is, aki az addig minden esetet agresszíven kezelő sheffieldi centrum orvosa volt. Ő javasolta az ún. szelektív kezelés elvét. Ez olyan kezelési filozófia, amelynek alapján – egy előre definiált kritériumrendszer szerint – azokat a legsúlyosabb betegeket, akiket radikális kezeléssel sem lehetne megfelelő életminőséget biztosító állapotba hozni, egyáltalán nem

kezelik. LORBER nyilvánosan 1972-ben állt ki a szelektív kezelés elve mellett, és 1973-ban jelentek meg azok a beszámolók, amelyekből kiderült, hogy több centrum (Ausztráliában, Angliában) már a hatvanas években a szelektív kezelés elvét alkalmazta. 1973-ban jelent meg DUFF és CAMPBELL már hivatkozott cikke is a The New England Journal of Medicine-ben, amelyben ők is azt az akkor még tabunak számító bejelentést tették, hogy kórházukban sok újszülött korábban halt meg, mert a szülőkkel való megbeszélés alapján tudatosan a nem kezelésük mellett döntöttek.

Rövid időn belül a spina bifidás újszülöttek szelektív kezelésének az elve széles körben elfogadottá vált. Ezt támogatta maga az angol kormány is, de a spina bifidásokat vagy azok szüleit tömörítő különféle egyesületek is elfogadták[177]. A vita azonban továbbra sem csitult, hiszen sorra előkerültek az eutanázia kapcsán eddig már tárgyalt problémák.

A szelektív kezelés elvének problémái. LORBER kritériumai alapján csak azokat az újszülötteket operálták meg, akikről feltételezték, hogy később komolyabb fogyatékosság nélkül tudnak majd élni. Ez azt jelentette, hogy a kezelt újszülött később legyen képes – ha esetleg bicegve is, de – járni, és hydrocephalusa legyen orvosilag kontrollálható. Az összes spina bifidás újszülött egyharmada részesült ily módon kezelésben, a többieket nem operálták meg. Természetesen minden egyes kezelés előtt a szülővel megbeszélték a kezelési alternatívákat, és végső soron a szülő joga volt a döntés. A szülők azonban szinte kivétel nélkül megfogadták az orvos tanácsát. Ha a nem kezelés mellett döntöttek, ez azt jelentette, hogy az újszülöttet nem operálták meg, ha szükséges lett volna, sem tették inkubátorba, nem kapott oxigénkezelést, fertőzés esetén nem kapott antibiotikumot, és ha szükség volt rá, akkor sem táplálták szondával. Az ilyen újszülöttet mindössze ápolták és táplálták. Minden gyerek naponta négyszer sedativumot kapott (60 mg/testsúlykilogramm chloral-hydratot). Az így kezelt újszülött szinte állandóan alszik, nem éhes, és néhány héten belül meg is hal[178]. Mivel a spina bifidás gyerekek kb. 10%-a kezelés nélkül is életben marad, LORBERNÉL azonban a nem kezelt gyerekek majdnem 100%-a meghalt, így felvetődött a kérdés, hogy a lorberi gyakorlat nem egyenlő-e az aktív eutanáziával. Bár LORBER minden publikációjában élesen elítélte az aktív eutanáziát, kritikusai joggal mutattak rá, hogy amit csinál, az nem vagy csak alig különbözik attól. Hiszen, mint láttuk, ha a nem kezeléssel az a szándék, hogy a nem kezelt meghaljon, és LORBERNÉL kétségtelenül ez volt a helyzet, akkor morálisan lényegtelen, hogy a halált mulasztással vagy aktív tettel hozzák-e létre. Sokan amellett érveltek, hogyha egyszer már a nem kezelés mellett döntöttek, és az újszülöttek számára ez a halált jelentette, akkor humánusabb lett volna a nem kezelt újszülötteket inkább megölni, ami kevésbé elhúzódó halált biztosított volna a számukra[179].

A Baby Doe-eset

Baby Doe 1982-ben született egy amerikai kórházban Down-kórosan, amelyhez még egy újabb fejlődési rendellenesség, oesophagusatresia társult. Az oesophagus átjárhatatlansága miatt az ilyen gyerek szájon át nem táplálható. A nyelőcső-rendellenesség műtétileg megoldható, azonban a korrekciós műtétre Baby Doe szülei nem adtak engedélyt. A gyermek apja, aki tanár volt, és maga is sok Down-kóros gyermeket tanított, azon az álláspontón volt, hogy a Down-kóros gyermekek életminősége elfogadhatatlanul rossz. Azért nem engedte az operáció elvégzését, hogy a gyermek „természetes módon" meghalhasson. A kórház bírósághoz fordult a gyermek kezelésének az elrendelése céljából, amely azonban úgy ítélte meg, hogy az apának joga van gyermeke orvosi kezelését visszautasítani. A gyermeket így nem táplálták, morphint és phenobarbitalt kapott az éhség okozta szenvedések csillapítására, és néhány napon belül meghalt[180]. A Baby Doe-eset csak egy volt az USA-ban az ilyen esetek hosszú sorában, amikor olyan Down-kóros újszülötteket, akiknek egyéb fejlődési rendellenességük is volt (leggyakrabban duodenumatresia, tracheooesophagealis fistula, oesophagusatresia), szülői kérésre és bírósági jóváhagyással nem operáltak meg, hanem hagytak éhen és szomjan halni, noha műtéttel az életüket meg lehetett volna menteni. Ezekben az esetekben tehát azért utasították vissza a szülők az életmentő operáció engedélyezését, mert a gyermekük Down-kóros is volt, és nem akarták, hogy az operáció eredményeképpen életben maradjon. Ez beleillett abba a felfogásba, amely az aktív eutanáziát nem tartotta ilyen esetben megengedhetőnek, a kezelésről való lemondást (a passzív eutanáziát) azonban igen. Nemcsak az USA-ban volt ez a gyakorlat.1981-ben Angliában bírósági tárgyalás után felmentették Dr. Leonard Arthurt, aki szintén egy különben egészséges Down-kóros újszülöttet hagyott meghalni, úgy, hogy a gyermek születésétől kezdve csak nagy dózisú nyugtatót és folyadékot kapott. A nyugtató légzésdeprimáló hatása miatt kialakult pneumoniát nem kezelték antibiotikummal, és az újszülöttet ily módon hagyták meghalni. Dr. Arthur tárgyalása során több szakértő egybehangzóan állította, hogy Angliában az ilyen nem-kezelés – azzal a szándékkal, hogy az újszülött haljon meg – normális orvosi gyakorlat[181].

A Baby Doe-eset az USA-ban azonban nagy vihart kavart, hiszen a közvélemény (jogosan) úgy érezte, hogy a bíróság és a szülők döntése helytelen volt, nem lett volna szabad egy civilizált országban egy gyereket hagyni éhen és szomjan halni. Ekkor már az USA kormánya is gyorsan reagált, 7000 kórházat levélben értesített arról, hogy fogyatékos gyermekek gyógykezelésétől pusztán fogyatékosságuk miatt eltekinteni törvényellenes. Minden kórház jól látható pontjára plakátokat függesztettek ki, amelyben felhívták a szülők figyelmét, hogy minden újszülöttet kezelni kell, és pusztán fogyatékossága (például Down-kór) miatt senki

nem maradhat kezelés nélkül. Megadtak egy telefonszámot is, amelyen bárki bejelenthette, ha tudomást szerzett arról, hogy egy újszülöttet fogyatékossága miatt nem kezelnek megfelelően. Vizsgálóbizottságok alakultak, amelyek rajtaütésszerűen kiszálltak kórházakba, hogy ellenőrizzék, megfelelő kezelést kapnak-e a súlyosan fogyatékos újszülöttek[182].

Ezek a később Baby Doe-regulációknak nevezett intézkedések, mivel a mindennapi orvosi gyakorlat nem megfelelő ismeretében születtek, nagy felháborodást keltettek az orvosi szakmában. Kiderült, hogy bizonyos súlyos fejlődési rendellenességgel született újszülöttek nem-kezelése (passzív eutanáziája) standard orvosi gyakorlat. Nem volt világos, hogy ez a gyakorlat a Baby Doe-regulációk után folytatható-e? Ezért az Amerikai Gyermekgyógyász Akadémia és a Gyermekkórházak Nemzeti Szövetsége bírósághoz fordult a Baby Doe-regulációk értelmezése céljából. Explicit módon feltették a bíróságnak a kérdést, hogy a Baby Doe-regulációk azt jelentik-e, hogy ezentúl az orvosoknak mindig minden technikailag lehetségest meg kell tenniük minden újszülött életének a megmentéséért, függetlenül annak életkilátásaitól? A korábban már említett három példát hozták fel: meg kell-e hosszabbítani egy anencephal újszülött haldoklását, lélegeztetőgépre kell-e kapcsolni egy súlyos intracranialis vérzéssel született újszülöttet, és kötelező-e intravénásan táplálni egy olyan újszülöttet, aki gyomorbél tractus nélkül jött a világra?[183] Mindhárom kérdésre nemleges választ kaptak, ilyen esetekben a bíróság sem tartotta kötelezőnek az orvosi kezelést, és a Baby Doe-regulációkat hatálytalanították. Nemsokára törvényt hoztak a súlyos fejlődési rendellenességekkel született újszülöttek kezeléséről. Ebben kiegészítették a Child Abuse and Treatment Act-et, és visszaélésnek minősítették azt is, ha egy újszülöttnek nem adnak orvosilag indikált kezelést. Az új törvény szerint újszülöttek életfenntartó kezeléséről csak a következő esetekben lehet lemondani[184]:

- Az újszülött irreverzíbilis comában van.
- A kezelés folytatása csak a haldoklást hosszabbítaná meg, de nem gyógyítaná az újszülött életét fenyegető betegséget.
- A kezelés a gyerek túlélése szempontjából orvosilag haszontalan lenne.

Látható tehát, hogy ez a szabályozás a kezelést nem tartja minden esetben kötelezőnek, és voltaképpen elfogadta azt, amit az orvosi gyakorlatban széles körben alkalmaztak, de amelyről – tabu jellege miatt – a hetvenes évek közepéig senki nem beszélt: azt, hogy bizonyos esetekben nem tesznek meg mindent, ami technikailag lehetséges egy újszülött életének a meghosszabbítására. Az új szabályozás ugyanakkor nem oldotta fel azt az ellentmondást, amely az írott jog és a mindennapi gyakorlat között fennállt a passzív eutanázia megítéléséről. Ez nemcsak az USA-ra igaz, de nagyon sok más országra is.

A jogi szituáció

A legtöbb jogrendszer ismeri a mulasztással történő emberölés fogalmát. Akkor beszélünk erről, amikor valaki nem teljesíti törvényben előírt kötelességét valaki mással szemben, és ennek következtében az a másik meghal. A mulasztás lehet szándékos, de lehet gondatlan is, és e kettőnek a jogi minősítése természetesen eltérő.

Mivel a szülő jogilag köteles gyermeke számára megfelelő orvosi kezelést keresni, ezért ennek elmulasztásakor – ha a gyermek meghal – a szülő, a szándékosságtól függően különböző mértékben, de jogilag is felelős a gyermek haláláért. Az orvost is büntetőjogi felelősség terheli, ha azt tanácsolja a szülőnek, hogy ne kezeljék az újszülöttet, és a szülő is felelős, ha ő az ilyen tanácsot elfogadja, és nem tesz meg mindent a gyermek életének a megmentéséért[185]. Mivel az orvosnak jogilag kötelessége egy beteg gyermek kezelése, ezért ennek szándékos elmulasztása emberölésnek minősül[186]. Még azok az orvosok és ápolók is büntetőjogilag felelősek lehetnek az újszülött haláláért, akik tudnak az adott újszülött nem-kezeléséről, és mégsem tesznek ellene semmit. Sok olyan törvényhozás is létezik, ahol ha a szülő azt kéri az orvostól, hogy az az újszülöttet ne kezelje, az orvosnak ezt jelentenie kell, hogy bíróság előtt mondják ki a szülő alkalmatlanságát a gyermek nevelésére[187].

Mint látható tehát, az a széles körben elterjedt gyakorlat, amely bizonyos súlyos fejlődési rendellenességgel született újszülötteket – az orvos és a szülő egyetértése alapján – nem kezel, az angolszász országokban is törvényellenes. Ugyanakkor azonban ugyanezekben az országokban, ahol ez a vita a legszélesebb nyilvánosság előtt folyik, még egyetlen orvost sem ítéltek el e törvények alapján[188]. Ez azt mutatja, hogy a gyakorlat, noha törvényellenes, mégis eltűrt, mert széles körű társadalmi konszenzuson alapul. Indokolható-e azonban ez a konszenzus morálisan?

A súlyosan fogyatékos újszülöttek kezelésével kapcsolatos viták

A radikális álláspont. A szakirodalomban a legradikálisabb álláspontot két ausztrál filozófus, HELGA KUHSE és PETER SINGER képviseli. Az ő véleményük szerint a jelenlegi gyakorlat, amely retorikailag tiltja a súlyosan fogyatékos újszülöttek kezelésének megszüntetését vagy el nem kezdését, a valóságban azonban hallgatólagosan eltűri azt, logikailag nem konzisztens. Singerék nagyjából az aktív és passzív eutanázia közötti morális különbséget megkérdőjelező rachelsi érvelés talaján állnak. Nem fogadják el az aktív és a passzív eutanázia közötti különbségtételt, a kettőnek szerintük morálisan azonos megítélés alá kellene es-

nie, és mivel az aktív eutanázia az újszülött számára humánusabb, ezért emellett törnek lándzsát.

Singerék szerint a jelenlegi gyakorlat, amelyik a súlyosan fogyatékos újszülötteket agresszíven kezeli és életben tartja, több okból is antihumánus. Antihumánus ez az újszülöttek számára, akikből súlyosan fogyatékos felnőttek lesznek, és akiknek elfogadhatatlanul rossz életminőséggel, állandó fizikai és lelki szenvedések között kell leélniük az életüket. Antihumánus mindez a súlyosan fogyatékos gyermek családja számára is. Az ilyen családokban az átlagot messze meghaladja a válási arány. Vizsgálatok szerint a spina bifidás, Down-kóros stb. gyerekeket nevelő családokban gyakoribbak a szülők pszichológiai problémái (szorongás, depressio). A fogyatékos gyermek túlélése rossz a testvéreinek is, akikre általában már nem jut elég a szülők figyelméből, hiszen minden energiájukat a fogyatékos gyermek ápolása köti le. Az ilyen egészséges testvérektől sokszor elvárják, hogy maguk is vegyenek részt a fogyatékos gyermek ápolásában, semmiféle agressziót nem tűrnek el vele szemben az egészséges testvér részéről, holott a testvérféltékenység és a testvérek közötti agresszió egészséges gyerekek körében természetes jelenség. Általában is olyan érett viselkedést várnak el a fogyatékos gyerek testvéreitől, amely életkorukból következően tőlük sokszor még nem elvárható. Így az egészséges gyerek pszichológiai károsodást szenvedhet az ilyen családi környezetben. További érvük, hogy ha a fogyatékos gyerek életben marad, a szülők általában már nem mernek új gyerek nemzésére vállalkozni, aki pedig feltehetőleg egészséges lenne, ha megszülethetne. Így a fogyatékos gyerek életben maradása megfosztja a családot egy másik, egészséges gyerektől is, aki megszületne, ha a fogyatékos gyerek meghalt volna. Így választani nem aközött kell, hogy a fogyatékos gyerek éljen-e vagy nem, hanem aközött: a fogyatékos gyereket neveljék-e föl, vagy az ő halála után egy másik, egészséges gyereket, aki nem jönne világra a fogyatékos gyerek túlélésekor. Választani tehát egy egészséges vagy egy beteg gyerek felnevelése között kell, és szerintük ilyenkor széles körű konszenzus áll fenn arról, hogy az egészségeset kell választani.

SINGER ezért azt javasolja, hogy a születés után legyen egy 28 napos átmeneti periódus, amikor az újszülött – ha súlyos fejlődési rendellenességben szenved – az orvos és a szülő közös megegyezésével megölhető lenne. Ez az első 28 nap elég hosszú időnek tűnik arra, hogy a szükséges orvosi vizsgálatokat elvégezzék a rendellenesség megállapítására, ugyanakkor egy egyhónapos újszülöttnek még nincs éntudata, így nem tud szenvedni attól, ha fájdalommentesen megölik. A szülőket pedig ilyenkor arra kell biztatni – mondja SINGER –, hogy vállalkozzanak egy másik, egészséges gyermek nemzésére. Így egy súlyosan beteg gyerek helyett egy egészséges gyermeket fognak felnevelni[189].

Ez a politika – SINGER szerint – csak logikus kiterjesztése lenne annak az abortuspolitikának, ami ma a világ legtöbb országában uralkodik. Hiszen ma egy szü-

lő – amíg a gyermek méhen belül van – dönthet úgy, hogy súlyosan fogyatékos gyermekét abortusszal megöli, és egy új, egészséges gyermeket nemz helyette. Miért nem teheti ezt meg akkor, ha a gyermek már méhen kívül van? Ilyenkor a fejlődési rendellenesség diagnózisa sokkal biztosabb, mint méhen belül, és nincs komoly morális különbség egy 22 hetes magzat elabortálása és egy néhány napos újszülött megölése között.

Ellenérvek. SINGER felfogása szerint egy ember jogokkal csak akkor rendelkezik, ha már öntudata van, és ez csak néhány hónapos korában jön létre. Előtte tehát szerinte az újszülött megölhető, ha súlyos fejlődési rendellenessége van. De miért csak akkor? Egy újszülött egyéb okokból is kényelmetlen lehet a szüleinek vagy a társadalomnak. Ha morálisan nem számít még embernek, akkor miért nem lehet megölni ilyen esetekben is? SINGER természetesen semmi ilyesmit nem állít, de felfogásának problémája, hogy premisszáiból ilyen következtetések is levezethetők lennének, és ezek már mindenféle standard szerint is etikailag elfogadhatatlanok. Úgy tűnik tehát, hogy ha premisszái elfogadásával ilyen abszurd következtetésekhez jutunk, akkor valószínűleg a premisszái a hibásak. Nem tehetők az emberi jogok annak függvényévé, hogy valaki öntudattal rendelkezik-e vagy sem. Egyáltalán, az újszülöttek élethez való joga nem függhet fizikai vagy mentális tulajdonságaiktól[190]. Ha az élethez való jogot személyes tulajdonságoktól tennénk függővé, akkor ez nagyon gyorsan ahhoz vezethetne, hogy bizonyos egyének, csoportok élethez való jogát társadalmi, kulturális, faji stb. előítéletek alapján megkérdőjeleznék. Ez olyan csúszós lejtőn indíthatna el bennünket, amelyen nagyon nehéz lenne megállni.

Az is nagyon problematikus, ha egy ember életminőségét egy másik ember ítéli meg. Ha valaki azt mondja például, hogy egy tolószékhez kötött spina bifidás felnőtt életminősége olyan tűrhetetlenül rossz, hogy azokat a gyerekeket, akikből ilyen felnőttek lesznek, nem szabad kezelni, nehogy életben maradjanak, akkor ez sokszor csak az egészségesek fogyatékosokkal szembeni előítéleteit fejezi ki, és semmit sem mond a fogyatékos ember valódi életminőségéről. Egy ember életének a minőségét, azt, hogy az az ember mennyire boldog, vagy mennyire szenved, csak az tudja megítélni, akiről szó van. Mivel fogyatékos újszülöttek életminőségét szükségszerűen más (a szülők, az orvos) ítéli meg, ez etikailag nem elfogadható. A fogyatékos gyermek felnőve szintén élhet értelmes életet.

A radikális álláspont fő problémája az, hogy a fogyatékos gyermekek felnevelésével, gondozásával kapcsolatban jelentkező problémákat nem a probléma megoldásával, hanem a probléma okozójának az elpusztításával akarja megoldani. Az igazi megoldás azonban az lenne, ha a fogyatékos gyermekeket nevelő szülők megfelelő anyagi, pszichológiai, szociális stb. támogatást kapnának, hogy ne kényszerüljenek erejüket meghaladó feladatok ellátására, amelyek végül felőrlik erejüket, és váláshoz, pszichológiai összeroppanáshoz stb. vezetnek.

Az is megkérdőjelezhető, hogy a gyermek születése után a fejlődési rendellenesség tényével szembesülő szülő pszichológiailag alkalmas állapotban van-e arra, hogy a gyermek további kezelésével kapcsolatos döntéseket meghozza. A tapasztalatok ugyanis azt mutatják, hogy újszülöttje súlyos fejlődési rendellenességének tényével szembesülve a legtöbb szülő érzelmi shockot él át, és ezt a düh, a harag, a tehetetlenség érzése követi. A szülő első ösztönös reakciója tehát az, hogy az ilyen gyermektől meg akar szabadulni, és így könnyen választja az orvos által lehetőségként felkínált alternatívát: azt, hogy ne kezeljék az újszülöttet. Később azonban, tárgyilagosabban szemlélve a történteket, a szülő megbánhatja döntését, és a gyermek halála után kínzó bűntudatot, lelkiismeretfurdalást érezhet[191]. Így erős érvek szólnak amellett, hogy ha egy társadalom megenged ilyen döntéseket, ennek alapja ne kizárólag az orvos és a szülő megegyezése legyen.

Néhány konklúzió

Bárhogyan is dőljön el a vita, ha egy társadalom úgy dönt, hogy a súlyosan fogyatékos újszülöttek életmentő vagy életfenntartó kezeléséről való lemondás erkölcsileg néha megengedhető, akkor is megkérdőjelezhető az a gyakorlat, hogy ebben a kérdésben egyedül az orvos, illetve a szülő és az orvos együtt dönt. Az ilyen döntés csak nyilvánosan megvitatott és elfogadott kritériumok alapján engedhető meg, és a döntés pártatlanságának biztosításához megfelelő garanciális szabályok beiktatása szükséges. Sok országban például etikai bizottság, végső esetben bíróság hozhat csak ilyen döntést. Ez azonban csak a jogszabályok nyilvános megváltoztatásával lehetséges. Nem megnyugtató tehát az a jelenlegi gyakorlat, amely rendszeresen hoz ilyen döntéseket, ezekről nyilvánosan vitatkoznak is, ugyanakkor a jog mindezt egyértelműen tiltja. Nem megnyugtató, ha a gyakorlatot a nem hivatalosan kialakult, hallgatólagosan elfogadott házi szabályok irányítják mindenféle jogi és etikai garancia nélkül[192]. Ezért addig, amíg egy társadalom nyilvánosan meg nem vitatja és jogszabályba nem foglalja azt, hogy a súlyos fejlődési rendellenességgel születettek életfenntartó kezeléséről mikor (ha egyáltalán!) lehet lemondani, csak egyetlen megnyugtató és etikus eljárás létezik: minden újszülöttet kezelni kell az orvosi lehetőségek szerint. Az említett példákban felhozott esetekben tehát, amelyben megmenthető Down-kóros újszülötteken nem végzik el az életmentő műtétet, vagy spina bifidás gyerekeket meghalni hagynak, az eljárás morálisan nem elfogadható. Mások életminőségét megítélni – mint láttuk – erkölcsileg elfogadhatatlan. A tapasztalat pedig az, hogy ezek a gyerekek felnőve általában nem kívánják, hogy bárcsak haltak volna meg gyermekkorukban. Ez döntő érvnek látszik intenzív kezelésük mellett.

Magyarországon az 1998. július 1-jén hatályba lépett új jogi szabályozás – mint láttuk – csak abban az esetben engedi meg, hogy életmentő vagy életfenntartó kezelésről betegek lemondjanak, ha olyan gyógyíthatatlan betegségben szenvednek, mely megfelelő orvosi kezelés ellenére is rövid időn belül halálhoz vezet. Cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes beteg (pl. 18 évnél fiatalabb személy) esetén azonban a hozzátartozó ilyen kezelést elutasító döntése után az egészségügyi szolgáltatónak keresetet kell indítania a beleegyezés bíróság általi pótlására, s a bírósági határozat megszületéséig mindent meg kell tennie a beteg életének a megmentéséért, ill. fenntartásáért. Életmentő, ill. életfenntartó kezelés megszüntetésére a fenti esetben csak akkor van lehetőség, ha a bíróság a kórház keresetét elutasítja és a hozzátartozók kezelést megszüntető kérelmének ad helyt.[206]

Jegyzetek a 12. fejezethez*

[1]*Hare, R. M.* (1975): Euthanasia: A Christian View. Philosophic Exchange (Brockport, NY) II:I. (p. 45) cit: *Rachels, J.* (1986): The End of Life. Euthanasia and Morality. Oxford–New York, Oxford University Press (p. 159)
[2]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 101)
[3]*Levine, Carol* (ed.) (1989): Cases in Bioethics (Case 30. „No Feeding Tubes For Me!") New York, St. Martin's Press, Inc. (p. 133)
[4]*Mackay, R. D.* (1988): Terminating Life-Sustaining Treatment – Recent US Developments. Journal of Medical Ethics. 1988. 14. (p. 135–139)
[5]*Loewy, E. H.* (1989): Textbook of Medical Ethics. Plenum Publishing Corporation. (p. 136)
[6]Institute of Medical Ethics Working Party on the Ethics of Prolonging Life and Assisting Death: Withdrawal of Life-Support from patients in a Persistent Vegetative State. The Lancet. Vol. 337. Jan 12, 1991 (p. 96–98)
[7]Ibid.
[8]*Loewy, E. H.* (1989): i. m. (p. 136)
[9]Ibid. (p. 137)
[10]*Engelhardt, H. T. jr.* (1986): The Foundations of Bioethics. Oxford University Press (p. 302)
[11]*Veatch, R. M.* (1989) (revised edition): Death, Dying and the Biological Revolution. New Haven and London, Yale University Press (p. ix)
[12]*Platón:* Állam, 407 d–e.
[13]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 140)
[14]*Engelhardt, H. T. jr.* (1986): i. m. (p. 308)
[15]Ibid. (p. 302)
[16]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 11)
[17]*Engelhardt, H. T. jr.* (1986): i. m. (p. 301)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[18]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 3)
[19]Ibid. (p. 4)
[20]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 4)
[20a]*Somfai B.:* Személyes közlés
[21]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 10)
[22]Máté, 5:39-45.
[23]*Somfai B.:* Személyes közlés
[24]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 13)
[25]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants. Oxford–New York, Oxford University Press (p. 19)
[26]Ibid.
[27]Ibid. (p. 20)
[28]*Hippokratész:* Eskü. In: *Havas L., Németh B., Ritoók Zs.* (1991): Válogatások a Hippokratészi Gyűjteményből. Budapest: Gondolat. (p. 18)
[29]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 17)
[30]*Kuhse, Helga* (1991): Euthanasia. In: *Singer, P.* (ed.) (1991): A Companion to Ethics. Basil Blackwell (p. 294)
[31]Ibid.
[32]*Schlaudraff, U.:* Euthanasia in Germany. Bulletin of Medical Ethics. November, 1992. (p. 20)
[33]*Maguire, D., S.T.D.* (1986): Deciding for Yourself: The Objections. In: *Weir, R. F.* (ed.) (1986): Ethical Issues in Death and Dying. (2nd ed.) New York, Columbia University Press (p. 282)
[34]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 178)
[35]*Singer, P.* (1982): Practical Ethics. Cambridge University Press (p. 55)
[36]*Rachels, J.* (1975): Active and Passive Euthanasia. The New England Journal of Medicine, vol. 292, No. 2. January 9, 1975. (p. 78)
[37]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 109)
[38]*Foot, Philippa:* The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect. Oxford Review, No. 5 (1967)
[39]Máté, 19:21–22
[40]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 148)
[41]*Campbell, R., Collinson, Diané* (1988): Ending Lives. Oxford–New York, Basil Blackwell (p. 149)
[42]Ibid. (p. 163)
[43]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 114)
[44]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): i. m. (p. 82)
[45]*Harris, J.* (1985): The Value of Life. London, Routledge & Kegan Paul (p. 35)
[46]Ibid. (p. 38)
[47]Ibid. (p. 39)
[48]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 63)
[49]Ibid.
[50]Ibid. (p. 76)
[51]Ibid. (p. 78)
[52]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (ed.) (1989): Principles of Biomedical Ethics. (3rd ed.) New York–Oxford, Oxford University Press (p. 144)
[53]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 65)
[54]Ibid. (p. 67)
[55]Ibid. (p. 73)
[56]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 162)
[57]Ibid. (p. 163–164)
[58]Ibid. (p. 165)

[18]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 3)
[19]Ibid. (p. 4)
[20]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 4)
[20a]*Somfai B.:* Személyes közlés
[21]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 10)
[22]Máté, 5:39-45.
[23]*Somfai B.:* Személyes közlés
[24]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 13)
[25]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): Should the Baby Live? The Problem of Handicapped Infants. Oxford–New York, Oxford University Press (p. 19)
[26]Ibid.
[27]Ibid. (p. 20)
[28]*Hippokratész:* Eskü. In: *Havas L., Németh B., Ritoók Zs.* (1991): Válogatások a Hippokratészi Gyűjteményből. Budapest: Gondolat. (p. 18)
[29]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 17)
[30]*Kuhse, Helga* (1991): Euthanasia. In: *Singer, P.* (ed.) (1991): A Companion to Ethics. Basil Blackwell (p. 294)
[31]Ibid.
[32]*Schlaudraff, U.:* Euthanasia in Germany. Bulletin of Medical Ethics. November, 1992. (p. 20)
[33]*Maguire, D., S.T.D.* (1986): Deciding for Yourself: The Objections. In: *Weir, R. F.* (ed.) (1986): Ethical Issues in Death and Dying. (2nd ed.) New York, Columbia University Press (p. 282)
[34]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 178)
[35]*Singer, P.* (1982): Practical Ethics. Cambridge University Press (p. 55)
[36]*Rachels, J.* (1975): Active and Passive Euthanasia. The New England Journal of Medicine, vol. 292, No. 2. January 9, 1975. (p. 78)
[37]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 109)
[38]*Foot, Philippa:* The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect. Oxford Review, No. 5 (1967)
[39]Máté, 19:21–22
[40]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 148)
[41]*Campbell, R., Collinson, Diané* (1988): Ending Lives. Oxford–New York, Basil Blackwell (p. 149)
[42]Ibid. (p. 163)
[43]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 114)
[44]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): i. m. (p. 82)
[45]*Harris, J.* (1985): The Value of Life. London, Routledge & Kegan Paul (p. 35)
[46]Ibid. (p. 38)
[47]Ibid. (p. 39)
[48]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 63)
[49]Ibid.
[50]Ibid. (p. 76)
[51]Ibid. (p. 78)
[52]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (ed.) (1989): Principles of Biomedical Ethics. (3rd ed.) New York–Oxford, Oxford University Press (p. 144)
[53]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 65)
[54]Ibid. (p. 67)
[55]Ibid. (p. 73)
[56]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 162)
[57]Ibid. (p. 163–164)
[58]Ibid. (p. 165)

[59]*Singer, P.* (1982): i. m.
[60]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 181)
[61]Ibid. (p. 119)
[62]*Harris, J.* (1985): The Value of Life. London, Routledge & Kegan Paul. (p. 36)
[63]*Rachels, J.* (1986): i. m. (p. 184)
[64]*Singer, P. A., Siegler, M.* (1990): Euthanasia – A Critique. New England Journal of Medicine. 1990. 322. (p. 1881–1883)
[65]New York State Task Force on Life and the Law: When Death is Sought. Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context. In: Bulletin of Medical Ethics, August, 1994 (p. 10)
[66]Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith: Declaration on Euthanasia. (May 5, 1980), Vatican Council II, Vol. 2, 1982. pp. 510–516. In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL, Boyle, P. OP STL* (1989): Medical Ethics. Sources of Catholic Teachings. (p. 109)
[67]New York State Task Force on Life and the Law: When Death is Sought. Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context. In: i. m. (p. 9)
[68]Ibid. (p. 10)
[69]Ibid. (p. 8)
[70]*Hegedűs Katalin:* Hospice-modell Lyonban. Lege Artis Medicinae. 1994. november 30. (p. 1093–1097)
[71]*Reichel, W., Dyck, A. J.* (1989): Euthanasia: A Contemporary Moral Quandary. Lancet, 2 December, 1989.
[72]*Fenigsen, R.* (1989): A Case against Dutch Euthanasia. Hastings Center Report, 1989, No. 1.
[73]Ibid.
[74]Ibid.
[75]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 75)
[76]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 175)
[77]*Fenigsen, R.* (1989): i. m. (p. 22)
[78]Ibid. (p. 23)
[79]Ibid.
[80]Ibid. (p. 23–24)
[81]*Rigter, H.* (1989): Euthanasia in The Netharlands: Distinguishing Facts from Fiction. In: Mercy, Murder, & Morality: Perspectives on Euthanasia. Hastings Center Report, A Special Supplement. January/February 1989. (p. 31)
[82]Ibid.
[83]*van Delden, J. J. M., Pijnenborg, L., Van der Maas, P. J.* (1993): The Remmelink Study. Two Years Later. Hastings Center Report, November/December 1993. (p. 25)
[84]*ten Have, H.:* Euthanasia in the Netherlands: Critique and Reservations. In: Bioetica. Rivista interdisciplinare. 1 (2), (p. 326)
[85]*Sutorius, E.* (1994): The Legal Situation of Euthanasia in the Netherlands. In: EuroTransMed TV Conference, 1994. március 22
[86]*Dósa Ágnes:* Az eutanáziára vonatkozó jogi szabályozás Hollandiában. (Kézirat)
[87]Van Der Maas, P. J. et al. (1991): Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. The Lancet. 338 (p. 669-74)
[88]*ten Have, H.:* i. m. (p. 329)
[89]*Pijnenborg, L.:* Life-terminating acts without explicit request of the patient. The Lancet 1993, 341 (p. 1196)
[90]*Van Der Maas, P. J. et al.* (1991): i. m. (p. 672)
[91]Ibid.
[92]Ibid. (p. 673)

[93]*Rigter, H.:* Euthanasia in The Netharlands: Distinguishing Facts from Fiction. In: Mercy, Murder, & Morality: Perspectives on Euthanasia. Hastings Center Report, A Special Supplement. January/Fabruary 1989. (p. 32)
[94]*Pijnenborg, L.* (1993): i. m. (p. 1198)
[95]*Van Der Maas, P. J. et al.* (1991): i. m. (p. 673)
[96]*ten Have, H.:* i. m. (p. 330)
[97]Ibid. (p. 335)
[98]American College of Physicians (1989): Ethics Manual. (Second ed.) Reprinted from: Annals of Internal Medicine 1989, 111 (pp. 245–252; 317–335, 34)
[99]*Loewy, E. H.* (1989): Textbook of Medical Ethics. Plenum Publishing Corporation (p. 123)
[100]Ibid. (p. 132)
[101]Ibid. (p. 146)
[102]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 6)
[103]*Annas, G. J.* (1989): The Rights of Patients. The Basic ACLU Guide to Patient Rights. An American Civil Liberties Union Handbook. (2nd ed.) Carbondale and Edwardsville: Southern Illinois University Press (p. 200)
[104]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 91)
[105]*Mackay, R. D.* (1984): i. m. (p. 135–139)
[106]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 100)
[107]*Mackay, R. D.* (1988): i. m. (p. 135–139)
[108]*Satz v. Perlmutter,* 362 S. 2d 160 (Florida District Court Appeals, 1978.) In: *Fader, Ruth R., Beauchamp, T. L.* (1986): A History and Theory of Informed Consent. Oxford University Press (p. 17)
[109]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 103)
[110]Ibid. (p. 104)
[111]Ibid. (p. 95)
[112]Ibid. (p. 140)
[113]Ibid. (p. 143)
[114]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 211)
[115]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 151)
[116]Ibid.
[117]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (pp. 177–178)
[118]Bulletin of Medical Ethics, February, 1993 (p. 5)
[119]*Nicholson, R.* (1992): Editorial. Bulletin of Medical Ethics, February, 1993. (p. 1)
[120]Bulletin of Medical Ethics, November, 1992 (pp. 4–5)
[121]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 158)
[122]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (209)
[123]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 160)
[124]Ibid. (p. 161)
[125]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 210)
[126]*Wanzer, S. H. et. al.* (1989): The Physicians's Responsibility Towards Hopelessly Ill Patients. II. The New England Journal of Medicine 1989; 320 (pp. 844–849)
[127]American College of Physicians (1989): Ethics Manual. (2nd ed.) (p. 37)
[128]*Gillon, R.* Deciding not to resuscitate. (Editorial) Journal of Medical Ethics. 1989. 15. (pp. 171–172)
[129]*Schade, S. G., Muslin, H.:* Do not resuscitate decisions: discussions with patient. Journal of Medical Ethics 1989, 15 (pp. 186–190)
[130]American College of Physicians (1989): Ethics Manual. (2nd ed.) (p. 37)

[131]*Wanzer, S. H. et. al.:* The Physicians's Responsibility Towards Hopelessly Ill Patients. II. The New England Journal of Medicine, 1989; 320:844-9.
[132]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 171)
[133]Ibid. (p. 174)
[134]Ibid. (p. 172)
[135]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 16.§ (2) bek.
[136]Ibid. (p. 181–183)
[137]*Stanley, J. M. et. al.:* The Appleton Consensus: suggested international guidelines for decisions to forego medical treatment. Journal of Medical Ethics. 1989. 15. (pp. 129–136)
[138]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 148)
[139]Ibid. (p. 151)
[139a]*Somfai B.:* Személyes közlés
[140]*Pope Pius XII.:* „The Prolongation of Life." (Nov. 24, 1957), The Pope Speaks, 4: No. 4, Spring 1958. pp. 395–396. In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL, Boyle, P. OP, STL* (1989): i. m. (p. 207)
[141]Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith: Declaration on Euthanasia. (May 5, 1980), Vatican Council II, Vol. 2., 1982. pp. 515. In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL--Boyle, P. OP STL* (1989): Medical Ethics. Sources of Catholic Teachings. St. Louis, MO: The Catholic Health Association of the United States. (p. 212)
[142]National conference of Catholic Bishops Committee for Pro-Life Activities: The Rights of the Terminally Ill. (July 2, 1986) In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL, Boyle, P. OP, STL* (1989): i. m. (pp. 172–173)
[143]Pontificial Council Cor Unum, Questions of Ethics Regarding the Fatally Ill and the Dying, Vatican Press, 1981, pp. 8–9. In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL, Boyle, P. OP, STL* (1989): i. m. (p. 156)
[144]*Rachels, J.* (1986): i. m. (pp. 96–97)
[145]Sacred Congregation for the Doctrine of the Faith: Declaration on Euthanasia. (May 5, 1980). In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL, Boyle, P. OP STL* (1989): i. m. (p. 211)
[146]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 80)
[147]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 152)
[148]*Kuhse, Helga* (1991): Euthanasia. In: *Singer, P.* (ed.) (1991): A Companion to Ethics. Basil Blackwell (p. 299)
[149]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 83)
[150]National Conference of Catholic Bishops Committee on Pro-Life Activities: The Rights of the Terminally Ill. (June, 1986) In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL, Boyle, P. OP STL* (1989): i. m. (p. 154)
[151]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 165)
[152]National Conference of Catholic Bishops Committee on Pro-Life Activities: The Rights of the Terminally Ill. (July 2, 1986) In: *O'Rourke, K. D. OP, JCD, STL, Boyle, P. OP STL* (1989): i. m. (p. 173)
[153]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1989): i. m. (p. 169)
[154]Ibid. (p. 157)
[155]Veatch, R. M. (1989): i. m. (p. 83)
[156]1972-es Eü. Törvény, 43§. 2. bekezdés.
[157]Ádám Gy. (szerk.) (1990): Egészségügyi Jogi Kézikönyv. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó (p. 46)
[158]Magyar Orvosetikai Kódex (Tervezet) Budapest, 1987 (p. 71)
[159]Ibid. (p. 72)
[160]Ibid. (p. 62)
[161]Ibid. (p. 73)

[162]Ibid. (p. 75)
[163]Ibid. (p. 78)
[164]Ibid. (p. 83)
[165]Ibid. (p. 94)
[166]World Medical Association Statementon Physician-Assisted Suicide. (September, 1992) In: The World Medical Association: Handbook of Declarations. 17.PP.
[167]World Medical Association Declaration of Lisbon on The Rights of the Patient. In: The World Medical Association: Handbook of Declarations. 17.H.
[168]World Medical Association Declaration of Venice on Terminal Illness. (October, 1983) In: The World Medical Association: Handbook of Declarations. 17.J
[169]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): i. m. (p. 24)
[170]Ibid. (p. 49–50)
[171]*Lorber, J.:* Ethical Problems in the Management of Myelomeningocele and Hydrocephalus. Nursing Times, February 26, 1976. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (eds.) (1983): Medical Ethics. A Clinical Textbook and Reference for the Health Care Professions. Cambridge, Massachusetts–London, England, The MIT Press (p. 374)
[172]Ibid. (p. 375)
[173]*Holder, Angela R.* (1977): The Deformed Newborn: Medical Aspects. In: Angela R. Holder (1977): Legal Issues in Pediatrics and Adolescent Medicine. New York, John Wiley and Sons. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (1983): i. m. (p. 368)
[174]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): i. m. (p. 53)
[175]*Duff, R. S., Campbell, A. G. M.:* Moral and Ethical Dilemmas in the Special-Care Nursery. The New England Journal of Medicine. (October 25, 1973, 289:890-894.) In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 127)
[176]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): i. m. (p. 56)
[177]Ibid. (p. 60)
[178]Ibid. (p. 70)
[179]*Harris, J.* (1985): The Value of Life. London–Boston, Routledge & Kegan Paul (p. 34)
[180]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): i. m. (p. 13)
[181]Ibid. (p. 8)
[182]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 213)
[183]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): i. m. (p. 24)
[184]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 214)
[185]*Robertson, J. A., Fost, N.* (1976): Passive Euthanasia of Defective Newborn Infants: Legal Considerations. The Journal of Pediatrics, May 1976, 88 (pp. 883–889) In: Weir, R. F. (1986): (p. 134)
[186]Ibid. (135)
[187]Ibid. (p. 140)
[188]Ibid. (p. 138)
[189]*Kuhse, Helga, Singer, P.* (1985): i. m. (pp. 196–197)
[190]*Robertson, J. A., Fost, N.:* i. m. (1976): i. m. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 141)
[191]*Holder, Angela R.* (1977): i. m. In: *Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (1983): i. m. (p. 370)
[192]*Robertson, J. A., Fost, N.* (1976): i. m. In: *Weir, R. F.* (1986): i. m. (p. 144)
[193]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20.§ (2), (3) bek.
[194]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20.§ (3) bek.
[195]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20.§ (4) bek.
[196]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20.§ (7) bek.
[197]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20.§ (6) bek.
[198]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 21.§ (2) bek.

[199]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 22.§ (1) bek.
[200]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 22.§ (2) bek.
[201]Magyar Orvosi Kamara (1998):Orvosetikai Statutum. Etikai Kódex–Eljárási Szabály. 51. pont (p. 13)
[202]Magyar Orvosi Kamara (1998):Orvosetikai Statutum. Etikai Kódex–Eljárási Szabály. 49. pont (p. 12)
[203]Magyar Orvosi Kamara (1998):Orvosetikai Statutum. Etikai Kódex–Eljárási Szabály. 53. pont (p. 13)
[204]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 16.§ (4) bek.
[205]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 21.§ (2) bek.
[206]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 21.§ (2) bek.
[207]A Kormány 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelete egyes egészségügyi ellátások visszautasításának részletes szabályairól

13. fejezet – A szerv- és szövettranszplantáció etikai kérdései

A SZERVÁTÜLTETÉS JELENTŐSÉGE ÉS LEHETŐSÉGEI

A működésképtelen emberi szövetek, szervek pótlása az emberiség ősi vágya. Az ezzel kapcsolatos próbálkozások azonban – immunológiai ismeretek híján – a XX. század második feléig rendre kudarcot vallottak. Noha vérátömlesztést már 1667-ben végeztek emberen, az ezt követő halálos szövődmények rendszeres ismétlődése oda vezetett, hogy az ilyen kísérleteket 150 éven keresztül sok országban a törvény tiltotta[1]. A vércsoportok megismerése után azonban a vérátömlesztés biztonságossá vált, így azt a I. világháborúban már kiterjedten alkalmazták. A bőrátültetés e század húszas éveiben terjedt el, a cornea átültetése a negyvenes években vált rutinszerű beavatkozássá[2], majd ezt követte a hatvanas évektől kezdve a vese-, a máj- és a szívátültetés. Ma élőből való veseátültetés után az 5 éves szervtúlélés 80% fölött van. Májátültetésnél az 5 éves túlélés 62–66%, míg szív esetén az 5 éves túlélés 70%, a 10 éves túlélés pedig 50%[3]. Diabetesben pancreasátültetés után a graft 2 éves túlélése néhány USA centrumban 80% fölött van; egy vak beteg, aki corneaátültetést kap, 85% eséllyel fog látni[4].

Ezek az adatok arra mutatnak, hogy – a pancreas átültetése kivételével, amely ma még csak kísérleti terápiának számít – a szervátültetések túljutottak a kísérleti stádiumon, és mára elfogadott terápiás beavatkozássá váltak. Becslések szerint az 1 millió lakosra számított szervátültetési igény évi 50–70 vese-, 40–60 szív- és 45–55 májátültetés. Magyarországon tehát kb. 500–700 vese-, 400–600 szív- és 400–500 májátültetést kellene végezni évente, ha az indokolt orvosi szükségleteket ki akarnák elégíteni.[5]

Bár a szervtranszplantáció nem állítja helyre a teljes egészséget, hanem csak felváltja az azt szükségessé tevő alapbetegséget a transzplantációt követő immunosuppressiv kezelés mellékhatásaival[6], mégis javítja a beteg életminőségét, és hosszú évekre meghosszabbíthatja életét.

A szervátültetésekkel kapcsolatban azonban igen szerteágazó etikai problémák vetődnek fel, amelyek közül több a mai napig intenzív vita tárgya. Az etikai kérdések tisztázása azért nagyon fontos, mert a transzplantációs programokhoz a közvélemény bizalma és támogatása nélkülözhetetlen. Ahhoz, hogy egy ország transzplantációs programja sikeres legyen, a lakosságnak el kell fogadnia az agyhalál-kritériumot, vagyis el kell hinnie, hogy egy dobogó szívű, pirospozsgás emberi test már halott lehet, hogy ez az állapot visszafordíthatatlan, és hogy ezt

az orvosok megbízhatóan meg tudják állapítani. A transzplantációs várólistán lévő betegnek is bíznia kell abban, hogy az adott országban működő szervelosztó mechanizmus igazságos.[7] Ezt a bizalmat csak az etikai problémák nyílt megvitatásával lehet megteremteni. Ha nincs meg a közvélemény bizalma és egyetértése, akkor a transzplantációs program éppúgy kudarcra van ítélve, mintha megfelelő technikai feltételek nélkül próbálna egy sebészcsoport szervátültetést végezni. Erre jó példa Japán, ahol a technikai fejlettség ellenére alig végeznek halottból kivett vesével transzplantációt, mert a közvélemény nem fogadja el az agyhalál-koncepciót, és abban is kételkednek, hogy az agyhalált az orvosok megbízhatóan meg tudják állapítani. Emiatt van az, hogy az európai országokban 1987-ben az élőből való vesetranszplantáció csak az összes vesetranszplantációk 11%-a volt, míg Japánban 75,7%-a[8].

Egy ország minden lakosának érdeke, hogy a szervátültetés hatékonyan és etikailag elfogadhatóan menjen végbe, hiszen előre senki nem tudhatja, hogy ő vagy családtagjai, rokonai, barátai a szervátültetésben milyen szerepet fognak játszani, szervet kapó recipiensek vagy szervet adó donorok lesznek-e?[9]

Emberi szervet, szövetet elvileg háromféle módon lehet pótolni:

- Etikailag a legmegnyugtatóbb az elhasználódott emberi szervek műszervvel való helyettesítése lenne, ez azonban ma technikailag még nem megoldott. Csak a kiesett vesefunkciót sikerült krónikus hemodialysis végzésére képes művesekészülékkel évtizedekre pótolni. Műszívvel vannak biztató eredmények, de megnyugtató, hosszú távra szóló megoldás még nem született. A műszervekkel kapcsolatban a legfőbb etikai probléma az, hogy kezdetben általában ritkák, általánosan nem hozzáférhetők, ezért azt kell ilyenkor eldönteni, hogy a sok rászoruló közül ki részesüljön kezelésben, ha nem részesülhet mindenki, és a nem kezeltek nagy valószínűséggel meghalnak.
- Emberi szervek pótlása állati szervek, szövetek beültetésével (xenotranszplantáció). Ezekkel ma biztató kísérletek folynak. Bár eddig a szív- és veseátültetés állatból emberbe sikertelen volt, úgy tűnik, hogy immunológiai, fiziológiai szempontok alapján a genetikailag manipulált sertés lenne az ember számára a legalkalmasabb szerv- és szövetdonor. Ez azonban ma még csak elméleti lehetőség[10]. Bár vannak, akik állati szervek beültetését emberbe állatvédelmi okokból etikátlannak tartják, az állatok ilyen célú felhasználása sokkal könnyebben indokolható, mint például megevésük. Ha például egy állati szív beültetésével megmenthetnénk egy ember életét, az állat ily módon való elpusztítása sokkal könnyebben indokolható lenne, mint az állatok tenyésztése és leölése étkezési célból, mely nem ment meg életet, csak élvezetet okoz az ember számára. Így akinek nincs kifogása az állatok megevése ellen, az nem

következetes, ha szervdonorként való felhasználásuk ellen kifogást emel[11]. Ugyanakkor kétségtelen etikai problémák jelentkeznének az állati szervek rutinszerű átültethetősége esetén. Ma például a Földön kb. 100 ezer csimpánz él. Ha szerveikkel emberi életet lehetne megmenteni, ez néhány év alatt a csimpánzok teljes kiirtásához vezetne. Jogunk lenne-e erre emberi életek megmentése kedvéért?[12]

- Emberi szervek pótlása élőből vagy holttestből származó emberi szervekkel. A legsúlyosabb etikai problémák itt jelentkeznek, ezért részletesebben ezt tárgyaljuk.

Mivel a legfejlettebb országokban az összes szervátültetés kb. 80%-a vesetranszplantáció[13], és Magyarországon is ez a leggyakoribb, ezért a továbbiakban leginkább ezt fogjuk tárgyalni.

A VESEÁTÜLTETÉS ÉS A KRÓNIKUS HAEMODIALYSIS IGAZSÁGOSSÁGI PROBLÉMÁI

A végstádiumba jutó veseelégtelenség (ESRD = end stage renal disease) vagy krónikus haemodialysist (újabban egyre nagyobb számban ambuláns peritonealis dialysist) vagy veseátültetést tesz szükségessé. A kezelés általában a dialysissel kezdődik, majd a beteg transzplantációs várólistára kerül, és ha immunológiailag alkalmas donor adódik, veseátültetésben részesül. Bár arra nincs bizonyíték, hogy a veseátültetésben részesülő betegek élettartama hosszabb lenne, mint a dialyzáltaké, hiszen az élethosszig tartó immunsuppressiv kezelés miatt a malignus betegségek gyakorisága a veseátültetés után kb. 30-szorosa az átlagosnak[14], az átültetés után a beteg életminősége azonban lényegesen javul, hiszen nem lesz többé szükség a heti háromszori, 5–6 óráig tartó dialysisre. További előny, hogy minden transzplantáció felszabadít egy helyet a művesegépen, és így egy újabb beteg kezelésére nyílik lehetőség. Ezért arra kell törekedni, hogy a dialyzáltak minél nagyobb arányban részesülhessenek vesetranszplantációban. Európában a dialyzáltaknak csak kb. 25%-a kerül transzplantációs várakozólistára, holott az ideális a 40–50% lenne[15]. A transzplantációs várakozólistára kerülést több tényező befolyásolja. Megfigyelések szerint például azokban az országokban, ahol a dialysist végző nefrológusokat az általuk végzett dialysisek száma alapján javadalmazzák (fee for service rendszer), ott ez öntudatlanul arra ösztönzi őket, hogy betegeiket ne tegyék transzplantációs várakozólistára. Ez a motiváció természetesen csak öntudatlanul érvényesül, hiszen a nefrológus elsődleges szempontja a beteg érdeke, mivel azonban az adatok nem mutatják egyértelműen a transzplantáció életmeghosszabbító hatását, sokszor orvosi meg-

ítélés kérdésének tűnik, hogy melyiket tekinti jobbnak[16]. A tapasztalatok szerint nők, kisebbségi csoportokhoz tartozók, kisjövedelműek ritkábban részesülnek transzplantációban. Az egyenlőtlenség a transzplantációs listára kerülésben érvényesülhet leginkább, hiszen ha valaki már rajta van a listán, attól kezdve már pártatlan, jórészt számítógép által irányított mechanizmus biztosítja a szervek elosztását[17].

Probléma azonban nemcsak a dialysisben részesülők transzplantációs várólistára kerülésével van, hanem azzal is, hogy valaki egyáltalán dialysisben részesülhet-e. A dialysist igénylő végstádiumú vesebetegség éves incidenciáját átlagosan 100 beteg/1 millió lakosra becsülik. Ennél azonban évente lényegesen kevesebb beteget vesznek fel dialysis-kezelésre a legfejlettebb országokban is. A végstádiumú vesebetegség prevalenciája kb. 1000/1 millió lakos, és itt is elmondható, hogy ennyi beteget sehol sem részesítenek kezelésben[18]. Japánban és az USA-ban évente kétszer annyi beteget vesznek fel dialysisre, mint Nyugat-Európában vagy Kanadában. Nyugat-Európán belül is Anglia vagy Írország kb. fele annyi beteget fogad, mint Franciaország vagy Olaszország. Így a dialysisre való felvétel ilyen markáns különbségei jelzik, hogy ennek nem kizárólag orvosi kritériumai vannak, hanem rejtetten egyéb kritériumok is működnek[19]. Vizsgálatok szerint például a férfiak és a gazdagabbak nagyobb valószínűséggel kerülnek dialysisre, mint a nők és a szegényebbek[20].

1992-ben a veseelégtelenségben szenvedők közül a dialysissel és/vagy transzplantációval kezeltek száma Közép-Európában 153/1 millió lakos volt. Ez az érték Nyugat-Európában 400/1 millió, az USA-ban 600/1 millió, Japánban pedig 700/1 millió lakos[21]. Közép-Kelet-Európában tehát a terápiában (dialysis vagy transzplantáció) részesülő végstádiumú vesebetegségben szenvedő betegek száma a Nyugat-Európainak csak a 40%-a. Kelet-Európában a tendencia az, hogy inkább primaer vesebetegségben szenvedőket és fiatalabbakat kezelnek, akiknek a sikeres kezelésre való esélye nagyobb[22]. Ugyanakkor sokkal kevesebb idős embert és secundaer vesebetegségben (például diabeteses nephropathiában, SLE-ben stb.) szenvedőt részesítenek kezelésben, mint Nyugat-Európában. A roszszabb körülmények miatt Közép-Európában a dialysisen lévők halálozása kb. 10%-al nagyobb, mint Nyugat-Európában[23].

A dialysis-kezelések száma és egy ország GDP-je között szoros kapcsolat van. Minél gazdagabb egy ország, annál több beteget tud dialyzálni.

A transzplantációs ráta is nagyon különböző képet mutat országonként. 1987-ben 40/1 millió lakos felett volt Ausztriában, Belgiumban és Svédországban. Ugyanakkor ez az érték csak 6/1 millió lakos volt Japánban és 8/1 millió lakos Olaszországban[24].

AZ ÉLŐBŐL VALÓ SZERVKIVÉTEL ETIKAI KÉRDÉSEI

Élő szervdonor értelemszerűen veseátültetésekor jön szóba. Ma ennek egy fejlett országban alárendelt jelentősége van, hiszen például Magyarországon a vesét az átültetések 12%-ában veszik csak élő donorból, 88%-ban cadaverből[25]. A vesetranszplantáció hajnalán azonban a veséket kizárólag közeli rokonokból vették, hiszen ekkor még nem volt sem haemodialysis, sem cadaverprogram. (Az első sikeres vesetranszplantációt cadaverből 1962-ben végezték.) Így ekkor még igen komoly morális nyomás nehezedett a rokonokra, hiszen ha ők nem adtak vesét, a veseelégtelenségben szenvedő beteg halálra volt ítélve. További probléma volt, hogy akkoriban az immunológiai egyezés a megfelelő immunsuppressiv terápia (cyclosporin) hiánya miatt fontosabb volt, mint ma. Ma már – élőből való explantáció esetén – jóval kisebb a rokonokra nehezedő érzelmi és morális nyomás, hiszen ma már nem ez az egyetlen túlélési lehetőség a beteg számára[26]. Ma is az élőből való veseátültetés az uralkodó szervforrás azonban fejletlen országokban (például Indiában), ahol cadaverszervek nem érhetők el az intenzív osztályok hiánya miatt, krónikus haemodialysisre pedig alig van lehetőség. Ez jellemző továbbá Japánra is, ahol a tradíció nem fogadja el a cadaverszervek kivételéhez nélkülözhetetlen agyhalál-kritériumot, ezért ott az átültetett vesék többségét élő donorból nyerik.

Az élőből való vesekivétel első etikai nehézsége, hogy szemben áll a „Primum non nocere" hagyományos elvével, hiszen egy egészséges szerv kivétele fiziológiailag az adott szervezet károsítása, az egészséges ember megcsonkítása. A zsidó-keresztény hagyomány szerint testünk, életünk felett nem rendelkezünk, ezért nem csupán butaság, hanem egyenesen erkölcstelenség, ha valaki saját testét megcsonkítja[27]. Egy beteg szerv eltávolítását (például egy üszkös végtag amputálását) a hagyományos valláserkölcs a totalitás princípiumára való hivatkozással tartotta megengedhetőnek. Eszerint a test megcsonkítása ebben az esetben azért elfogadható, mert a test mint egész életben maradásához szükséges. A test egy része tehát feláldozható a test egésze egészségének érdekében. Ez az érvelés azonban – az élőből való szervkivétel korai kritikusai szerint – a veseexplantációra nem alkalmazható, hiszen ilyenkor egy egészséges ember egészséges veséjét távolítják el, és ez sérti a totalitás elvét – megszünteti a test funkcionális integritását. Ez az ellenérv azonban a totalitás fogalmának túlságosan szűk értelmezésén alapul. Az ember nem kizárólag testi-biológiai lény, hanem az emberi létezésnek pszichológiai, társadalmi dimenziói is vannak. Ha tehát egy vese donálásával valaki megmentheti a gyerekét vagy a testvérét, akkor ezzel sérti ugyan testi integritását, de érzelmi, társadalmi integritásának a megőrzése céljából. Testi egészsége így némileg csökken, de lelki, szociális egészsége nő azáltal, hogy áldozatot hozhat rokonáért, és megmentheti annak az életét. Mivel a közeli rokon elvesz-

tése a pszichológiai totalitást veszélyezteti, ezért a totalitás elvének tágabb értelmezése ilyenkor az élőből való veseadományozást megengedi[28]. Az érvelést empirikus adatok is alátámasztják, az élő donorok többségének a donáció után nagyobb lett az önbecsülése, mint amilyen előtte volt. Úgy tűnik, hogy a donáció a donor számára pszichológiailag előnyös, és erősíti a családi kötelékeket[29].

A totalitás princípiumának tágabb értelmezése alapján oldotta fel XII. Pius a szervkivétel vonatkozásában XI. Pius pápa Casti connubii (1930) enciklikájában kinyilatkoztatott tilalmát, amely a sterilizációval kapcsolatban erősítette meg a megcsonkítás hagyományos egyházi elítélését[30].

Élő személy testéből szervet, szövetet a hazai jogi szabályozás szerint akkor lehet transzplantáció céljára eltávolítani, ha a szerv, illetve szövet átültetését végző orvos a donor alkalmasságát megállapította, és a szervátültetést a recipiens szempontjából is indokoltnak találta.[31] A donort az explantáció veszélyeiről, következményeiről részletesen tájékoztatni kell. Ezt a tájékoztatást olyan orvosnak kell nyújtania, aki az átültetésben közvetlenül nem vesz részt.[168] A donornak a szervadományozásba való beleegyezését közokiratba kell foglalni, melynek – egyebek mellett – tartalmaznia kell azt is, hogy a donor a szervét önként, mindenféle kényszertől, fenyegetéstől, megtévesztéstől mentesen, anyagi ellenszolgáltatás nélkül adományozza a recipiensnek.[169]

Természetesen a recipienst is tájékoztatni kell a transzplantációval kapcsolatos minden lényeges körülményről, így arról is, hogy a szerv adományozása milyen következményekkel járhat a donor egészségi állapotára nézve.[170]

Az élő donáció általában vérrokonokra korlátozódik, abból a feltételezésből kiindulva, hogy a nem rokonnak való szervadományozás megengedése maga után vonná a szervek pénzért való árusítását, a szervkereskedelmet. Bár Magyarországon az 1972-es egészségügyi törvény nem tiltotta a nem rokonok közötti átültetéseket, a gyakorlatban nálunk is – hasonlóan a legtöbb európai országhoz – csak rokonok által felajánlott vesét fogadtak el[32]. A 1997. évi új egészségügyi törvény *jogilag* szigorította a szabályozást, mert alapelvként már leszögezte, hogy élő szervdonáció csak rokonok között lehetséges. Ugyanakkor megengedte, hogy kivételes esetben egymással genetikai rokonsági viszonyban nem állók között is lehetővé váljon élőből való szervátültetés. Így a korábbi *gyakorlathoz* képest – mely mint láttuk, csak rokonok által felajánlott vesét fogadott el – a szabályozás megengedőbb lett. Az új szabályozás szerint élőből való szervátültetés egymással genetikai rokonsági viszonyban nem állók között akkor lehetséges, ha „...a donor és a recipiens között szoros érzelmi kapcsolat áll fenn és az adományozás ellenérték nélkül, valamint kényszertől, fenyegetéstől és megtévesztéstől mentesen történt."[171] Az új szabályozás szerint az ilyen kérelmet a kórházi etikai bizottság vizsgálja meg s hagyja jóvá.[172] Más országokban azonban sokan még a házastársak közötti transzplantációt is fenntartással fogadják, hiszen ilyen-

kor az önkéntesség nem mindig biztosítható. (Indiában például ez ma aktuális probléma. A hindu társadalomban a nő alávetettsége olyan nagy, hogy férjétől semmit nem tagadhat meg. Így Indiában nem ritka, hogy egy házasságot eleve azért kötnek meg, hogy a feleség a férjének – rögtön a házasságkötés után – vesét adományozzon[33].) Fejlettebb társadalmakban is sokan megkérdőjelezik, hogy házastársak adhatnak-e egymásnak vesét. Ezt a WHO transzplantációról szóló állásfoglalása nem említi meg mint lehetőséget, és a csontvelő és más regenerálódó szövetek kivételével az élőből való szervdonációt csak genetikai rokonok között tartja megengedhetőnek[34]. A francia transzplantációs törvény sem engedi meg a házastársak közötti élő szervdonációt[35]. Eme félelem, ill. húzódozás a nem genetikai rokonok közötti élőből való szervadományozás jogi megengedésétől arra vezethető vissza, hogy a gyakorlatban nagyon nehéz ilyenkor ellenőrizni, hogy a donor és a recipiens között valóban szoros érzemi kapcsolat áll-e fenn, s nem esetleg egy titokban kötött explict vagy implicit „adásvételi szerződés" áll-e a háttérben, melyben a recipiens pénzért „megvette" a donor szervét vagy szövetét.

Az élő donorból való veseexplantáció több kényes etikai problémát vet fel. Ilyen a gyerekből, elmebetegből, értelmi fogyatékosból való szervkivétel engedélyezése a törvényes képviselő által, és ilyen az a kérdés is, hogy mennyire biztosítható még a cselekvőképes felnőtt érzelmi, morális pressziómentessége is a rokonának való veseadományozás során. Ezek a kérdések ma egy fejlett országban már kevésbé drámaiak, hiszen a veseelégtelenségben szenvedő beteg számára már nem az élőből való donáció az egyetlen lehetőség. A hetvenes években azonban – ahonnan a példák is valók – a haemodialysis hosszú túlélést még nem tett lehetővé. A cadaverszervek is kevésbé voltak elérhetők, továbbá – cyclosporin híján – az immunsuppressiv kezelés is megoldatlan volt. Így akkoriban fontosabb volt a rokonvese által elérhető nagyobb immunológiai egyezés, és a rokonból eltávolított vese transzplantációja jelentette a beteg számára az egyetlen túlélési lehetőséget. Fejletlenebb országban azonban (például India, Afrika) az ilyen dilemmák sajnos ma is aktuálisak.

Szerv- és szövetexplantáció kiskorúból, értelmi fogyatékos vagy elmebeteg nagykorúból. Híres ilyen eset volt az USA-ban annak a 28 éves egyetemi hallgatónak (TOM STRUNK) az esete, aki krónikus veseelégtelenségben szenvedve haemodialysisben részesült, de orvosai szerint sürgős vesetranszplantációra szorult. Szülei immunológiailag alkalmatlanok voltak veséjük donálására. Egyetlen vérrokona gyengeelméjű, intézetben ápolt 27 éves öccse (Jerry) volt, aki immunológiailag alkalmas lett volna veséje donálására. Jerrynek Tom jelentette az egyetlen igazi emberi kapcsolatot a világgal, Tom volt az eszményképe. Bár úgy tűnt, nem lenne kifogása veséje donálása ellen, I.Q.-ja csak 35 volt, így jogilag

nem adhatott a műtétbe érvényes beleegyezést. A család – az orvosokkal egyetértve – engedélyezte, hogy Jerry legyen Tom vesedonorja, mert úgy érezték, ez Jerry érdeke is. A műtét számára minimálisan veszélyes, ugyanakkor – a szülők halála után – Tom lesz egyetlen élő rokona, aki gondját tudja majd viselni. Így érdeke Tom túlélése[36].

Hasonló kérdés vetődött fel egy 8 éves egypetéjű ikerpárnak az esetében, (DIANE és DIONE DELEON). Dione veséit el kellett távolítani a vese által okozott malignus hypertonia miatt. Apja és anyja egyaránt vállalkozott vesedonációra, de mindkettőjük veséje kilökődött immunológiai inkompatibilitás miatt. Ekkor esett a választás az ikerpár másik, egészséges tagjára, Dianéra, aki – egypetéjű iker lévén – ideális donor lehetett volna Dione számára. A szülők hosszú időn keresztül tépelődtek, megengedhető-e, hogy kislányuk veséjének kivételébe beleegyezzenek másik kislányuk megmentése érdekében. Végül hosszas töprengés és a család lelkipásztorával való tanácskozás eredményeként úgy döntöttek, hogy engedélyezik a donációt. Az orvosokkal egyetértésben azonban úgy határoztak, hogy előzőleg kikérik a bíróság véleményét is. A bíróság meggyőződött róla, hogy Diane – 8 éves kora ellenére – megértette, mit jelent, hogy veséjét ki fogják venni, és szerette volna veséjével testvérét megmenteni. A kislány pszichiátriai vizsgálata megerősítette, hogy önként és ténylegesen akarja a donációt, amelyet azután a bíróság engedélyezett[37].

A felhozott esetek azonban – bármennyire gondos mérlegelés is előzte meg mindkettőben a donáció engedélyezését – morálisan nem általánosíthatók. Megkérdőjelezhető, hogy kiskorú képes-e teljes egészében megérteni, mit jelent a vesedonáció, és így a beleegyezés elfogadhatósága morálisan kétséges. Hasonló a helyzet az értelmi fogyatékos beleegyezésével is. A WHO 1991-es transzplantációs etikai irányelvei kategorikusan tiltják az élő kiskorú testéből való vesekivételt[38]. Az egyetlen kivétel a regenerálódó szövetek (például csontvelő) élő kiskorú általi donálása. Ilyenkor a szülők dönthetnek úgy, hogy ezt engedélyezik (például kiskorú testvér kezelése céljából), ehhez azonban a kiskorú beleegyezésére is szükség van. Ha a kiskorú a beleegyezést megtagadja, akkor testéből szülői beleegyezéssel sem ültethető ki például csontvelő a WHO említett irányelvei szerint[39]. Ha a szülői döntés során érdekkonfliktus feltételezhető (például az egyik gyerekükből való csontvelő-explantációba egyeznek bele másik gyerekük javára), akkor például a francia transzplantációs törvény még a kiskorú beleegyezésekor is pártatlan testület (bíróság vagy szakértői csoport) jóváhagyását tartja szükségesnek az explantáció elvégzéséhez[40].

Az ilyen ellenérvek és morális kétségek miatt sok ország tiltja a kiskorúból és az elmebetegből, értelmi fogyatékosból való szervkivételt. Sokszor börtönben lévő rabok szervkivételét is tiltják, akiknek a szabad beleegyezése veséjük donálásába megkérdőjelezhető. Ők egyrészt kötelességüknek érezhetik a donáci-

ót, másrészt (tévesen) büntetésük egy részének elengedését remélhetik a donáció engedélyezése fejében[41].

A hatályos magyar szabályozás szerint szervet és szövetet csak cselekvőképes személy adományozhat.[42] Csontvelő vagy más regenerálódó szövet eltávolítása azonban kiskorú testéből is engedélyezhető, ha a recipiens a kiskorú egyeneságbeli rokona, annak testvére, saját testvére vagy annak egyeneságbeli rokona. Ilyen esetben a beavatkozás elvégzésébe a törvényes képviselő adja meg a beleegyezést, mely azonban csak a kórházi etikai bizottság jóváhagyásával válik érvényessé. A kórházi etikai bizottságnak a jóváhagyás megadása előtt meg kell győződnie arról, hogy a kiskorú a „...beavatkozásnak kényszertől, fenyegetéstől, megtévesztéstől mentesen veti alá magát."[173]

A magyar szabályozás szerint a fogvatartott vagy a sorkatonai szolgálatát töltő személy csak egyeneságbeli rokona, annak testvére, saját testvére vagy annak egyeneságbeli rokona számára lehet szervdonor.[174]

Pressziómentes-e a kellő belátási képességgel rendelkező felnőtt beleegyezése veséje donálásába? Mint láttuk, az élőből való transzplantáció etikailag csak akkor fogadható el, ha arra bármiféle kényszer nélkül, szabadon kerül sor. Mivel a gyakorlatban csak a vérrokonok közötti donációt fogadják el, megkérdőjelezhető, hogy egy apa vagy egy testvér valóban önként adja-e oda veséjét haldokló gyerekének vagy testvérének. A szituáció maga nem gyakorol-e olyan morális és érzelmi nyomást a potenciális donorra, amely a kényszermentességet illuzórikussá teszi?

Ezt illusztrálja annak a középkorú asszonynak (AUDREY POLAND) az esete, aki krónikus veseelégtelensége miatt haemodialysisben részesült, és transzplantációra várt. Egy alkalommal örömmel újságolta orvosának, hogy nővére (MRS. HAMILL) vállalkozott rá, hogy veséjét adományozza transzplantáció céljából az ő gyógyulása érdekében. Elvégezték a szövettipizálást, amely azt mutatta, hogy MRS. HAMILL ideális donor lenne immunológiai szempontból. Az orvost azonban felkereste MRS. HAMILL férje, aki úgy látta, hogy felesége nagyon fél a donációtól, és csak „becsületből" ajánlotta fel testvérének a veséjét, mert nem tudott ellenállni a szenvedése által keltett érzelmi és erkölcsi nyomásnak. A pszichiátriai vizsgálat igazolta, hogy MRS. HAMILL nagyon izgatott, ideges. Ugyanakkor belátási képessége teljes birtokában volt, és kezelőorvosa kérdésére megismételte, hogy veséjét oda szeretné adni testvérének. Elfogadható-e egy ilyen beleegyezés önkéntes és szabad beleegyezésnek[43]?

Mint ahogyan ez utóbbi esetben is tették, ma a legtöbb centrumban pszichiáter is megvizsgálja az élő donort annak megállapítására, hogy intellektuálisan és érzelmileg megfelelő állapotban van-e ahhoz, hogy tájékozott beleegyezést adjon veséje kivételébe, és nem várható-e számára pszichológiai komplikáció az

explantáció elvégzése után[44]. Az önkéntesség kérdését veti fel az az eset is, amikor egy 5 éves kislányt részesítettek veseelégtelenség miatt krónikus művesekezelésben. A kezelőorvos a vesetranszplantációt tekintette volna végleges megoldásnak, és ezt elmondta a szülőknek. Megvizsgálva őket kiderült, hogy az anya – a hisztokompatibilitás hiánya miatt – nem volt alkalmas donornak tekinthető. Az apa alkalmasnak tűnt mind immunológiailag, mind a veseerek anatómiai sajátosságai alapján arra, hogy kislánya számára veséjét odaadja, ő azonban – hosszas és ideges tépelődés után – azt mondta a kezelőorvosnak, hogy nem meri vállalni a donációval járó kockázatot. Arra kérte ugyanakkor az orvost, hogy ezt ne mondja meg a feleségének, mert az őt gyávának tartaná, felelősnek tekintené a kislány valószínű haláláért, és elhagyná; inkább mondja azt, hogy immunológiailag nem alkalmas a vesedonációra. Mit tegyen ilyenkor az orvos[45]? Ha nem hazudik, hanem megmondja a kislány anyjának az igazat, akkor az talán rá tudja venni a férjét, hogy mégis egyezzen bele veséje kivételébe, ez azonban már aligha lesz a jog és az erkölcs által előírt önkéntes donáció. Ha viszont az orvos hazudik, ezzel valószínűleg halálra ítéli a kislányt, megfosztva őt az egyetlen reménnyel kecsegtető kezelési lehetőségtől. (Az eset szintén a hetvenes évekből származik, amikor a hemodialysis hosszú távú eredményessége kisebb volt, mint ma.)

Tegyük fel azonban, hogy az orvos teljesíti az apa kérését és hazudik. A kislány nem jut időben cadaververeséhez, állapota gyorsan romlik, és meghal. Az apa – szembesülve azzal, hogy kislánya azért halt meg, mert ő nem merte érte a műtéttel járó csekély kockázatot sem vállalni – egyre mardosóbb bűntudatot érez, esetleg depressiós lesz, és még az öngyilkosságig is eljuthat. Szabad-e orvosnak ilyen helyzetbe hozni valakit? THOMAS NAGEL használja a morális szerencse, illetve szerencsétlenség kifejezését egy ember jellemének leírásával kapcsolatban. Ugyanaz az ember, aki tiszt volt egy náci koncentrációs táborban, nyugalmas és ártatlan életet élt volna, ha a fasiszták nem jutnak hatalomra Németországban. S a fordítottja is igaz. Esetleg ugyanaz az ember, aki nyugalmas és ártatlan életet élt Argentinában, tiszt lett volna egy náci koncentrációs táborban, ha Németországban születik. Az, hogy ki milyen módon viselkedik, a szituációtól is függ, és sokszor szerencse kérdése, hogy valakit kipróbálnak-e a körülmények. Aki életében senkinek sem árt, lehet jó ember, de lehet, hogy csak morális szerencséje volt: soha nem került olyan helyzetbe, ahol kiderülhetett volna gyengesége. S sok „rossz" ember sem rosszabb, mint mások, csak morális értelemben „pechük" volt. Könnyűnek találtattak olyan körülmények között, ahol sokan mások is könnyűnek találtattak volna[46].

Mindez igaz a szervdonáció vonatkozásában is. Nagyon sok ember van, aki nem hős, nem képes például életét kockáztatva megmenteni a gyerekét, de mivel soha nem kerül olyan helyzetbe, hogy ez szükséges lenne, soha nem derül ki

róla. Akinek viszont felajánlják azt a lehetőséget, hogy veséje donálásával mentse meg gyermeke életét, de ezt mégsem teszi, mert nem elég bátor, az morálisan szerencsétlen. Esetleg nem gyávább, mint más, de róla kiderült, hogy gyáva, a többiekről nem.

Sokan ezért úgy érzik, hogy a veséje donálásába nem beleegyező ember számára valamiféle menekülési lehetőséget kell biztosítani abból a csapdahelyzetből, amelybe bizonyos értelemben a modern orvostudomány juttatta, és amelyből egyébként csak önérzetének súlyos sérülésével, depressiósan, bűntudattal kerülhetne ki. Nem szabad egy embert morális értelemben sem iatrogenizálni. Ezért néha azt javasolják, hogy olyan esetben, amikor valaki bizonytalannak tűnik abban, hogy beleegyezzen-e a donációba (mint az előbbi helyzetben az apa, aki nem merte a donációval járó veszélyt vállalni kislánya életének a megmentéséért), ki kell őt „menteni" a szituációból például azzal, hogy az orvos azt mondja neki: kiderült, nem is alkalmas a donációra, mert a vizeletében például gennyet találtak. Ez hazugság, de lehetőséget biztosít a donornak arra, hogy lelki sérülés nélkül kimeneküljön egy szituációból, amelyből egyébként csak önvádlástól gyötörten, depressiósan, esetleg az öngyilkosság gondolatát fontolgatva tudna csak kijutni. Ha a potenciális donor ilyenkor láthatóan megkönnyebbül, akkor – szól az érvelés – az orvos paternalisztikus hazugsága helyes volt, megmentette őt a későbbi bűntudattól és az önvádtól. Ilyenkor a donor „el tud menekülni" a szituációból anélkül, hogy önbecsülése csorbát szenvedne. („Én, bár egy porcikám sem kívánta, mégis felajánlottam a vesémet, de az orvos azt mondta, alkalmatlan vagyok. Nem az én hibám, hogy nem adhatok vesét." – mondhatja a donor.)

Ha azonban az orvos rosszul ítélte meg a donort, akkor az nem könnyebbül meg, hanem kérlelni kezdi őt, hogy tegyen meg mindent azért, hogy mégis odaadhassa a veséjét például a testvérének. A donor ilyenkor hajlandó lenne fájdalmas és veszélyes beavatkozásoknak is alávetni magát azért, hogy a donációra alkalmas állapotba kerüljön. Az orvos ilyenkor – meggyőződve arról, hogy a donor valóban őszintén kész a donációra – természetesen megtalálja a módját, hogy például a donor vizeletéből az addig sem létező gennyet „eltüntesse", és őt donációra alkalmas állapotba hozza. Mások azonban ezt a megoldást megengedhetetlenül paternalisztikusnak érzik, és ilyenkor is a donor őszinte tájékoztatása mellett törnek lándzsát, bármi legyen is ennek következménye énképe, lelki egészsége szempontjából.

Az élőből való altruista donáció fő etikai problémája tehát a donor önkéntességének biztosítása, amely – mivel ilyenkor mindig vérrokonokról van szó – nagyon nehéz, hiszen a potenciális donor által érzékelt érzelmi és morális nyomás mértéke külső szemlélő által nehezen becsülhető fel. Ezek az erkölcsi problémák mindenütt a cadaverszervek felhasználásának az előtérbe kerüléséhez vezettek, ezért mára a transzplantációs programok fő szervforrását a cadaver-

szervek jelentik. A halottból való szervkivétel azonban szükségessé tette a halál pontosabb definiálását és az ún. agyhalál-kritérium kidolgozását.

A HALÁL FOGALMA

A halál megállapításának története. Évezredeken keresztül elfogadott volt, hogy a halál biztos jele a szívműködés és a légzés megszűnése. A klasszikus görög orvoslás a szívműködésre helyezte a hangsúlyt. Szerintük a szív az élet székhelye, hiszen ez az a szerv, amelyik a magzati életben legelőször kezd működni, és ennek a működése szűnik meg utolsóként. Így számukra a szívműködés megszűnése jelentette a halált[47]. Bár a zsidó tradíció a légzést tekintette a fontosabbnak a halál megállapítása szempontjából, és ezt fogadta el a kereszténység is, sok talmudista tudós a szívműködés megszűnését tekintette a halál jelének. Bizonyos ortodox zsidó irányzatok a mai napig a hagyományos „szívhalál"-hoz ragaszkodnak, és ezért utasítják el az agyhalál-kritériumot[48].

A kereszténység a légzést tekintette a fontosabbnak. Az utolsó lélegzettel a lélek távozik a testből, és ez a halál. Mivel azonban az európai történelem nagy részében a halál megállapítása nem számított orvosi feladatnak (a hippokratészi orvosi iskola szellemének megfelelően az orvosok nem foglalkoztak haldokló betegekkel), így a halál beálltát általában laikusoknak kellett megállapítaniuk, ezért különböző hagyományok alakultak ki a halál téves megállapítása elleni védekezésként. A Talmud leírja például azt az ősi zsidó szokást, amely szerint a holttestet a kriptában 3 napig kellett látogatni, figyelve az esetleges életjeleket[49].

A középkori nagy pestisjárványok idején a fertőzéstől való félelem miatt kevesen merték a holttesteket alaposan megvizsgálni, ezért nagyon sok haldoklót élve temettek el. Ekkoriban az élve eltemettetéstől való félelem majdnem ugyanakkora volt, mint magától a pestistől való félelem[50].

1767 új fejezetet nyitott a halálról való gondolkodás történetében; ekkor kezdték a vízbe fúlt embereket rázással, ütögetéssel először sikerrel mesterségesen lélegeztetni. Ekkor vált világossá, hogy egy nem lélegző ember nem feltétlenül halott, hiszen légzése visszaállítható. 1774-ben használtak először elektromos áramütést a szívműködés helyreállítására.[51] Egy francia patológus később azt figyelte meg, hogy egy guillotinnal kivégzett elítéltnek a kivégzés után 1 órával még vert a szíve[52] . Mindezek a fejlemények viszont teljessé tették a halál megállapítását illető tanácstalanságot, hiszen ha sem a légzés, sem a szívműködés megszűnése nem feltétlenül jelzi a halál beálltát, akkor mi? 1850-ig az orvosok nagy része mindeme megfigyelések hatására egyetértett abban, hogy a halál egyetlen biztos jele a holttest rothadása. A halál megállapítását kísérő bizonytalanság 1740–1850 között valóságos hisztériát keltett az emberek körében, akik

attól féltek, hogy élve fogják eltemetni őket. Élelmes vállalkozók olyan koporsókat kezdtek árulni, amelyekbe jelzőszerkezeteket építettek, hogy ha az élve eltemetett magához tér a koporsóban, jelezhessen. A kor félelmét az élve eltemettetéstől korabeli irodalmi alkotások is jól jelzik, ilyen például Poe: Az Usher ház pusztulása c. írása[53].

A XIX. század második felére azonban a pánik lassan megszűnt, részben a halál orvosi diagnózisának nagyobb megbízhatósága, részben pedig a pontos halálmegállapítást célzó rendelkezések bevezetése következtében. Ilyen rendelkezések eredményeként építettek például egyre több helyen halottasházakat, ahol a holttesteket tárolhatták, és az előírások szerint a halál és az eltemetés között 24, 48, 72 órának el kellett telnie. A XIX. század óta követelték meg a fejlett országokban azt is, hogy a halált orvos állapítsa meg, aki erről halotti bizonyítványt köteles kiállítani stb.[54]

A halál megállapítása körüli vita tehát megnyugodni látszott. Újból feléledt azonban századunk hatvanas éveiben, amikor az 1967-es első szívtranszplantáció során egy szívet ültettek egy másik ember mellkasába. Mivel a holttestből ehhez egy dobogó szívet kellett kivenni, ezért az – a hagyományos haláldefiníció szerint – nem is volt halott! Az így kialakult vita eredményeként született meg 1968-ban egy harvardi bizottság munkája eredményeként az ún. harvardi agyhalálkoncepció.

Az agyhalál fogalma. Az a kérdés, hogy pontosan mikor következik be a halál, filozófiai-elméleti kérdés, és éppúgy nem válaszolható meg kizárólag a tapasztalat segítségével, ahogyan az a kérdés sem, hogy például egy Párizsból Budapestre repülővel utazó pontosan mikor érkezik meg a fővárosba. Vannak, akik azt mondanák, hogy akkor, amikor a repülőgép beérkezett Budapest légterébe. Mások azt válaszolnák, hogy akkor, amikor a repülőgép kerekei érintették a ferihegyi leszállópálya betonját. Ismét mások azt válaszolnák, hogy az utas akkor érkezett meg, amikor cipőjével először az ország talajára lépett, míg jogilag nyilván csak akkor, amikor átjutott az útlevél-ellenőrzésen. A megérkezés tehát folyamat, és ha ezt hűen akarnánk kifejezni, valahogy úgy kellene mondanunk, hogy utasunk Budapestre például 14.20 és 14.40 között érkezett meg[55]. Az, hogy ezen az intervallumon belül pontosan mit tekintünk a megérkezés pillanatának, sokféle szempont függvénye lehet, és bizonyos értelemben megegyezés kérdése. Hasonló a helyzet a halál idejének a meghatározásával is. A halál sem egy adott időpillanathoz köthető esemény, hanem inkább folyamat, amelynek része az öntudat elvesztése, a légzés, a szívműködés, majd a többi szerv működésének a megszűnése, egészen az utolsó élő sejt pusztulásáig. Az agyhalál fogalmának a megértéséhez el kell különíteni az egész szervezet halálát a szervezet mint egész halálától[56]. Az egész szervezet halála a biológiai halál, amely az utolsó élő

sejt pusztulásával következik be, és ennek biztos jele a rothadás elkezdődése. Ezzel szemben a szervezet mint egész halála az agyhalál. Az agyhalál az egész agy összes működésének a megszűnését jelenti, így természetesen az agytörzsi funkciók megszűnését is. Az agytörzs fő feladata a szervezet egyes szervei közötti integrált, koordinált működés biztosítása. Az agytörzs biztosítja, hogy szerveink egy egységes szervezet részeiként, összehangoltan működjenek. Az agytörzs halálakor ez az összehangoló funkció elvész, és ettől kezdve a szervek tovább működnek ugyan, de egymástól függetlenül, különálló egységekként. Ami az agyhalál után megmarad, az az egymástól függetlenül működő szervek halmaza, és nem egy összehangoltan működő emberi szervezet. Így az agyhalál a szervezet mint koordináltan működő egész irreverzíbilis megszűnése, a szervezet integrált funkcionálásának a vége. Az agy bizonyos részeinek a halála (például az agykéregé) még nem számít agyhalálnak (ez az ún. neocorticalis halál), csak az egész agy összes funkciójának az irreverzíbilis megszűnése azonosítható az agyhalállal, amely az agytörzs halálát is magában foglalja.

Az agyhalált először két francia neurológus írta le 1959-ben, akik ezt „coma dépasse"-nak (coma utáni állapotnak) nevezték. Ez az elnevezés azonban Franciaországon kívül nem terjedt el, világszerte a Harvardi Bizottság által használt agyhalál fogalom vált elfogadottá, és a Francia Orvostudományi Akadémia is ezt az elnevezést támogatta a „coma dépasse" helyett 1988-ban[57].

Bár az agyhalál fogalma viszonylag új, és sokak szerint eltérést jelent tradícióinktól, valójában bizonyos értelemben az emberiség mindig is ezt tekintette halálnak, hiszen a kivégzés két hagyományos módja, az akasztás és a lefejezés voltaképpen funkcionálisan, illetve valóságosan elválasztja az agyat a testtől. A lefejezett, illetve akasztott embert hagyományosan halottnak tekintették, holott egy ideig mindkettőnek működik a szíve, illetve a szervei[58].

Valójában a halál fogalmához hagyományosan leginkább a visszafordíthatatlanság fogalma tartozik hozzá. A halál irreverzíbilis testi állapot, és ami nem irreverzíbilis, az nem is igazi halál. Régen a légzés megszűnése számított irreverzíbilisnek, és ezért ezt tartották a halál csalhatatlan jelének. A mai agyhalál fogalom voltaképpen a hagyományos halálkritérium újrafogalmazása, hiszen ma az agyhalál az az irreverzíbilis állapot, amely rövid időn belül feltartóztathatatlanul a biológiai halálhoz vezet[59].

Agyhalálnak azt az időintervallumot tekintjük, amelyik az agyműködés irreverzíbilis megszűnésétől a szívműködés megszűnéséig tart[60]. Az agyhalottnak spontán légzése nincs, állandó testhőmérsékletét tartani nem tudja (poikilotherm), állandó vérnyomását mesterségesen kell fenntartani, és diabetes insipidusa van. Ez az állapot néhány napig, rendkívüli esetben néhány hétig tartható fenn, és ezután feltartóztathatatlanul bekövetkezik a szervezet biológiai halála. Ez alatt az idő alatt azonban az agyhalott szervdonor fiziológiai funkciói

fenntarthatók (donorgondozás), szervei életben tarthatók, és egy szervtranszplantáció donorszerveiként felhasználhatók.

Az agyhalál megállapítása.[61] Az agyhalál megállapítása 3 lépésben megy végbe. Az első lépés annak rögzítése, hogy nem állnak-e fenn olyan tényezők (pl. mérgezés, gyógyszerhatás, neuromuscularis blokád, shockállapot, metabolikus vagy endokrín eredetű coma, rectalisan mért 35 °C alatti hypothermia, bizonyos gyulladásos idegrendszeri megbetegedések), melyek az agyhalál megbízható diagnosztizálását kizárják.

A felsorolt – az agyhalál megállapítását kizáró – tényezők hiánya esetén a második lépés az agyműködés hiányának bizonyítása. Az ezt bizonyító tünetek:

- Mély eszméletlenség.
- A spontán légzés hiánya és a légzőkozpont bénulásának apnoe teszttel való igazolhatósága.
- Az alábbi agytörzsi reflexek mindkét oldali hiánya:
  - pupillareflex
  - corneareflex
  - trigeminofacialis fájdalmi reakció
  - vestibuloocularis reflex (kalorikus ingerléssel)
  - köhögési reflex

Az agyhalál megállapításának harmadik lépése a hiányzó agyfunkciók irreverzibilitásának a bizonyítása. Ez megfigyeléssel vagy műszeres vizsgálatokkal lehetséges. Ha az agyhalál megállapítására megfigyelést alkalmaznak, akkor az előírások egy bizonyos időtartamot követelnek meg, mely alatt agyműködést nem észlelve az agyműködés megszűnésének visszafordíthatatlan volta deklarálható. A magyar szabályozás szerint ez az időtartam újszülötteknél öt hetes korig 72 óra, öt hetes kortól három éves korig 24 óra, három évesnél idősebb gyerekek és felnőttek esetében elsődleges agykárosodás esetén 12 óra, másodlagos agykárosodás esetén 72 óra.

Bizonyos műszeres vizsgálatokkal azonban, melyek az agyi vérkeringés hiányának kimutatásán alapulnak, az agyműködés visszafordíthatatlan hiánya sokkal rövidebb idő alatt is megállapítható.

Az angol-amerikai gyakorlat azt követeli meg, hogy az agyhalált két orvos egymástól függetlenül állapítsa meg, mindegyik legalább két-két alkalommal megvizsgálva a beteget. A magyar törvény háromtagú orvosi bizottságot ír elő. A bizottság tagjainak – véleményüket egymástól függetlenül kialakítva – az imént leírt módon egybehangzóan kell megállapítaniuk az agyhalál beálltát.[62] Mind a WHO-ajánlás, mind a hazai és a nemzetközi gyakorlat ragaszkodik hozzá, hogy a halál beálltát megállapító orvos vagy orvoscsoport ne legyen tagja a donorszerv eltávolítását vagy annak beültetését végző csoportnak, és ne legyen a recipiens kezelőorvosa sem[63].

Jogilag először Finnország fogadta el az agyhalál-kritériumot 1971-ben[64]; ebben azóta számos ország követte. Olyan országokban is használják azonban a gyakorlatban az agyhalál-kritériumot, amelyek jogilag még nem fogadták el. Ugyanakkor például Japánban, ahol a tradicionális felfogás szerint a lélek forrása a szív, a közvélemény az agyhalál-koncepciót nem fogadja el, és így ott cadaver-szervek transzplantációs célú kivétele nem lehetséges. Ezért – mint láttuk – Japánban a cadaverből való szervexplantáció kivételes, és a vesetranszplantációk zömét élőből kivett szerv segítségével végzik[65].

A HOLTTESTBŐL VALÓ SZERVKIVÉTEL ETIKAI KÉRDÉSEI

A cadaverszervek felhasználhatósága lehetővé tette, hogy az egyik ember halála a túlélés lehetőségét jelentse egy másik ember számára[66]. Ezáltal azonban érdekkonfliktus keletkezik a haldokló és a szervre várakozó között. Az előbbinek a túlélés az érdeke, az utóbbinak az átültethető szervhez való hozzájutás a donor halála által. Amikor beállt az agyhalál, megváltoznak az addigi orvosi prioritások. Az agyhalál beállta előtt a legfontosabb szempont a haldokló életének megmentése, az agyhalál beállta után a fő céllá az átültethető szervek túlélésének a biztosítása (donorgondozás) válik[67]. Sokan ezért attól félnek, hogy a szervátültetés lehetősége megváltoztathatja az abban szerepet játszó orvos viselkedését. Nem a beteget, hanem a szerveit igyekszik majd megmenteni, azt fogja tenni, ami a szerv túlélése szempontjából jó (például sok infúziót ad), és nem azt, ami a beteg túlélése szempontjából jó (például a sok infúzió agyoedemát okozhat)[68]. Ilyen meggondolásból született az a szabály, hogy a potenciális szervdonort kezelő, illetve az agyhalált megállapító orvosok nem lehetnek a szerv kivételét, illetve beültetését végző orvoscsoport tagjai, és ezért fontos annak ismételt hangsúlyozása, hogy a haldoklót, még ha potenciális szervdonor is, ugyanolyan magas színvonalú orvosi ellátás illeti meg, mint azt, aki nem számít potenciális donornak[69].

Miután azonban az agyhalált az előírt orvosi kritériumok és eljárási szabályok szerint megállapították, dönteni kell, hogy az arra alkalmas donor szerveit el lehet-e távolítani szervátültetés céljára. Elvileg ez megtehető az elhunyt korábbi beleegyezésével, a hozzátartozók engedélyével vagy ezek nélkül. A szakirodalomban nagyon kevesen érvelnek amellett, hogy a szerveltávolításhoz semmiféle engedély nem szükséges. E vélemény szerint egy holttestnek már semmiféle kárt nem lehet okozni, így a szervek eltávolítása (még ha azt az elhunyt korábban bejelentett tiltakozása ellenére teszik is), az elhunytnak kárt már nem okoz. Az esetleg tiltakozó rokonok, a család érzéseit ugyan sértheti ez az eljárás, ezt a kárt azonban szembe kell állítani azzal a haszonnal, amelyet a holttest szerveinek a kötelező eltávolítása jelentene: évente sok száz élet megmentése, akik egyéb-

ként – az átültethető szervek hiánya miatt – meghalnának. Különben is – szól az érvelés – a legtöbb ország jogrendszere megengedi, hogy – bizonyos feltételek fennállása esetén – akár a hozzátartozók beleegyezése nélkül is felboncolják az elhunytat. A boncolás sokkal durvább beavatkozás, sokkal jobban sérti a holttest méltóságát, mint egy szerv eltávolítása transzplantációs céllal, hiszen boncolás során a holttest szerveit kiveszik, megmérik, felvágják, majd visszadobálják a hasüregbe. Ha tehát a törvények sok esetben lehetővé teszik a kötelező boncolást, néha például azért, hogy egy bűncselekményre fény derüljön, akkor miért nem teszik lehetővé a holttest szerveinek a kötelező eltávolítását mások életének a megmentése érdekében?[70]

A javaslat ellenzői rá szoktak mutatni a holttesttel való bánásmód szimbolikus jelentőségére. A legtöbb kultúrában íratlan szabály, hogy holttestet nem szabad megcsonkítani, azt sértetlenül kell eltemetni. Ezért fogadta például felháborodás 1978-ban az USA-ban néhány kutatólaboratóriumnak a kísérleteit, amelyekben autóbaleseteket szimuláltak úgy, hogy autóba ültettek holttesteket, és az ezek sérüléseiből szerzett adatok alapján próbálták biztonságosabbá tenni a gépkocsikat. A kísérletekhez próbababák nem feleltek meg, a holttestek hozzátartozói beleegyezését azonban a kutatók előzetesen megszerezték. A felháborodás viszont ennek ellenére akkora volt, hogy a kísérleteket be kellett szüntetni, évekre visszavetve így a biztonságosabb autók készítését szolgáló programot[71]. Kérdés azonban, hogy szimbolikus félelmek akadályozhatják-e emberi életek megmentését? A szimbólumok természetesen fontosak, de ha érdekükben emberáldozatot kell hoznunk (azáltal, hogy tiszteletben tartásuk kedvéért lemondunk emberi életek megmentéséről), akkor ez etikailag elfogadhatatlan. Ha a szimbólumok fontosabbá válnak számunkra, mint a valóság, akkor hasonlatossá válunk WILLIAM JAMES novellájának orosz arisztokratájához, aki a színházban sírva fakadt az ott előadott tragédia hatására, miközben a hideg télben megfagyott a színház előtt rá várakozó kocsisa[72].

Az említett érvek azonban még nem bizonyítják holttestek szervei kényszereltávolításának az elfogadhatóságát. Az élet egyéb területein is jogunk van rendelkezni arról, hogy mi legyen velünk halálunk után, például hova és hogyan temessenek el bennünket, mit tegyenek a vagyonunkkal stb. Ezt ismeri el a végrendelet intézménye is. Az tehát, hogy a holttesttel az elhunyt korábbi kívánságai szerint kell eljárni, az élők mentális integritásának a fenntartása miatt fontos, összhangban áll kulturális tradícióinkkal, és a transzplantációk kapcsán sem szabad eltérnünk ezektől[73]. Ezért utasíthatjuk el a holttest szerveinek a kényszereltávolítása mellett érvelő utilitarista javaslatot, sőt azt a kevésbé radikális gyakorlatot is, amely Kínára jellemző. Kínában a szervtranszplantációs programok egyik fő szervforrása kivégzett bűnözők szerveinek az eltávolítása. Évente kb. 3000 szervhez (veséhez, corneához) jutnak ily módon. Sem az elítélttől, sem családjától nem kérnek ilyenkor beleegyezést. Előfordult, hogy a veséket már egy nappal a kivégzés előtt eltávolították, hogy növeljék az explantált szerv túlélési esélyeit. Bár a kivégzés

leggyakoribb módja a főbelövés, ha az elítélt szemét (corneáját) akarják eltávolítani, akkor a szívre irányított lövéssel végzik ki[74]. Ezt a gyakorlatot elítélte az Orvosok Világszövetsége, deklarációjuk szerint kivégzett elítéltekből szervet korábbi beleegyezésük nélkül eltávolítani nem szabad[75], továbbá a Transplantation Society is azt javasolta tagjainak, hogy ne vegyenek részt kivégzett bűnözők szerveinek az eltávolításában[76]. A kínai rendszer ellen fontos gyakorlati ellenérv az, hogy egy ilyen eljárás akaratlanul is ösztönzést jelenthet az igazságszolgáltatás számára, hogy minél több embert ítéljenek halálra[77].

Ma konszenzusnak tekinthető, hogy holttestből való szerv kivételébe vagy az elhunyt még életében adott beleegyezése, vagy a hozzátartozók beleegyezése szükséges. Ezt az magyarázza, hogy az embernek saját szerveivel, illetve a hozzátartozóknak az elhunyt szerveivel kapcsolatban kvázi-tulajdonosi jogaik vannak. A szó hagyományos értelmében természetesen senki sem tulajdonosa saját testének vagy testrészeinek, hiszen ami tulajdonunk, azt pénzért eladhatjuk, azt tőlünk más megveheti, ezt pedig az emberi test egészével vagy részeivel kapcsolatban nem lehet elfogadni. Ugyanez mondható el a hozzátartozók jogáról is a holttesttel kapcsolatban. Ők sem tulajdonosai sem a holttest egészének, sem egyes részeinek, hiszen egy ember csak a rabszolgaság viszonyai között lehet tulajdonosa egy másik ember testének. Ha tehát tulajdonosi jogokat az emberi testtel kapcsolatban nem is ismerhetünk el, kvázi-tulajdonosi jogokat igen. Egy ember olyan értelemben kvázi-tulajdonosa a testének, illetve szerveinek, hogy ő rendelkezik arról, mi történjen velük. Ha az emberek bizonyos értelemben nem birtokolnák szerveiket, hogyan adományozhatnák azokat még életükben vagy haláluk után másoknak?[78] Így az ember kvázi-tulajdonosa a saját testének, ezért a szervekkel való rendelkezés joga a cselekvőképes személyt illeti meg. Mivel az elhunyt életében formálisan ki nem nyilvánított akaratát leginkább a hozzátartozója ismerheti, ezért őt is be kell vonni az ilyen jellegű döntésekbe[79].

E gondolatmenet eredményeként kimondható, hogy a szervek explantálásához a beteg, illetve hozzátartozója beleegyezése szükséges, és aszerint, hogy ezt a beleegyezést a szervet eltávolító csoportnak hogyan kell elnyernie, alapvetően kétfajta rendszert különíthetünk el: a pozitív beleegyezés és a feltételezett beleegyezés rendszerét[80]. A két rendszer kiindulópontja eltérő. A kifejezett beleegyezést követelő rendszerek alapelve az, hogy az a természetes, ha valaki elutasítja a halála utáni szerveltávolítást, ezért ez csak akkor engedhető meg, ha az adott személy ebbe még életében kifejezetten beleegyezett. A feltételezett beleegyezésen alapuló rendszerek viszont – az előbbivel ellentétben – abból indulnak ki, hogy az a természetes, ha valaki a halála utáni szerveltávolításba beleegyezik, ezért ezt csak akkor nem végzik el, ha ez ellen valaki még életében kifejezetten tiltakozott[81]. Így a feltételezett beleegyezés elve a szerveltávolításba való beleegyezést vélelmezi, a pozitív beleegyezés elve az elutasítást.

A pozitív beleegyezés elve. Az angol nyelvű szakirodalom az „opting in" és a „contracting in" elnevezést használja, de szoktak donorkártyával való beleegyezésről is beszélni. Eme rendszer lényege az a feltételezés, hogy aki életében nem adott kifejezett írásos hozzájárulást ahhoz, hogy halála után szerveit transzplantációs célokra igénybe vegyék, az ezt nem engedte meg, és szervei nem távolíthatók el. Ezt a rendszert a hatvanas években az USA-ban elfogadott törvény (Uniform Anatomical Gift Act) alapján a szervadás „ajándékozási" modelljének is nevezik, mert e szerint szerv a holttestből csak akkor vehető ki, ha ehhez az elhunyt életében még hozzájárult, illetve – ilyen kifejezett hozzájárulás híján –, ha hozzátartozója beleegyezik a donációba[82]. Ha tehát valaki beleegyezik abba, hogy szerveit halála után explantálják, akkor ún. donorkártyát kell kitöltenie (ennek adatai a jogosítványba is be vannak vezetve), amelyben pontosan feltünteti, hogy mely szervei kivételéhez járul hozzá. A szervadományozónak a donorkártyát alá kell írnia, és állandóan magánál kell tartania. A donorkártyával adott engedélyt vissza is lehet vonni vagy a kártya megsemmisítésével, vagy szóbeli formában, két tanú jelenlétében[83]. Jelenleg a pozitív beleegyezés elvét alkalmazzák az USA-ban, az Egyesült Királyságban, Kanadában, Németországban, Hollandiában, Új-Zélandon, Ausztráliában, Japánban, Dél-Koreában, Thaiföldön, Írországban és Dél-Afrikában, valamint a latin-amerikai és az arab országok többségében[84].

A donorkártyarendszer etikai problémái. A rendszer fő problémája, hogy a rendkívül intenzív felvilágosítási kampányok ellenére például az USA-ban a lakosság csak kb. 20%-a tölt ki donorkártyát[85], holott közvélemény-kutatási adatok szerint kb. 40–50% hajlandó lenne szervei donálására. Angliában a felmérések szerint a lakosság 70%-a hajlandó lenne szervei adományozására, de csak 29%-nak van donorkártyája[86]. Így tehát ez a rendszer sok szervet elveszít, amellyel emberéleteket lehetne megmenteni. E probléma megoldására iktatták törvénybe az USA-ban 1987-ben az ún. „kötelező kérdés" („required request") gyakorlatát. Eszerint, ha a kezelőorvos nem talál az elhunytnál donorkártyát, akkor kötelező megkérdeznie annak hozzátartozóit, hogy beleegyeznek-e az elhunyt szerveinek a kivételébe? Így jelentősen növelni lehetett a szervkivételek számát, hiszen az így megkérdezett hozzátartozók 70–75%-a beleegyezik az elhunyt szerveinek a kivételébe[87]. A kötelező kérdés – noha törvény írja elő – a gyakorlatban mégis kevesek által követett eljárás, mert az orvosok húzódoznak attól, hogy közvetlenül a halál után ilyen kérdést tegyenek fel a hozzátartozóknak. Kegyetlenség – érvelnek – egy összetört anyát vagy feleséget azzal a kérdéssel zaklatni, hogy beleegyezik-e meghalt fia, férje szerveinek az eltávolításába. Úgy érzik, hogy ez az orvost arra kényszeríti, hogy úgy viselkedjen, mint egy vásárló a húsboltban, aki májat, szívet vagy vesét kér a hentestől. A kötelező kérdés további problémája, hogy közvélemény-kutatási adatok alapján a megkérdezettek csak 45%-a válaszolta, hogy beleegyezne abba,

hogy halála után szerveit explantálják, viszont 85%-a egyezett volna bele, hogy hozzátartozójuk szerveit távolítsák el transzplantáció céljából. Mivel tehát sokkal többen egyeznek bele rokonuk szerveinek az eltávolításába, mint a saját magukéba, ez azt jelenti, hogy sok olyan ember szerveit is eltávolítják hozzátartozója engedélye alapján, aki ebbe maga nem egyezett volna bele. Többen éppen azzal érvelnek a kötelező kérdés rendszere mellett, hogy így sokkal nagyobb számú szervhez lehet jutni, mintha a lakosokat magukat kérdeznék meg kötelező jelleggel (például jogosítvány kiváltásakor, adóbevalláskor stb.), hogy beleegyeznek-e haláluk után szerveik eltávolításába. Ha azonban a helyzet ilyen, akkor ez tudatos terv arra, hogy bele nem egyezők szerveit mégis eltávolítsák, és ez etikailag nem fogadható el[88]. A kötelező kérdés rendszerének másik problémája, hogy kezd az USA-ban a szervszerzés uralkodó formája lenni, és így csökkenti azt az erőfeszítést, hogy az emberektől maguktól, még életükben kérjenek beleegyezést[89].

A donorkártya rendszer további hiányossága, hogy – bár ezt a törvény sehol nem teszi kötelezővé – a szokás az, hogy donorkártya meglétekor is megkérdezik a hozzátartozót, hogy beleegyezik-e a szerv explantálásába. Ennek az a magyarázata, hogy ha a donorkártya alapján az orvos a hozzátartozó megkérdezése nélkül eltávolítaná a elhunyt szerveit, a hozzátartozó esetleg beperelné őt, és noha a pert az orvos nyilvánvalóan megnyerné, az ezt kísérő negatív publicitás visszavetné a szervátültetési programot, hiszen csökkenne a donorkártyát kitöltők száma. Így az orvos kapna egy szervet, de sok jövendő szervet veszítene el[90]. A gyakorlatban tehát a donorkártyarendszer etikailag azért kifogásolható, mert voltaképpen a hozzátartozó dönt, és így a szervek fő adományozója nem az elhunyt, hanem a családja[91]. Ezt azért nem lehet elfogadni, mert ha valaki – nem akarván szervei átültetését megengedni – nem tölt ki donorkártyát, halála után hozzátartozói ezt mégis megengedhetik. Ha viszont valaki donorkártyát tölt ki, hogy szerveit halála után felhasználhassák, ezt hozzátartozója a gyakorlatban megvétózhatja. Mindenképpen az történik tehát, amit a hozzátartozó akar, és így a szervadományozó önrendelkezési joga nem érvényesülhet, hiszen sem megtiltani, sem megengedni nem tudja szervei kivételét.

Összefoglalóan tehát a donorkártyarendszer fő problémája az, hogy így a kivehető szervek száma sokkal kisebb a lehetségesnél, és így sok beteg elesik a szervátültetés lehetőségétől, az ezen segíteni próbáló „kötelező kérdés" elve és a hozzátartozók gyakorlatban érvényesülő vétójoga pedig sérti az állampolgárok önrendelkezési jogát, hiszen ez a rendszer – néha szándékosan – igyekszik kijátszani az elhunyt korábbi valószínű akaratát. Nem konzisztens, hogy a családtagoknak – donorkártya meglétekor is – vétójoguk van. Ha valakinek joga van szervei donálását megtagadni, akkor legyen arra is joga, hogy abba beleegyezhessen[92].

A feltételezett beleegyezés elve. Ezt szokták „opting out" vagy „contracting out" rendszernek is nevezni, és voltaképpen az arra alkalmas halotti szervek rutinszerű eltávolítását jelenti. Ez a módszer úgy igyekszik a donorkártyarendszer által okozott szervhiányt megoldani, hogy abból indul ki, hogy mindenki beleegyezett szervei halála utáni eltávolításába, aki ez ellen életében nem tiltakozott. Akinél tehát ilyen tiltakozó nyilatkozatot nem találnak, annak szervei eltávolíthatók. Ennek a rendszernek két változata különíthető el. Az egyik a feltételezett beleegyezés gyenge formája, amelyben – ha a betegnél nem találnak tiltakozó nyilatkozatot – megkérdezik a hozzátartozókat, hogy nem volt-e kifogása az elhunytnak életében a halála utáni szerveltávolítás ellen. Ilyen rendszer létezik Finnországban, Görögországban, Olaszországban, Norvégiában és Spanyolországban, továbbá ilyen létezett 1988-ig Svédországban is. Mint látni fogjuk, bizonyos módosítással alapvetően ezt a rendszert hozta létre az 1997. évi egészségügyi törvény 1998. július 1.-i hatállyal Magyarországon is. A másik változat a feltételezett beleegyezés erős formája, amikor – ha a betegnél nincs tiltakozó nyilatkozat – a szervkivétel a hozzátartozók megkérdezése nélkül is végrehajtható. Ilyen rendszer működik Ausztriában, Dániában, Franciaországban, Izraelben, Svájcban, Belgiumban és ilyen rendszer működött 1998. július 1-je előtt Magyarországon is[93].

A feltételezett beleegyezéssel kapcsolatos etikai problémák. Eme rendszer feltételezése az, hogy az ezt megengedő törvény parlamenti elfogadásával megvalósult a társadalmi beleegyezés a halál utáni szerveltávolításba. Aki ezek után nem tiltakozik, az beleegyezett[94].

A rendszer pártolói arra szoktak hivatkozni, hogy az orvosi etika legfontosabb elve az emberi élet megmentése. Mivel pedig a feltételezett beleegyezés elvével több szerv szerezhető, és így több emberi élet menthető meg, ezért ez helyesebb, mint a donorkártyán alapuló rendszer. További érv, hogy sok költséget és időt takarít meg, nem kell a donorkártya kitöltését propagáló költséges felvilágosító kampányokat folytatni, és főleg nem kell a donorkártyarendszernél megismert kötelező kérdéssel az elhunyt hozzátartozóját zaklatni[95].

A rendszer ellen azt az érvet szokták felhozni, hogy ezáltal a holttestek szerveit voltaképpen köztulajdonnak tekintik. Ez azonban egy, az önrendelkezési jogra súlyt helyező társadalomban nem fogadható el. Ha helyes lenne az az érvelés, hogy az emberi élet megmentése mindennél fontosabb, akkor az egyén tiltakozását sem logikus megengedni. Akkor az érvelésből logikusan az következne, hogy minden felhasználható szervet a holttestekből kötelezően el kellene távolítani, nem engedve meg a tiltakozás lehetőségét sem[96]. Ez azonban nyilvánvalóan elfogadhatatlan. Az egyén önrendelkezési jogából következik, hogy joga van rendelkezni, mi legyen a testével a halála után. A test részei csak ajándékként lehetnek elérhetők mások számára, azokat inkább adni kell, és nem elvenni. Ezt az elvet pedig jobban megtes-

tesíti – szól az ellenérv – egy donorkártyán alapuló rendszer, mint a feltételezett beleegyezés elve[97].

Az sem igaz – mondják a kritikusok –, hogy ily módon megkímélhetők a hozzátartozók a kötelező kérdéssel járó kínlódástól. Természetesen a donorkártyarendszerben nagyon nehéz a hozzátartozónak közvetlenül gyermeke, házastársa halála után nyilatkoznia, hogy engedi-e az elhunyt szerveit eltávolítani. Nem könnyebb azonban a hozzátartozó helyzete egy feltételezett beleegyezésre épülő rendszerben sem, ahol – ha a halálhír közlése után meg akarja nézni szerette holttestét – esetleg azt mondják neki, hogy ezt most nem teheti meg, mert mivel az elhunyt életében nem tiltakozott, éppen most operálják ki belőle fontosabb szerveit szervátültetés céljára[98].

A fő etikai probléma ebben a szisztémában az, hogy kiinduló feltételezése hamis. Sok ember ugyanis azért nem tiltakozik szervei kivétele ellen, mert egyszerűen nem ismeri a törvényt, és nem tudja, hogy ha nem egyezik bele szervei explantálásába, akkor tiltakoznia kell, mert enélkül potenciális szervdonor. Ez a rendszer tehát főleg az iskolázatlanabb, kevésbé tájékozott állampolgárokkal szemben diszkriminatív, akikkel nagyobb valószínűséggel fordulhat elő, hogy – nem tudván a tiltakozás lehetőségéről – akaratuk ellenére szervdonorrá válnak[99].

Látni kell azonban, hogy a feltételezett beleegyezés elve nem szükségszerűen elfogadhatatlan. Ha egy társadalomban hosszú időn keresztül nagyon intenzív felvilágosító munka folyik, amelynek eredményeként ésszerűen feltételezhető, hogy mindenki tisztában van a halál utáni szerveltávolítás lehetőségével, és azzal, hogy tiltakoznia kell, ha ebbe nem egyezik bele, továbbá széles körben ismert a tiltakozás módja is, akkor a feltételezett beleegyezés rendszere etikailag elfogadható. A probléma az, hogy ezek a szigorú feltételek csak ritkán teljesülnek, hiányukban pedig végeredményben a szervek kényszereltávolításáról van szó. Ezért azt mondhatjuk, hogy a feltételezett beleegyezés erős formája etikailag csak akkor fogadható el, ha a lakosság széles körű tájékozottsága ebben a tekintetben biztosítható, hiszen ekkor a tiltakozás hiánya valódi beleegyezést jelent. Amennyiben a lakosság informáltsága rosszabb, etikailag indokolhatóbb a feltételezett beleegyezés gyenge formája, amely a hozzátartozókat kötelező jelleggel megkérdezi tiltakozó nyilatkozat hiányakor. Ilyenkor a hozzátartozó tudja egyedül a választ arra a kérdésre, hogy a tiltakozás hiánya valódi beleegyezést jelentett-e az elhunyt részéről vagy pusztán csak tájékozatlanságot. A felsorolt érvekkel magyarázható, hogy bár az Európa Tanács a tagállamoknak azt javasolta, hogy törvényhozásuk a feltételezett beleegyezés irányába mozduljon el, és az európai országok többségében valóban ez a rendszer működik[100], több ország nem követi ezt a példát. Angliában eddig például többször próbálták megváltoztatni az ottani donorkártyarendszert egy feltételezett beleegyezés alapján álló törvényre, de ez mindeddig sikertelen volt[101]. Svédország, amelyben korábban a törvény a feltételezett beleegyezést

írta elő, 1988-ban áttért a pozitív beleegyezés elvére, a donorkártyarendszer ajánlásával[102].

Mindez azonban nem szól a feltételezett beleegyezés elvi elfogadhatatlansága mellett. Még abban az országban is, ahol a donorkártyarendszernek a legrégebbi hagyományai vannak (az USA), elfogadják a feltételezett beleegyezés elvét a holttestből való cornea- és hypophysiseltávolítás esetén, nem terjed ki ez azonban a vesére, a tüdőre és a szívre, amelyeknek kivételéhez pozitív beleegyezést követelnek[103].

Összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a feltételezett beleegyezés elve etikailag csak rendkívül intenzív felvilágosító munka után elfogadható, ilyen mennyiségű munkával azonban egy donorkártyarendszerrel is hasonló számú szervhez lehet jutni. A gyakorlatban a feltételezett beleegyezés gyenge formája és a donorkártyarendszer a kötelező kérdéssel egymás funkcionális ekvivalenseinek tekinthetők, hiszen mindkettőben végül is a hozzátartozó dönt a szerveltávolításról[104]. Így ha egy ország a feltételezett beleegyezés mellett dönt, akkor rendkívül nagy hangsúlyt kell helyezni a lakosság felvilágosítására arról, hogy mi az agyhalál, hogyan végzik a halottakból a szerveltávolítást stb. Egy feltételezett beleegyezésen alapuló rendszer csak akkor fogadható el, ha a tiltakozás korrekt dokumentálása és ennek visszakereshetősége biztosított. Általában központi számítógépes adatbank felállítását javasolják ilyenkor, ahol az összes tiltakozó nyilatkozat regisztrálva van, és a regiszter lekérdezésével percek alatt megállapítható, hogy valaki tiltakozott-e vagy sem.

Amennyiben egy országban a lakosság széles körű tájékozottsága nem biztosítható, a feltételezett beleegyezés gyenge formája etikailag elfogadhatóbbnak tűnik, hiszen ilyenkor a hozzátartozók megkérdezése növeli a valószínűségét annak, hogy a szerveltávolítással egyet nem értő emberből később nem távolítanak el szervet. Még a hozzátartozók megkérdezését nem megkövetelő erős feltételezett beleegyezés törvényt sem célszerű úgy értelmezni, hogy a szerv – az elhunyt korábbi tiltakozása híján – a hozzátartozó tiltakozása ellenére is eltávolítható. A francia transzplantációs törvény is, amelyik egyébként a feltételezett beleegyezés erős formáját fogadja el, úgy rendelkezik, hogy ha az elhunyt rokona vagy ismerőse tanúsítja, hogy az elhunyt életében kifogást emelt a halál utáni szerveltávolítás ellen, akkor a szervei nem távolíthatók el. Hasonló szabályként fogadható el – még a feltételezett beleegyezés erős formáját alkalmazva is –, hogy kiskorú személyből halála után szervet csak a szülő vagy a törvényes képviselő írásos beleegyezésével lehet eltávolítani[105].

A feltételezett beleegyezés etikai problémái Magyarországon. Magyarországon 1998. július 1-jéig a feltételezett beleegyezés erős formája érvényesült. Aki nem tiltakozott életében szervei eltávolítása ellen, abból szervei halála után eltávolíthatók voltak, és ez ellen hozzátartozói – elvileg – nem tiltakozhattak. A tilta-

kozni kívánó állampolgár a tiltakozó nyilatkozatot illetékes orvosa (családorvos, üzemorvos, választott orvos) előtt tehette meg, aki azt bejegyezte az általa vezetett orvosi dokumentációba, továbbá rávezette a gyógyszertárban kapható egészségügyi lapra, amelyet az állampolgár a személyi igazolványába téve állandóan magánál hordhatott.

E rendszer helyessége azonban már technikai részleteit tekintve is vitatható volt. A tiltakozó nyilatkozat ugyanis – mivel nem a személyazonossági igazolványba vezették be, hanem egy külön egészségügyi lapra – elveszhetett, szándékosan eltüntethették, tehát úgyszólván semmiféle garanciát nem jelentett arra nézve, hogy a tiltakozó állampolgár tiltakozását tiszteletben fogják tartani[106]. Mivel mindenkinek más a választott orvosa, központi nyilvántartás a tiltakozó nyilatkozatokról pedig nem volt, kétséges esetben nem lehetett eldönteni, hogy a beteg tiltakozása orvosa nyilvántartásában szerepel-e vagy sem. A törvény szerint a hozzátartozó ilyen esetben nem tiltakozhatott, így végső soron a tiltakozó beteg számára a gyakorlatban nem volt biztosítva – az átültetésben részt vevő orvosok legnagyobb jószándéka mellett sem –, hogy akaratát figyelembe vegyék.

A technikai problémáktól eltekintve is, Magyarországon az átlagember nem ismeri az agyhalál fogalmát, és azt sem tudta, hogy mindenki, aki nem tiltakozik, potenciális szervdonor, és aki ezt nem akarja, annak tiltakoznia kell[107]. Senki sem foglalkozott a lakosság ezzel kapcsolatos rendszeres informálásával, és ennek tudható be, hogy bár a visszautasítási arány más országokban kb. 20% körül van, Magyarországon visszautasítás alig fordult elő. Ez nem a beleegyezés, hanem inkább a tájékozatlanság jele volt.[108]

Ugyanakkor paradoxon, hogy eme rendkívül engedékeny törvény ellenére mégis jóval kevesebb átültethető szerv állt Magyarországon rendelkezésre (1 millió lakosra számolva), mint például az USA-ban, ahol donorkártyás rendszer működik. Ez részben szervezési hiányosságoknak volt betudható, például a transzplantációs koordinátori hálózat hiányának, hiszen például amíg az ugyancsak a feltételezett beleegyezés elvét elfogadó Ausztriában 1994-ben 1 millió lakosra 52 szervdonor jutott, addig Magyarországon csak 13[109]. Az átültethető szervek hiánya azonban részben az egészségügyi dolgozók vonakodásának volt tulajdonítható a potenciális donorok bejelentésével kapcsolatban. Volt, aki ezt azzal magyarázta, hogy az intenzív osztályos orvosok, akiknek az átültethető szerveket a beteg halála esetén fel kellett volna ajánlaniuk az azt kivevő transzplantációs csoportnak, maguk is érezték a beteg – törvényből fakadó – kiszolgáltatottságát, a lakosság nem kellő informáltságát stb., és vonakodtak tevőlegesen részt venni ebben a gyakorlatban[110].

Már ekkor felmerült, hogy a magyarországi szabályozást – néhány módosítással – erkölcsileg sokkal megnyugtatóbbá lehetne változtatni. Egyrészt lehetővé kellene tenni, hogy a beteg tiltakozását magába a személyi igazolványba vezessék be, esetleg kerüljön be egy központi számítógépes nyilvántartásba, amely kétséges

esetben lekérdezhető. Fontos továbbá, hogy intenzív felvilágosításai kampány folyjék a szervátültetések magyarországi gyakorlatáról, hogy a lakosság tudatában legyen a tiltakozáshoz való jogának. Külföldi javaslatok szerint például jó figyelemfelhívó eszköz a minden évben egyszer megrendezett Transzplantációs nap, amikor a lakosság, az érdeklődők találkozhatnának transzplantációs sebészekkel, recipiensekkel, tájékoztathatnák az embereket, mi az agyhalál, miért fontos a szervátültetés, aki nem ért egyet, hogyan tiltakozhat stb.[111] Hasonló segítség lehet laikusoknak szóló olyan információs füzet összeállítása és széles körben való terjesztése, amelyik közérthetően összefoglalná a transzplantációval kapcsolatos tudnivalókat. Ezeket a füzeteket osztogatni lehetne például gépjárművezető tanfolyamokon, katonaságnál stb.[112] Ameddig a lakosság kielégítő tájékozottsága nem biztosítható, elfogadhatóbbnak tűnt a feltételezett beleegyezés gyenge formája, amelyben a hozzátartozó – tiltakozó nyilatkozat hiányában is – megtilthatja a szerv eltávolítását, ha tudja, hogy az elhunyt abba nem egyezett volna bele. Több magyarországi szakember régebben is ezt a gyakorlatot követte, megnyugtatóbb azonban, ha jogilag is ebben a szellemben szabályozzák a helyzetet.

A fenti érveket és javaslatokat az 1997. évi új egészségügyi törvény már figyelembe vette, s alapvetően a feltételezett beleegyezés gyenge formáját vezette be. Az új szabályozás szerint 1999. április 1-től létrejön az Országos Transzplantációs Nyilvántartás (OTNY). Ha valaki nem egyezik bele, hogy szerveit halála után szervátültetés céljára eltávolítsák, akkor kezelőorvosánál vagy háziorvosánál ezt bejelentve tiltakozó nyilatkozatot írhat alá. Az orvos a tiltakozó nyilatkozatot továbbítja az OTNY-be.[175] Ha az agyhalál állapotában levő betegből szervátültetés céljából szervkivételt terveznek, s a betegnél nincs tiltakozó nyilatkozat, a kijelölt egészségügyi dolgozónak meg kell keresnie (akár telefonon vagy telefaxon is) az OTNY-t, mely tájékoztatást nyújt arról, van-e az elhunytnak tiltakozó nyilatkozata.[176] Ha az OTNY nyilvántartásában tiltakozó nyilatkozat nem található, a kezelőorvos köteles – a törvényben meghatározott módon – a hozzátartozókat megkeresni, s megtudni, hogy az elhunytnak volt-e kifogása az ellen, hogy halála után szerveit, szöveteit transzplantációs célra eltávolítsák.[177] A törvény azonban lehetőséget ad arra, hogy – ha a hozzátartozók megkeresése a rendelkezésre álló időn belül nem lehetséges – akkor az orvos a tiltakozó nyilatkozat hiányát vélelmezze, s a szervet eltávolítsa.[178] Kiskorú esetén azonban ez a lehetőség nem áll fenn. Ilyenkor az orvosnak minden esetben a törvényes képviselő írásbeli hozzájárulását kell megszereznie ahhoz, hogy az elhunyt kiskorúból szervet, ill. szövetet átültetés céljára eltávolítson.[179]

Látható tehát, hogy az új magyar szabályozás bizonyos értelemben a fent tárgyalt feltételezett beleegyezés erős és gyenge formájának a keveréke. A szabályozás alapvetően a gyenge formát írja elő, de – kivételes esetben – lehetőséget ad az erős forma alkalmazására is.

A kötelező választás elve. A donorkártyarendszert és a feltételezett beleegyezés elvét ért kritikák hatására sokan ajánlják azt, hogy minden állampolgárt kifejezetten meg kellene kérdezni (kórházba való felvételnél, orvosi vizsgálat alkalmával, a társadalombiztosítási kártya kiváltásakor, jogosítvány szerzésekor, adóbevallásnál stb.), hogy halála után beleegyezne-e szervei kivételébe. „Igen", „nem" és „nem tudom" lennének a lehetséges válaszok, amelyeket egy állandóan lekérdezhető központi számítógépes nyilvántartásba vezetnének be. Így egy beteg halálakor csak akkor kellene megkérdezni a hozzátartozót, ha az elhunyt korábban a „nem tudom" választ adta[113]. Ez a rendszer egyértelműen tisztázná az állampolgár viszonyulását a szervátültetéshez, így a szervkivétel nem megkérdőjelezhető feltételezéseken, hanem az elhunyt korábban írásban rögzített kívánságán alapulna. A rendszer hátránya azonban, hogy drága, szegényebb országban nem könnyű megvalósítani. További probléma, hogy mivel a közvélemény-kutatási adatok szerint jóval többen egyeznek bele rokonaik szerveinek az eltávolításába, mint a sajátjukéba, ezért így kisebb számú beleegyezést lehetne biztosítani, mint a hozzátartozók beleegyezésén alapuló rendszerekkel (akár donorkártya, akár a feltételezett beleegyezés gyenge formája legyen is az).

A TRANSZPLANTÁCIÓS KOORDINÁTORI HÁLÓZAT

A szervátültetésekhez szükséges szervek hiánya vezetett a transzplantációs koordinátori hálózat kialakuláshoz. A transzplantációs koordinátor általában nem orvos, hanem olyan nővér, ápoló, aki korábban transzplantációs intézetben, dialysis-centrumban vagy intenzív osztályon dolgozott[114]. Vagy egy külön – speciálisan a donorszervek explantálásával foglakozó – intézményben dolgozik, vagy a transzplantációs intézet személyzetének a tagja. A cadaverszervek általában közlekedési balesetek egyébként egészséges fiatal koponyasérültjeitől származnak[115]. A donornak ahhoz, hogy szervei felhasználhatók legyenek, egy kórház intenzív osztályán respirátorra kapcsolva kell meghalnia, ahol az agyhalott lélegeztetésére, a donorgondozásra lehetőség van. Ezért általában a traumatológiai intézetek, részlegek intenzív osztályain dolgozó orvosoktól, ápolóktól függ, hogy az ott meghalt beteg szervdonor lesz-e vagy sem. Nekik kell értesíteniük a transzplantációs koordinátort arról, hogy egy potenciális szervdonort kezelnek. Ezt követi a donor alkalmasságának a megítélése. A legkevésbé szigorúak a vesedonorral szembeni kritériumok, ezért minden szervdonor először vesedonor[116]. A legnehezebb probléma az, hogy hogyan lehet az intenzív osztályok személyzetét rávenni, hogy a potenciális donort jelentsék a transzplantációs koordinátornak. Az intenzív osztályon dolgozó orvosok alapvető feladata ugyanis nem a donorgondozás, nekik ez sok többletmunkát jelent. További probléma, hogy a szervkivétel megbeszélése egy olyan beteg

hozzátartozóival, akit nem tudtak megmenteni, pszichológiailag igen nehéz, és az intenzív osztály rutintevékenységétől idegen. Így az intenzív osztályok nem érdekeltek a potenciális donorok jelentésében. A transzplantációs koordinátor feladata éppen az, hogy az intenzív osztályokon dolgozó orvosokat, ápolókat megnyerje a transzplantációs programban való részvételre anélkül, hogy ezért az osztály bármiféle anyagi ösztönzést kapna. (Az intenzív osztály donorgondozással kapcsolatos tényleges költségei természetesen megtéríthetők, az ezen túlmenő anyagi ösztönzés azonban etikailag nem elfogadható.[117]) Ahhoz, hogy a transzplantációs koordinátor sikeres legyen, rendszeres kapcsolatot kell tartania azokkal a kórházakkal (traumatológiai részlegek intenzív osztályai), ahonnan a potenciális donorok várhatók. A transzplantációs koordinátor sikere azon múlik, mennyire képes motiválni az intenzív osztályok dolgozóit a transzplantációs programmal való együttműködésre. A rendelkezésre álló szervek száma alapvetően a transzplantációs koordinátor munkájának a színvonalától függ. Az USA tapasztalatai szerint például a család engedélye nem befolyásolta az átültethető szervek számát, az szinte kizárólag a transzplantációs koordinátor aktivitásától függött[118].

Az USA tapasztalatai azt mutatják, hogy a transzplantációs koordinátor munkája akkor válik hatékonyá, ha fő feladatának nem a transzplantációs intézet „nyersanyaggal" (donorszervvel) való ellátását tekinti, hanem inkább az elhunyt családtagjainak a támogatását, a szervadó intézmény dolgozói munkájának a segítését[119]. Mivel a transzplantációs koordinátor kezdetben ösztönösen inkább a transzplantációs intézet igényeit akarja szolgálni, ez viszont – paradox módon – kevésbé sikeressé teszi őt az átültethető szervek számának a növelésében, ezért érdekes módon azok a transzplantációs koordinátorok működnek a legsikeresebben az USA-ban, akik nem egy transzplantációs intézet keretében dolgoznak, hanem attól függetlenül. Úgy tűnik, hogy önállóan könnyebb megtenni azt a fordulatot, amely a transzplantációs koordinátor munkája sikeressége szempontjából döntő: azt, hogy elsősorban a szervadó intézmény igényeire koncentráljon, és ne a transzplantációs intézetére, inkább az elhunyt családtagjainak érzelmi támogatását, felvilágosítását tartsa feladatának. Fontos tehát, hogy ne a transzplantációs sebészt tekintse „kliensének", hanem a szervadó intézmény dolgozóit. Az intenzív osztály dolgozóit kell meggyőznie arról, hogy még azután is életet tudnak menteni, miután a saját betegük életéért folytatott küzdelmet már elvesztették[120].

A Magyar Orvosetikai Kódex hasonló szellemben foglal állást, amikor kijelenti: „Az orvos erkölcsileg felelősséggel tartozik az általa ismeretlen, gondjaira nem bízott szervátültetésre váró betegért is, ezért etikailag kifogásolható, ha az orvos figyelmetlensége, nemtörődömsége vagy más okok miatt a potenciális donornál agyhalál megállapítását nem szorgalmazza."[180]

A SZERVEK PÉNZÉRT VALÓ ÁRUSÍTÁSÁRÓL FOLYÓ VITA

A transzplantációs programok a világ legfejlettebb országaiban is krónikus szervhiánnyal küzdenek. Ezért újból és újból felvetődik az a javaslat, hogy tegyék lehetővé a szervek pénzért való adásvételét. Mivel a piac az eddig ismert leghatékonyabb mechanizmus a ritka eszközök termelésének és elosztásának a biztosítására, ezért – érvelnek – az emberi szervek „termelésében" és elosztásában is valószínűleg így lenne a hiány a leggyorsabban megszüntethető. Több ilyen konkrét javaslat is született már. A kevésbé radikális javaslatok szerint elegendő lenne a halotti szervekért való fizetség megengedhetővé tétele. Az USA-ban például azt javasolták, hogy a donor családja adó- vagy örökösödési illeték jóváírást kapjon, ha az elhunyt szerveit donációra felajánlja. Ezt a javaslatot még az Amerikai Transzplantációs Sebésztársaság is támogatta, és modellkísérletben való kipróbálását ajánlotta[121]. A másik javaslat a cadaverszervek donációjának elősegítésére e szervek „jövendő piacának" (future market) létrehozása. Ez lehetővé tenné, hogy valaki még életében eladja például egy biztosítótársaságnak azt a jogot, hogy halála után szerveit átültessék. A biztosítótársaság ezért nem feltétlenül készpénzben fizetne, hanem például úgy, hogy az eladó számára csökkentené a biztosítási díjat[122]. A szerződést kötők nevét egy központi számítógépes regiszterbe bevezetnék, így később gyorsan tájékozódni lehetne, hogy valaki engedte-e kivenni halála után szerveit vagy sem. Az illető halála után átültethető szerveit eltávolítanák, akibe pedig beültetik azokat, annak a szervet megvett biztosítótársaság számára kellene kifizetnie a szerv árát vagy közvetlenül, vagy saját biztosítóján keresztül[123].

A radikálisabb javaslatok azt is megengednék, hogy élő adja el pénzért veséjét. Ennek pártolói az egyéni szabadságjogokra szoktak hivatkozni. Ha amputáltathatom a lábam, hogy megmentsem az életemet – szól az érvelés –, akkor miért nem adhatom el a vesémet, hogy kifizethessem az adósságbehajtókat, akik szintén veszélyeztetik az életemet? Ha a lábam feláldozható saját érdekemben, miért nem áldozható fel a vesém[124]? Természetesen az első pillanatban legtöbbünk ösztönös irtózást érez egy ilyen ötlet hallatán, azonban – a szervpiac hívei szerint – ha emberek halnak meg átültethető szervek hiánya miatt, akkor nem szabad válogatósnak lenni, és minden létező eszközt fel kell használni eme felesleges halálozás csökkentésére. Azt természetesen mindenki elismeri, hogy a szervek pénzért való adásvétele csak végső eszköz, szükséges rossz arra, hogy növeljék a rendelkezésre álló szervek számát. Ugyanakkor, mivel minden évben világszerte sok ezer ember hal meg átültethető szervek hiányában, ezért minden módszert meg kell vizsgálni, amely több elérhető szervet produkál, és így növeli a megmenthető betegek számát. Sokan úgy érzik, hogy ha csak az altruista szervdonációt engedik meg, ez feleslegesen gátolja a transzplantációs programokat. A kereskedelmi motívum megenge-

dése növelné az átültethető szervek számát, míg az altruista szervadományozás romantikus kötelezővé tétele emberáldozatokkal jár, hiszen nem mentenek meg annyi embert, amennyit lehetne[125].

Nyugaton az első hírek a szervkereskedelemről a nyolcvanas évek elején láttak napvilágot, amikor kiderült, hogy olyan vállalkozások alakultak, amelyek szegények körében szervdonorokat toboroztak, majd HLA-antigén-tipizálással összehozták a kiválasztott donorokat az immunológiailag kompatibilis fizető recipiensekkel. Mivel a vérrokonság megállapítására az igazságügyi orvostanban szintén a HLA-tipizálást alkalmazzák, így nehéz volt bizonyítani, hogy az így adódott kompatibilis párok nem rokonok[126]. E hírek után több fejlett országban már a nyolcvanas években megtiltották a szervek pénzért való adásvételét, és számos nemzetközi szervezet (Európa Tanács, WMA, WHO) csatlakozott ahhoz a véleményhez, hogy a szervkereskedelem erkölcsileg elfogadhatatlan. A szervek adásvételének elméleti pártolói szerint azonban ez a – szinte vita nélkül és egyöntetűen megszavazott – jogi tiltás inkább ösztönös reakció, semmint komoly elméleti megfontolás eredménye. Természetesen ellenszenvet érzünk testrészek, szervek árusításával szemben, az ellenszenv azonban még nem morális érv. Érdemes ezért áttekinteni a tényeket és a szervek adásvételéről folyó elméleti vitát a végső konklúzió kimondása előtt.

Érvek a szervek adásvétele mellett. Induljunk ki egy Angliában 1989-ben vihart kavart konkrét esetből. Egy londoni magánklinikára érkezett egy fiatal török férfi, aki ügynökök révén került Angliába. 2000 fontot kapott és költségtérítést azért, hogy Törökországból Londonba utazzon, és ott eladja veséjét egy angol betegnek. Bár a dolgot titokban próbálták intézni, napvilágra került. Kiderült, hogy a török férfi rossz anyagi körülmények között élő családapa, aki kislányának orvosi kezeléséhez szeretett volna veséje eladásával pénzt szerezni. Az eset napvilágra kerülését követő felháborodás nyomán mindenki egyetérteni látszott abban, hogy ilyesmi morálisan elfogadhatatlan, nagyon nehéz volt azonban pontosan megmondani, hogy miért. Egy tett jogi tiltását ugyanis kétféle módon lehet indokolni[127]:

- A tettes a tettel másoknak okoz kárt.
- A tettes a tettel magának okoz kárt.

A török férfi tette azonban egyik kategóriába sem sorolható. Tettével nemhogy nem okoz másnak kárt, hanem éppen ellenkezőleg: veséjével megmenti vagy legalábbis sokkal kényelmesebbé teszi a vesebeteg angol vevő életét, továbbá az így szerzett pénzzel esetleg megmentheti saját kislánya életét is. Ha tehát veséje eladását megtiltjuk neki, akkor megakadályozzuk őt két élet megmentésében.

Úgy tűnik, hogy magának sem okozott volna komoly kárt, hiszen a vese kivétele orvosilag csekély rizikójú beavatkozás. A perioperativ donorhalálozás kb. 0,03%[128]. Ez a műtéttel járó kockázat. A statisztikai adatok szerint pedig a nephrectomia után egy vesével élni nem jelent nagyobb veszélyt, mint kettővel, például biztosítótársaságok nem kérnek több pénzt egy fél vesével élő életbiztosításáért, mint a két vesével élőtől[129]. Így egészséges élő donor számára fél veséje eltávolítása kb. annyi veszélyt jelent, mint amennyit az vállal, aki munkanapokon rendszeresen kb. 30 km-t autózik[130]. Ez nem ésszerűtlenül nagy kockázat, sokan megtesznek naponta ennyi utat, például munkahelyükre autóval járnak be. Ilyen nagyságú rizikót emberek sokkal triviálisabb okból is szoktak vállalni, mint kislányuk életének a megmentése. Nem ítéljük el morálisan például azokat, akik szabad idejükben veszélyes sportot űznek (például sziklamászást, sárkányrepülést), holott ők életüket nem mások megmentéséért kockáztatják, hanem saját élvezetük kedvéért. Azt sem ítéljük el, aki pénzért veszélyes munkát vállal. Ha megengedjük azt, hogy valaki az említett módokon veszélyeztesse az életét, akkor miért nem engedjük meg, hogy veséje pénzért való eladásával veszélyeztesse azt[131]? További ellenérv, hogy az élőből való vesetranszplantációt a direkt altruizmus elvére alapozva mindenki elfogadhatónak érzi. Ha például az említett török családapa kislánya vesebetegségben szenvedett volna, morálisan elfogadhatónak éreznénk, ha veséjét kislányának átültetés céljából odaadja. Ez a közvetlen altruizmus. Miért nem fogadható el ugyanez a tett a közvetett altruizmus formájában, amikor az apa a veséjét egy idegennek eladja, és az így szerzett pénzt kislánya életének a megmentésére fordítja? Ha megengedhető, sőt dicséretes a direkt altruizmus, miért elfogadhatatlan és törvényileg tiltandó az indirekt?[132] A szervek adásvétele elleni szokásos érv az, hogy ennek megengedése a szegények kizsákmányolását jelentené, hiszen a szegények veséi a gazdagok testébe „vándorolnának". A pénzért való veseeladás az egészség újraelosztása, redisztribúciója lenne a szegények felől a gazdagok felé egy társadalmon belül, és nemzetközileg is, hiszen a szervek a szegény országokból a gazdagabbakba áramlanának. Az orvos így az egészség egy részét az egyik embertől (a szegénytől) elvenné, és egy másiknak (a gazdagnak) odaadná[133]. Így éppen a szegények, akik a legkevésbé engedhetnek meg maguknak bármiféle egészségkárosodást, szorulnának rá leginkább arra, hogy ezt a kockázatot vállalják[134]. Nem szabad megengedni – szól az érvelés – hogy az, akinek már semmije sincs, azt az egyetlen dolgot is áruba legyen kénytelen bocsátani, ami még megmaradt neki: saját szerveit és egészségét. Ezzel az érveléssel azonban az a probléma, hogy szerveit mindenki csak végső kétségbeesésében adja el. Egy szegénynek, aki szervét eladja, eza gondolat valószínűleg semmivel sem kevésbé szörnyű, mint bármelyikünk számára[135]. Ha mégis ezt választja, ez annak a bizonyítéka, hogy helyzete, szegénysége olyan elviselhetetlen és kilátástalan, hogy még szervei eladása tűnik számára a kisebbik rossznak. Ha ezt megakadályozzuk, elvesszük tőle az egyetlen

lehetőséget, amellyel sorsán javíthatott volna. Elfogadhatatlan paternalizmus, ha a szegényeket megakadályozzuk abban, hogy az általuk jobbnak tartott alternatívát válasszák[136]. Mondhatja persze valaki, hogy a szervek eladása a szegénység megoldásának nem a megfelelő módja, mert magát a szegénységet és a kiszolgáltatottságot kellene megszüntetni, amely valakit arra késztet, hogy szerveit áruba bocsássa. A probléma azonban az, hogy ameddig a szegénység fennáll, addig éppúgy nem megoldás, ha az ebből menekülni kívánók számára megtiltják a szerveladást, mint ahogyan a nyomortanyák nyomorúságát sem oldja meg senki pusztán azzal, ha leromboltatja azokat, és korábbi lakóit így végleg otthontalanokká teszi[137]. Természetesen egy totális szervpiac komoly visszaélésekhez vezethetne (a közvetítők meggazdagodnának, egy részegtől egy bróker potom pénzért „megvásárolhatná" a szerveit stb.), ez azonban nem a piac ellen érv, hanem a korlátozatlan piac ellen. A piac szigorú szabályozásával korlátozni lehetne a visszaéléseket, magát az adásvételt viszont nem lenne szabad megtiltani, hiszen sok életet menthet meg. (A szervpiac szabályozására született néhány javaslat: meg kell követelni, hogy csak arra engedéllyel rendelkező, nonprofit intézmények vehessenek ki vesét, hogy bizottság vizsgáljon minden egyes adásvételt, kötelező gondolkodási időt, például hat hónapot kell előírni a szerv eladásába való beleegyezés és a szerv kivétele között, minimális árat kell megszabni a kivett szervekért, amely alá nem lehetne menni, 25 éves életkor alatt nem lehetne szervet eladni stb.[138]).

További érv a szervek adásvétele ellen, hogy vannak dolgok, amelyeket egy ember csak altruista motívumból tehet meg a másiknak, és ha anyagi szempontok is szerepet játszanak, a dolog erkölcstelenné válik. Ide tartozik a szervadományozás is. A probléma ezzel az érvvel az, hogy abból, hogy bizonyos tettek akkor a legjobbak, ha altruista indíttatásból cselekszik őket, még nem következik, hogy nem altruista indíttatásból ugyanaz a tett erkölcstelenné válik. Például kétségtelen, hogy az a legjobb, ha az idős, magányos embereket rokonaik szeretetből otthon ápolják, de ebből még nem következik, hogy ha erre nincs lehetőség, akkor az ápolás pénzért való megvétele erkölcstelen lenne. Jobb, ha sokféle emberi szolgálat legalább pénzért megvehető, mintha semmilyen formában nem áll rendelkezésre. Hasonló elvek vonatkoznak a veseadományozásra is. A legjobb az lenne, ha az összes donáció indítéka altruizmus lenne. Ha azonban ez nem lehetséges, még mindig jobb, ha legalább pénzért, de rendelkezésre állnak átültethető szervek, mint az, ha nem állnak rendelkezésre elegendő számban[139].

RADCLIFFE végső konklúziója az, hogy a vesék adásvételének megtiltása nyilvánvaló rossz, hiszen sok – egyébként megmenthető – ember halálát okozza. Ezért ilyen rosszat csak akkor szabad megengedni, ha nyomós érveket tudnak felhozni e gyakorlat ellen. Így azokon van a bizonyítás terhe, akik tiltani akarják a szervek adásvételét.

Érvek a szervek adásvétele ellen. Az alapvető érv az, hogy az emberi test nem dolog, nem árucikk, mint egy autóalkatrész[140].Az emberi test lealacsonyítása lenne, ha részeit pénzért adnák és vennék. A szervek piaca továbbá megszüntetné a ma széles körben elterjedt altruista szervdonációt. Ha a szervekért pénzt lehetne kapni, ki adná azokat ezután ingyen? Így a végeredmény az lenne, hogy a transzplantáció megdrágulna, hiszen pénzért kapnánk azokat a szerveket, amelyekhez ma ingyen juthatunk hozzá. Így ez végső soron nem vezetne az átültethető szervek hozzáférhetőbbé válásához[141]. További érv, hogy szervpiac meglétekor az átültethető szervek minősége romlana, a donoroknak okuk lenne eltitkolni azokat a betegségeiket, amelyek a donációt akadályozzák. Kezdetben az USA-ban a véradókat is pénzzel kompenzálták, és az e gyakorlat megszüntetése melletti legfőbb érv az volt, hogy az így levett vér minősége romlott[142]. A pénzért való szerváruSítás tilalma ily módon védi a recipienst, hiszen így nagyobb a valószínűsége, hogy egészségesebb szerveket kap.

Érdekes ellenérv az, hogy a társadalom azért nem akar a mainál hatékonyabb eszközöket alkalmazni a szervek elérhetővé tételére, mert a szervtranszplantáció viszonylag drága beavatkozás, így ha bőven állnának rendelkezésre átültethető szervek, ezek beültetése elviselhetetlen anyagi terhet róna a leggazdagabb társadalmakra is. Ekkor tehát szelektálni kellene, kibe ültessenek be szervet, és kitől tagadják meg azt, az ezzel járó morális és politikai problémákat pedig egyetlen társadalom sem vállalja szívesen. A mai szervhiány egyfajta természetes korlátot jelent a szervtranszplantáció egyébként óriásira növő költségei ellen, és így „kényelmes" megoldása egy egyébként igen nehezen megoldható problémának. Eszerint tehát a szervpiac túlságosan hatékony lenne, túl sok szervet produkálna ahhoz, hogy mindegyik beültetése anyagilag megengedhető lenne, az így keletkező elosztási problémákat pedig túl nehezen lehetne megoldani. Kényelmesebb megoldás a mai, amikor a szervek hiánya természetes határt szab a költségeknek[143].

A szervkereskedelem és a kompenzált szervadományozás közötti különbség. A korlátlan szervkereskedelem működésének jól megfigyelhető példája India, ahol sűrítve láthatjuk annak minden visszataszító következményét. A kereskedelmet közvetítő „szervbrókerek" működnek, akik a szegényebbek között vesedonorokat toboroznak. Az utcán lakó, hajléktalan donornak a felajánlott 5000 rúpia valóságos vagyon[144], és nem tudja, hogy a bróker ennek az összegnek a tízszeresét kapja majd a sikeres közvetítés után. A leggazdagabbak azonban nem mindig brókerek útján jutnak veséhez. Ők újsághirdetést adnak fel, vesét keresve. Ha a felajánlott összeg elég nagy, egy hirdetésre több ezer jelentkező is akad. Ezeket a gazdag által bérelt orvoscsoport hisztokompatibilitási szempontból megvizsgálja, keresve az immunológiailag legmegfelelőbb donort. Ennek megtalálásával

a gazdag recipiens a kiválasztott donorral egy jól felszerelt külföldi intézetbe megy, ahol a transzplantációt elvégzik.

A brókerek által közvetített szervek általában nem jó minőségűek, hiszen az utcáról toborzott emberek sokféle betegségben szenvednek. Az ily módon toborzott donorok 7–10%-a hepatitis B-ben szenved, és ma már egyre gyakoribb közöttük a HIV-pozitív is[145]. A donorokat nem világosítják fel a donáció veszélyeiről, sokszor becsapással toborozzák őket stb. A szervkereskedelem eme korlátozatlan, durva formáját mindenki egységesen elítéli, e módszernek nincs támogatója a szakirodalomban.

A szervek adásvételének az ellenőrzött formáját azonban a RADCLIFFE-nél megismert érvelés módosításával sokan – bizonyos feltételekkel – elfogadhatónak tartják. Az érvelés abból indul ki, hogy egy gazdagabb országban (és a legtöbb európai ország ebből a szempontból ide sorolható) a szervek adásvételének semmiféle formáját nem szabad megengedni, mert akik eladnák azokat, nincsenek olyan rossz anyagi helyzetben, hogy saját vagy rokonaik élete múlna az így szerzett pénzen. Hasonlóképpen ilyen országokban a vevők sincsenek kilátástalan helyzetben, hiszen létezik dialysis, cadaver-transzplantációs program, amellyel életben maradhatnak, és belátható időn belül veséhez juthatnak. Ezzel szemben egy szegény országban (például Indiában vagy sok afrikai országban) más a helyzet. Mivel a krónikus vesebetegségek okozta halálozás egy szegény országban az összhalálozásnak csak 1–2%-át teszi ki[146], a krónikus dialysist és a transzplantációs programokat alig finanszírozzák. Ennek következtében például Indiában a krónikus haemodialysis alig elérhető, cadavertranszplantációs program nincs, ehhez jól felszerelt intenzív osztályokra lenne szükség. Ilyen körülmények között egy vesebeteg számára az egyetlen túlélési lehetőség, ha élő donort talál, és ha a rokonok között nem akad ilyen, nem marad más lehetőség, mint az illető szerv pénzért való megvétele. Indiában az eladó oldaláról is hasonlóan nagy a szükség. Aki eladja a veséjét, az sokszor annyira szegény, hogy a pénzre vagy ő maga szorul rá, vagy hozzátartozója gyógykezeléséhez stb. szükséges. Ilyen körülmények között sem engedhető meg a szervek korlátozatlan piaca, de – szól az érvelés – a gondosan ellenőrzött, kompenzált donáció igen. Ezt a programot indiai orvosok kezdték el, akik – más lehetőséget betegeik megmentésére nem látva – donorokat kerestek, akik pénzért hajlandók voltak veséjük donációjára. A donorok cserébe általában 1000 fontot kaptak és 3 év ingyenes egészségbiztosítást. Az így operált donorok közül senki nem halt meg, a recipiensek 2 éves túlélése 80%-os volt[147]. Ez tehát nem gátlástalan szervkereskedelem, hanem annál sokkal szigorúbban ellenőrzött donáció. Az ilyen gyakorlat még mindig kritizálható azon az alapon, hogy diszkriminatív, hiszen nyilvánvalóan csak a gazdagok számára hozzáférhető. Javaslat született ezért olyan módosítására, amely megszünteti diszkriminatív jellegét. Eszerint a donációkat bizottság ellenőrizné, és csak az indirekt altruiz-

musból fakadókat hagynák jóvá, vagyis azokat, ahol a veseadományozással szerezett pénz orvosi kezelésre vagy hasonló fontosságú dologra szükséges a donor számára. A vevő részére pedig az árakat úgy állapítanák meg, hogy az a donor társadalmi osztályából származó két másik ember veseátültetésének a költségeit is fedezze. Ez a „kötelező filantrópia" biztosítaná, hogy a szervek ellenőrzött adásvétele ne legyen diszkriminatív a szegényekkel szemben. Szegény országban a szervek adásvételének ez az ellenőrzött formája többek szerint etikailag elfogadható[148, 149]. Az ezt támogató indiai orvosok úgy érzik, hogy a kompenzált donáció még mindig jobb, mint betegeik kezelés nélküli halála[150]. Mások viszont úgy érvelnek, hogy a kompenzált donáció megengedése nélkül nagyobb nyomás nehezedne a kormányra a gazdagok részéről annak érdekében, hogy legyen cadavertranszplantációs program. A kompenzált donáció megengedése voltaképpen késlelteti a cadavertranszplantációs program megindulását, és ilyen okból elfogadhatatlan[151]. Kétségtelen, hogy az indiai szervkereskedelmet csak a cadavertranszplantáció elterjedése szüntetheti majd meg.

Az amerikai VEATCH is úgy érvel, hogy olyan országban megengedhető lehet a szervek ellenőrzött piaca (a kompenzált donáció), ahol az emberek olyan szegények, hogy csak szerveik eladásával tudják a maguk vagy a családjuk számára a legszükségesebbeket előteremteni. Ilyen országban nem szabad megtiltani a szerveladást, de mindent meg kell tenni azért, hogy ne ilyen világban éljünk[152].

A WHO által 1991-ben publikált transzplantációs irányelvek azonban feltétel nélkül elítélik a szervek kereskedelmi forgalmát, noha a szervkivétellel kapcsolatos ésszerű költségek megtérítését megengedik. A WHO irányelvei azt is tiltják, hogy orvos olyan transzplantációban vegyen részt, amelyről feltehető, hogy a szervek üzleti tranzakció tárgyai voltak[153].

Hasonló álláspontot foglal el a hatályos magyar szabályozás is. Leszögezi, hogy „Szerv, ill. szövet adományozása kizárólag ellenérték nélkül történhet."[181] Ugyanakkor a donor szervadományozással járó költségeinek megtérítését lehetővé teszi és állami feladatnak nyilvánítja.[182]

Az illegális szervkereskedelem ellen a Transplantation Society ajánlása szerint minden országban ki kell dolgozni a szerv- és szövettranszplantációs tevékenység gondos dokumentálását és követését a következő módon[154]:

- A halottasházak és a szövetbankok működésére szabályokat kell kidolgozni.
- Az agyhalált független orvosnak kell megállapítania.
- Ha egy sebész holttestből szervet vagy szövetet távolít el, akkor aláírásával és dátummal ellátott igazolást kell kiállítania arról, hogy:
  1. Meggyőződött az agyhalált igazoló jegyzőkönyv létezéséről.
  2. Milyen szervet vagy szövetet távolított el.

Az így kitöltött dokumentumot az explantált szervvel, illetve szövettel együtt kell elküldeni.

A visszaélések elkerülése érdekében a szervet, illetve szövetet beültető sebésznek a következő feladatai vannak:

- Tanúsítania kell, hogy a szerv, illetve a szövet eltávolítását végző sebész nyilatkozatát látta, és megfelelőnek találta.
- Dokumentálnia kell, hogy az adott szervet vagy szövetet betegébe beültette.
- A fel nem használt szövetekről vagy szervekről az illetékes hatóságokat értesítenie kell.
- Minden donort nyilvántartásba kell venni.
- Csak jóváhagyott transzplantációs intézetek, illetve sebészcsoportok végezhetnek ilyen tevékenységet.

A leírt eljárás szigorú megtartása segíthet abban, hogy a széleskörűen elítélt, a gyakorlatban azonban mégis létező szervkereskedelem visszaszoruljon.

AZ EMBRYONALIS ÉS A MAGZATI SZÖVETEK FELHASZNÁLÁSÁNAK ETIKAI KÉRDÉSEI

Röviden érintenünk kell még egy viszonylag új terápiás lehetőséget, amelyik számos új etikai problémát vet fel: a magzati szövetek transzplantációjával való gyógyítást.

A magzati szövetek terápiás felhasználhatósága. Magzati sejteket, szöveteket eddig is használtak polio- és rubeolavírus elleni oltóanyag létrehozására[155], az utóbbi évtizedben azonban a sokkal szélesebb felhasználhatóság is lehetségesnek tűnik. Biztató kísérleteket végeztek például Parkinson- és Alzheimer-kóros betegek magzati szövetekkel való kezelésével. E betegségek valószínű kiváltó oka bizonyos dopamintermelő idegsejtek pusztulása. Bár megpróbálták a hiányzó dopamint gyógyszeresen pótolni (Levodopa), ez azonban nem bizonyult elég sikeresnek. Azt is megkísérelték, hogy a beteg saját – dopamintermelésre képes – mellékvesevelő-sejtjeit ültessék be az agy megfelelő részébe, azonban ez sem járt kielégítő eredménnyel[156]. Az új eljárás, amelynek során a betegek agyába abortus révén szerzett dopamintermelő embryonalis és magzati idegsejteket juttattak, sokkal több sikerrel kecsegtet. A magzati sejtek immunogenitása ugyanis kicsi, így kilökődéstől alig kell tartani, a bejuttatott sejtek pedig – pótolva a hiányzó dopamin termelését – a betegeket meggyógyíthatják vagy legalábbis állapotukat javítják. Hasonló elv alapján vetődött fel magzati pancreassejtek diabeteses betegekbe

való beültetése. Más magzati szövetek beültetése is komoly eredményekkel kecsegtet, például embryonalis myocardialis szövet felhasználhatónak látszik a szívizom erei újraképződésének az elősegítéséhez, vagy elvileg magzati thymus- és májsejteket fel lehetne használni bizonyos vérképzőszervi és immunológiai betegségek kezelésére[157]. Bár a felsorolt eljárások még csak kísérleti stádiumban vannak, igen komoly etikai problémákat vetnek fel.

A magzati szövetek felhasználásának etikai problémái. Magzati szöveteket természetesen halott magzatból vesznek. Mivel a spontán abortusok eredményeként meghalt magzatok túl későn kerülnek orvoshoz, és addigra a szöveteik már nem használhatók fel, a gyakorlatban a művi abortusok során meghalt magzatok szöveteit használják fel transzplantációs célra. Itt az az alapvető etikai aggály vetődik fel, hogy mindez nem azt jelenti-e, hogy embereket (a magzatot és az anyát) egyszerűen eszköznek használnak fel bizonyos fontos terápiás célok elérése érdekében. Az anya testére könnyen úgy tekinthetnek ilyenkor, mint egyfajta „táptalajra", amelyen terápiásan hasznos sejteket és szöveteket lehet tenyészteni[158]. Az embryonalis szövetek terápiás felhasználhatósága pedig a művi abortus nagyobb mértékű elfogadására ösztönözheti a közvéleményt[159]. Az embryoszövetek felhasználhatósága ezért némelyek szerint annak függvénye, hogy a művi abortust erkölcsileg mennyire fogadjuk el. Eszerint a magzati szövetek csak akkor használhatók fel, ha a művi abortus erkölcsileg megengedhető. Ennek a véleménynek a helyessége azonban megkérdőjelezhető. Még ha abból indulunk is ki, hogy a művi abortus erkölcsileg elfogadhatatlan, ebből akkor sem következik egyértelműen, hogy az így meghalt magzatok szöveteinek a felhasználása is erkölcstelen. Analógiával élve, az emberölés sem elfogadható, ebből azonban nem következik, hogy egy gyilkosság áldozatának a szerveit – a megfelelő feltételek meglétekor – ne lehetne felhasználni például szervátültetés céljaira[160]. A magzati szövetek felhasználása erkölcsileg akkor fogadható el, ha kielégíti az ún. függetlenségi elvet, amely szerint biztosítani kell, hogy a művi abortus motívuma semmi-képpen se lehessen felhasználható magzati szövetek szerzése. Minél inkább bizto-sítható az, hogy a magzati szövetekre való igény ne gyakorolhasson hatást a művi abortusok számára, annál inkább kielégítjük a függetlenségi elv követelményét, vagyis annál inkább elfogadható a magzati szövetek terápiás célú felhasználása még akkor is, ha maga a művi abortus erkölcsileg elfogadhatatlan. Ha tehát az anya nem azért végeztet abortust, hogy később a magzati szöveteket felhasználják, akkor ezek felhasználása etikailag akkor is elfogadható, ha maga az abortus nem az[161]. A függetlenségi elv tehát nem engedi meg azt például, amit egy Alz-heimer-kóros férfi lánya akart csinálni: az apja spermájával való mesterséges megtermékenyítésre kérte orvosát azért, hogy a magzat későbbi elabortálásával beültethető magzati szövetekhez jussanak édesapja Alzheimer-kórjának a keze-lésére[162].

A függetlenségi elv érvényesítésével kapcsolatosan azonban egy nagyon fontos problémával kerülünk szembe. A transzplantáció általános elveinek megfelelően ugyanis a magzat szöveteinek a felhasználásához az abortust kérő nő beleegyezésére lenne szükség. Azt azonban nem szabad megengedni, hogy az asszony azt is eldönthesse, hogy kit fognak kezelni az így keletkező magzati szövetekkel, hiszen ez nyilvánvalóan megsértené a függetlenségi elvet. Itt – a szervtranszplantációnál már tárgyalt két módszernek megfelelően – ki lehetne indulni abból, hogy minden magzati szövetet rutinszerűen fel lehet használni, hacsak az abortust kérő nő ezt nem tiltotta kifejezetten meg (ez lenne a feltételezett beleegyezés megfelelője), vagy pedig az anya kifejezett engedélyére lenne szükség bármely magzati szövet felhasználása esetén (ez lenne a donorkártyarendszer megfelelője). Ugyanakkor azonban látni kell, hogy a magzati szövetek felhasználása és a cadavertranszplantáció között van egy nagyon lényeges különbség. A felnőtt halott halálát a család nem akarta, a magzat halálát viszont az anya akarta, hiszen az abortust az ő kérésére hajtották végre. Így az anya beleegyezésének a megkövetelése a magzati szövetek felhasználásához felveti azt a kérdést, hogy nem járulhat-e ez hozzá végül is a magzati szövetek pénzért való árusításához, annak feketepiacához. Mivel a művi abortus a legtöbb országban bizonyos feltételek között engedélyezett beavatkozás, ezért fennáll a veszélye annak, hogy az anya beleegyezésének megkövetelése lehetőséget ad az anya pénzzel való motiválására vagy abból a célból, hogy egyáltalán abortust végeztessen, és így mások magzati szövetekhez jussanak, vagy abból a célból, hogy a már abortust kért anya azt a magzati szövetek kivételéhez előnyös időpontban és módon végeztesse el (például az anyát az abortus korábbi vagy későbbi elvégzésére bátorítják, aszerint, hogy korai, embryonalis vagy későbbi, magzati szövetekre van szükség, vagy az abortust nem a szokásos módon, transvaginalisan végzik el, hanem hysterotomiával, hogy az elabortált magzat ép maradjon, és szöveteit jobban fel tudják használni stb.[163]). Így szintén csorbát szenved a függetlenségi elv. Csak a feltételezett beleegyezés (az abortált magzati szövetek rutinszerű felhasználása az anya megkérdezése nélkül) látszik összeegyeztethetőnek a függetlenségi elvvel. Sokan azonban ezt szintén elfogadhatatlannak érzik, hiszen ilyenkor kevésbé veszik figyelembe az abortust kérő anya érzéseit. Ezért született az az áthidaló javaslat, miszerint csak méhen kívüli terhesség miatt végzett életmentő abortusok magzati szöveteit lehessen felhasználni transzplantációs célokra. Ez azért lenne előnyös, mert ilyenkor az abortus az anya élete megmentése miatt szükséges. Ilyenkor a gyermeket akarják, halála nem kívánt, és az így adományozott magzati szövet minden tekintetben hasonlít a felnőtt halott szerveinek a család általi adományozásához. További előny, hogy az így létrejött magzati szövetek mennyisége nem függ az abortusszal kapcsolatos társadalmi attitűd változásaitól sem[164].

AZ ANENCEPHAL ÚJSZÜLÖTTEK SZERVDONORKÉNT VALÓ FELHASZNÁLÁSÁNAK KÉRDÉSE

Átültethető újszülöttszervekből még sokkal nagyobb hiány van, mint felnőttszervekből. A felnőtt cadaverdonorok leggyakoribb haláloka, a baleset kapcsán történő koponyasérülés újszülöttkorban meglehetősen ritka[165]. Ezért újból és újból felvetődik a kérdés, hogy nem lehetne-e anencephal újszülöttek szerveit transzplantáció céljára felhasználni? Az anencephalia a koponya és a cerebralis hemisphaeriumok veleszületett hiánya. Az ilyen újszülötteknek csak 25–45%-a születik élve. Néhány nap, ritka esetben néhány hónap alatt biztosan meghalnak, és ideális szervdonorok, mert fejlődési rendellenességükön kívül teljesen egészségesek. A morális probléma azonban az, hogy nem az egész agyuk hiányzik, az agytörzsük még működik, és így nem számítanak agyhalottnak. Ezért csak az az eljárás elfogadható, hogy születésük után respirátorra kapcsolják őket, és megvárják, amíg meghalnak. Így, bár vannak, akik amellett érvelnek, hogy az anencephal újszülöttekre speciális haláldefiníciót kellene használni, és őket eleve halottnak kellene tekinteni, ez nem fogadható el. Nem lehet gyakorlati okokból eltérni egy elvileg megalapozott haláldefiníciótól – az agytörzsi halál már tárgyalt fogalmától. Az anencephal újszülöttekre ugyanazt a halálkritériumot kell használni, mint bármely más emberi lényre. Hasonló okból az Amerikai Orvostársaság 1994-es állásfoglalása is etikailag problematikusnak tűnik, amely – bizonyos feltételek fennállásakor (szülői beleegyezés, az anencephalia diagnózisának két független orvos által való megerősítése) – megengedi a még élő anencephal újszülött szerveinek a felhasználását[166].

A jövőben azonban az anencephal újszülöttek által felvetett etikai problémák ritkábban fognak előfordulni, hiszen ma ez a rendellenesség alfa-foetoprotein-szűréssel és ultrahangvizsgálattal méhen belül diagnosztizálható. Így a korai diagnózis és az ilyenkor végzett selectiv abortus a jövőben feltehetőleg az anencephal újszülöttek számának a csökkenéséhez fog vezetni[167].

Jegyzetek a 13. fejezethez*

[1]*Alföldy F.* (1988): Élet a halál árán. Budapest, Kozmosz Könyvek (p. 18)
[2]*Lamb, D.* (1990): Organ Transplants and Ethics. London–New York, Routledge (pp. 7–8)
[3]*Gaál Cs.* (szerk.) (1991): Sebészet. Budapest, Novotrade Rt., Typoart Kft. (pp. 228–229)
[4]*Sells, R. A.* (1994): Transplants. In: *Gillon, R.* (ed.) (1994): Principles of Health Care Ethics. Chichester–New York, John Wiley & Sons (p. 1003)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[5]*Alföldy F.* (1992): Mégis: kinek az érdeke? (A szervátültetés orvosi, jogi, etikai, gazdasági kérdései.) In: Magyar Hírlap (Heti Patika) 1992. október 20.
[6]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 21)
[7]*Dossetor, J. B., Kjellstrand, C. M.* (1992):: Ethics issues in selection for dialysis and transplantation: the duty of advocacy. In: *Kjellstrand, C. M., Dossetor, J. B.:* (eds.) (1992): Ethical Problems in Dialysis and Transplantation. Dordrecht–Boston–London, Kluwer Academic Publishers (p. 50)
[8]*Atsumi, K.* (1992): Japanese view on life and organ transplantation. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.:* (eds.) (1992): i. m. (p. 183)
[9]Swedish Committee on Transplantation (1989): Transplantation: ethical, medical, and legal aspects. Report. (Summary) Stockholm: The Swedish Ministry of Health and Social Affairs. (p. 12)
[10]*Sells, R. A.* (1994): i. m. In: *Gillon, R.* (1994): i. m. (p. 1022)
[11]*Veatch, R. M.* (1989): Death, Dying, and the Biological Revolution. (revised edition) New Haven–London, Yale University Press (p. 204)
[12]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 113)
[13]*Prottas, J. M.* (1989): The Organization of Organ Procurement. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (eds.) (1989): Organ Transplantation Policy. Issues and Prospects. Durham–London, Duke University Press (p. 42)
[14]*Gaál Csaba* (1991): i. m. (p. 225)
[15]*Dossetor, J. B., Kjellstrand, C. M.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 48)
[16]Ibid. (p. 46)
[17]*Childress, J. F.* (1989): Ethical Criteria for Procuring and Distributing Organs for Transplantation. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 108)
[18]*Dossetor, J. B., Kjellstrand, C. M.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.:* (1992): i. m. (p. 40)
[19]*Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (eds) (1992): i. m. (p. xv)
[20]Ibid. (p. xvii)
[21]*Honzak, R.* (1992): Ethical issues in Czech renal failure. Bulletin of Medical Ethics. No. 78. May 1992. (p. 22)
[22]*Válek, A.* (1992): A different view from different countries: Eastern Europe. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 189)
[23]Ibid. (pp. 195–196)
[24]*Dossetor, J. B., Kjellstrand, C. M.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.:* (1992): i. m. (p. 41)
[25]*Gaál Cs.* (1991): i. m. (p. 222)
[26]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 109)
[27]Institute of Medical Ethics (1989): Briefings in medical ethics. No. 2 April, 1989. (iii) In: Bulletin of Medical Ethics No 50, May 1989.
[28]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 105)
[29]*Sells, R. A.* (1994): i. m. In: *Gillon, R.* (1994): i. m. (p. 1012)
[30]*Matkó Ida* (1994): A szövet- és szervátültetés etikai, jogi kérdései. Valóság, 1994/7 (p. 85)
[31]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 208.§
[32]*Gaál Cs.* (1991): i. m. (p. 221)
[33]*Mani, M. K.* (1992): The argument against the unrelated live donor. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 167)
[34]WHO guidance on organ transplants (1991). In: Bulletin of Medical Ethics No. 70 July/August 1991 (pp. 10–11)

[35]Bill on use of human parts and assisted procreation makes progress in France (1993). In: Bulletin of Medical Ethics. No. 86 March 1993 (p. 8)
[36]*Veatch, R. M.* (1977): Case Studies in Medical Ethics. Cambridge–Massachusetts, Harvard University Press (pp. 224–225)
[37]Ibid. (p. 223-224)
[38]WHO guidance on organ transplants (1991). In: Bulletin of Medical Ethics i. m. (p. 11)
[39]Ibid.
[40]Bill on use of human parts and assisted procreation makes progress in France (1993). In: Bulletin of Medical Ethics. i. m. (p. 8)
[41]Lamb, D. (1990): i. m. (p. 111)
[42]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 206.§ (1) bek.
[43]*Veatch, R. M.* (1977): i. m. (pp. 225–227)
[44]*Sells, R. A.* (1994): i. m. In: *Gillon, R.* (ed.) (1994): i. m. (p. 1010)
[45]*Abrams, Natalie, Buckner, M. D.* (1983): Medical Ethics. A Clinical Textbook and Reference for the Health Care Professions. Cambridge–Massachusetts, The MIT Press (Case 6, pp. 593–594)
[46]*Nagel, T.:* Moral Luck. In: *Nagel, T.* (1979): Mortal Questions. Cambridge University Press (p. 25–26)
[47]*Pernick, M. S.* (1988): Back from the Grave: Recurring Controversies over Defining and Diagnosing Death in History. In: Zaner, R. M. (ed.) (1988): Death: Beyond Whole-Brain Criteria. Dordrecht–Boston–London, Kluwer Academic Publishers (p. 18)
[48]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 54)
[49]*Pernick, M. S.* (1988): i. m. In: Zaner, R. M. (988): i. m. (p. 20)
[50]Ibid.
[51]Ibid. (p. 22)
[52]Ibid. (p. 42)
[53]Ibid. (p. 35)
[54]Ibid.
[55]*Rachels, J.* (1986): The End of Life. Euthanasia and Morality. Oxford–New York, Oxford University Press (p. 42)
[56]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 38)
[57]Ibid. (p. 33)
[58]Ibid. (p. 36)
[59]Ibid. (p. 31)
[60]*Retteghy T.* (1991): A szervtranszplantáció problémái – donorgondozás. Lege Artis Medicinae 1991; 1(16):1102–1109 (p. 1103)
[61]18/1998 (XII.27) EüM rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre, valamint -tárolásra, és egyes kórszövettani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról. (2. sz. melléklet) (Az agyhalál megállapítása)
[62]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 212. § (1) bek.
[63]WHO guidance on organ transplants (1991). In: Bulletin of Medical Ethics i. m. (p. 10)
[64]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 37)
[65]*Atsumi, K.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.:* (1992): i. m. (pp. 184–186)
[66]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 4)
[67]Ibid. (p. 18)
[68]*Loewy, E. H.* (1989): Textbook of Medical Ethics. Plenum Publishing Corporation (p. 113)
[69]The World Medical Association (1987): Declaration on Human Organ Transplantation. (Adopted in Madrid, Spain, October 1987) In: The World Medical Association: Handbook of Declarations (17.Q)

[70]*Harris, J.* (1985): The Value of Life. An Introduction to medical ethics. London–Boston, Routledge & Kegan Paul (p. 119)
[71]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 123)
[72]Ibid. (p. 124)
[73]Swedish Committee on Transplantation (1989): i. m. ((p. 20)
[74]*Mirsky, J.* (1994): Peking accused of using organs from executed prisoners. The Times. Monday, August 29, 1994
[75]The World Medical Association (1987): Resolution on Physicians' Conduct Concerning Human Organ Transplantation. (Adopted in Stockholm, Sweden, September, 1994) In: The World Medical Association: Handbook of Declarations (20.2/94)
[76]Ethics and Organ Transplants. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 101. September, 1994. (p. 5)
[77]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 128)
[78]*Childress, J. F.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 100)
[79]*Matkó Ida* (1994): i. m. (p. 87)
[80]WHO guidance on organ transplants (1991). In: Bulletin of Medical Ethics i. m. (p. 11)
[81]*Loewy, E. H.* (1989): i. m. (p. 116)
[82]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 212)
[83]*Annas, G. J.* (1989): The Rights of Patients. The Basic ACLU Guide to Patient Rights. (Second ed.) Carbondale and Edwardsville: Southern Illinois University Press (p. 229)
[84]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 213)
[85]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 230)
[86]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 147)
[87]*Prottas, J. M.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 44)
[88]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 216)
[89]Ibid. (p. 215)
[90]*Childress, J. F.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 92)
[91]Ibid. (p. 91)
[92]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 223)
[93]*Lamb, D.* (1990): i. m. (pp. 141–142)
[94]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 212)
[95]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 140)
[96]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 212)
[97]Ibid. (p. 213)
[98]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 144)
[99]Ibid. (p. 142)
[100]*Sells, R. A.* (1994): i. m. In: *Gillon, R.* (ed.) (1994): i. m. (p. 1021)
[101]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 144)
[102]Swedish Committee on Transplantation (1989): (p. 15)
[103]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 140)
[104]*Hansmann, H.* (1989): The Economics and Ethics of Markets for Human Organs. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 61)
[105]Bill on use of human parts and assisted procreation makes progress in France (1993). In: Bulletin of Medical Ethics. i. m. (p. 9)
[106]*Ádám Gy.* (1990): i. m. (p. 265)
[107]*Matkó Ida* (1994): i. m. (p. 93)
[108]*Matko-Pataki, Ida* (1993): Transplantation dilemmas in Hungary. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 92. October, 1993 (p. 21)
[109]*Élő Anita:* Harmincnyolc százalékkal több donor. Magyar Nemzet. 1995. február 6.
[110]*Matko-Pataki, Ida* (1993): i. m. (p. 22)

[111]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 150)
[112]Swedish Committee on Transplantation (1989): i. m. (p. 31)
[113]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 216)
[114]*Prottas, J. M.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 47)
[115]Ibid. (p. 43)
[116]Ibid. (p. 44)
[117]Ibid. (p. 45)
[118]Ibid. (p. 50)
[119]Ibid. (p. 53)
[120]Ibid.
[121]*Sells, R. A.* (1994):i. m. In: *Gillon, R.* (1994): i. m. (pp. 1016–1017)
[122]*Hansmann, H.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 62)
[123]Ibid. (p. 64)
[124]*Brecher, B.* (1994): Organs for Transplant: Donation or Payment? In: *Gillon, R.* (1994): i. m. (p. 995)
[125]*Sells, R. A.* (1994): i. m. In: *Gillon, R.* (1994): i. m. (p. 1013)
[126]Ibid. (p. 1014)
[127]*Radcliffe, Janet R.* (1992): From him that hath not. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 54)
[128]*Najarian, J. S. et al.:* 20 years or more follow-up of living kidney donors. The Lancet (1992) 340 (pp. 807–810)
[129]*Sells, R. A.* (1994):i. m. In: Gillon, R. (1994): i. m. (p. 1011)
[130]*Hansmann, H.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 72)
[131]*Radcliffe, Janet R.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 55)
[132]Ibid.
[133]Institute of Medical Ethics (1989): Buying and selling kidneys for transplantation. Briefings in medical ethics. No 2. April, 1989. (ii) In: Bulletin of Medical Ethics. No. 50. May, 1989.
[134]Ibid. (p. iv)
[135]*Radcliffe, Janet R.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 53)
[136]*Hansmann, H.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 73)
[137]*Radcliffe, Janet R.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 56)
[138]*Hansmann, H.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 74)
[139]*Radcliffe, Janet R.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 58)
[140]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 134)
[141]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 218)
[142]*Childress, J. F.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 100)
[143]*Hansmann, H.* (1989): i. m. In: *Blumstein, J. F., Sloan, F. A.* (1989): i. m. (p. 79)
[144]*Mani, M. K.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 164)
[145]Ibid.
[146]*Barsoum, R. S.* (1992): Ethical Problems in Dialysis and Transplantation: Africa. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. Transplantation. (p. 179)
[147]*Sells, R. A.* (1994): i. m In: *Gillon, R.* (1994): i. m. (p. 1015)
[148]*Dossetor, J. B., Manickavel, V.* (1992): Commercialization: the buying or selling of kidneys. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.:* (1992): i. m. (p. 70–71)
[149]*Reddy, K. C.* (1992): A perspective on reality. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 159–160)
[150]*Sells, R. A.* (1994): i. m. In: *Gillon, R.* (1994): i. m. (p. 1022)
[151]*Mani, M. K.* (1992): i. m. In: *Kjellstrand, K. M., Dossetor, J. B.* (1992): i. m. (p. 166)
[152]*Veatch, R. M.* (1989): i. m. (p. 223)

[153]WHO guidance on organ transplants. In: Bulletin of Medical Ethics. No. 70. July/August 1991. (p. 10-11)
[154]Ethics and organ transplants. Bulletin of Medical Ethics. No. 101. September, 1994. (p. 5)
[155]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 70)
[156]Institute of Medical Ethics (1989): Fetal Neural Tissue Transplants. Briefings in Medical Ethics. No. 4. June, 1989. (p. ii) In: Bulletin of Medical Ethics. No 51. June, 1989.
[157]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 70)
[158]Institute of Medical Ethics: i. m. (p. ii) In:Bulletin of Medical Ethics. No 51. June, 1989
[159]Ibid.
[160]*Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 75)
[161]Ibid.
[162]Ibid. (p. 76)
[163]Institute of Medical Ethics (1989): i. m. (p. ii) In: ibid.
[164]*Nolan, Kathleen:* Genug ist genug: A fetus is not a kidney. Hastings Center Report, December 1988. Vol. 18. No. 6. (pp. 13–19) Cit: *Lamb, D.* (1990): i. m. (p. 80)
[165]*Lamb, D.* (199): i. m. (p. 83)
[166]American Medical Association (1994): Code of Medical Ethics. American Medical Association. (p. 30)
[167]*Lamb, D.* (199): i. m. (p. 102)
[168]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 209.§ (1) bek.
[169]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 209.§ (2) bek.
[170]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 209.§ (5) a) pont
[171]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 206.§ (3) bek.
[172]Ibid.
[173]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 206.§ (5) bek.
[174]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 206.§ (4) bek.
[175]18/1998 (XII.27) EüM rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre valamint -tárolásra, és egyes kórszövettani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról. 9. § (3) bek.
[176] 18/1998 (XII.27) EüM rendelet az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvénynek a szerv- és szövetátültetésre valamint -tárolásra, és egyes kórszövettani vizsgálatokra vonatkozó rendelkezései végrehajtásáról. 8. § (2) bek., és 10. § (5) bek.
[177]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 211.§ (2) bek.
[178]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 211.§ (3) bek.
[179]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 211.§ (4) bek.
[180]Magyar Orvosi Kamara (1998): Orvosetikai Statutum. (Etikai Kódex--Eljárási Szabály) 60. pont (p. 14)
[181]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 207.§ (1) bek.
[182]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 207.§ (2) bek.

14. fejezet – Az állatkísérletek és az állatokkal való bánásmód etikai kérdései

Úgy tűnik, hogy századunk utolsó harmada átmeneti szakaszt jelent az ember és élő környezete közötti viszony megértésében. A környezetszennyezés mindenütt előtérbe kerülő súlyos problémái ökológiai fordulatot eredményeztek gondolkodásunkban, megnőtt ökológiai tudatosságunk. FRANCIS BACON a XVII. században még a természet legyőzését tekintette a tudományos megismerés végső céljának[1]. E század második felére vált nyilvánvalóvá, hogy a természet leigázása olyan tökéletesen sikerült, hogy szinte annak pusztulásával fenyeget. Az is világossá vált azonban, hogy a természet nem tőlünk független, rajtunk kívül álló entitás, amelyet kizsákmányolva egyre jobban élhetünk, hanem mi magunk is a részei vagyunk, és a természet pusztításával saját magunkat pusztíthatjuk el. A régebbi dualista felfogás helyett, amely az embert és a természetet szembeállította egymással, kezd teret nyerni az ember a természet részeként felfogó organikus, ökológiai szemlélet[2]. Hasonló átmeneti fázisban vagyunk az ember és az állatok közötti kapcsolat megértésében is. A tradicionális szemlélet, amely ma is uralkodó, az embert és az állatot élesen szembeállította, és az embert mint valami különöst, mint a természet egészéből „kilógó" lényt mutatta be. Ezt még a nyelvhasználat is tükrözi, hiszen egyaránt állatnak nevezzük a földigilisztát és a csimpánzt, miközben magunkat élesen elkülönítve az összes többi élőlénytől embernek nevezzük, holott evolúciós szempontból a csimpánz sokkal közelebb áll hozzánk, mint a földigilisztához. Genetikailag az ember és a csimpánz között annyi a különbség, mint például két – az ember számára szinte megkülönböztethetetlenül hasonló – gyümölcslégyfaj között[3]. A darwini evolúciós elmélet filozófiai konzekvenciáit, miszerint az ember is az evolúció terméke, az állatokból fejlődött ki, és maga is csak egy állat, egyfajta nagyon intelligens, módosult majom, még ma sem vontuk le a gyakorlatban. A darwini elmélet és az ökológia modern szemlélete ugyanis jelentős szemléletbeli változás szükségességét sugallja az állatokkal és egyáltalán, a természettel való bánásmódunk tekintetében. A természetet és az állatokat saját céljaink érdekében puszta nyersanyagként felhasználhatónak tartó felfogás helyébe egy jóval organikusabb szemléletnek kell lépni, amely jobban tiszteli az élet nem emberi formáit is. Ez ugyanakkor egyben saját magunk védelme is, hiszen ezer szállal kötődünk a természethez és az állatokhoz – evolúciós őseinkhez –, és az ő károsításuk hosszú távon az embert is károsítja. Magunkat nem a természet fölött álló és minden más élőlénytől radikálisan különböző lénynek kell felfognunk, hanem mint a bioszféra integráns részét, amelyik sem meg nem érthető, sem meg nem menthető egyedül, radikális izolációban a többi fajtól[4].

A továbbiakban azonban nem térhetünk ki a környezetvédelmi etikának nevezett és ma rohamosan fejlődő diszciplína problémáinak részletesebb tárgyalására, hanem figyelmünket az állatokkal való bánásmód és főként az állatkísérletek etikai problémáinak a vizsgálatára szűkítjük.

AZ ÁLLATOKKAL VALÓ BÁNÁSMÓD NÉHÁNY FONTOSABB TÉNYE

Az állatokat az ember mindig is felhasználta saját céljai elérése érdekében, mára azonban ez minden eddiginél nagyobb méreteket öltött. Évente a világon mintegy 250 millió állatot használnak fel tudományos kísérletek során[5], és ennél nagyságrendekkel több állatot tenyésztenek és ölnek le étkezési célra. Mind az állatkísérletek, mind az állattenyésztés modern, iparszerű körülményei rendkívül sok szenvedést jelentenek az állatok számára. Az állatkísérletek egy jelentős része toxicitási vizsgálat, amelynek során emberi használatra szánt új kémiai anyagok toxikusságát vizsgálják állatokon. Egyik formája az ún. LD50 toxicitási teszt (50%-ban letális dózis), amellyel azt állapítják meg, hogy az illető anyag mekkora mennyisége okozza a kísérleti állatok felének pusztulását. A vizsgálat során arra kényszerítik a kísérleti állatokat, hogy egyék meg azt az anyagot, amely a vizsgálni kívánt termékben (például rúzsban, krémben, szappanban stb.) található. Ez sokszor csak gyomorszonda segítségével lehetséges, hiszen az állat az anyagot magától nem fogyasztaná el[6]. A másik gyakori toxicitási vizsgálat az ún. Draize-teszt, ez a vizsgálandó szernek a szemre gyakorolt károsító hatását méri fel. Ilyenkor a vizsgálandó anyag koncentrált oldatát cseppentik a kísérleti állat (legtöbbször nyúl) szemébe. Az állatot olyan szerkezetbe helyezik, amelyből csak a feje látszik ki, így végtagjaival nem tudja a szemét dörzsölni. Így próbálnak ki minden emberi használatra szánt anyagot (például samponokat, padlófényezőket, szempillafestékeket stb.). E próbák több hétig tarthatnak, és eredményük sokszor az állat megvakulása[7]. Dermális toxicitási vizsgálatok során az állat szőrét leborotválják, testét rögzítik, hogy ne tudja a bőrét vakarni, majd a vizsgálandó anyag koncentrált oldatát juttatják a bőrére. Inhalációs toxicitási vizsgálatok során a kísérleti állattal gázokat, sprayeket lélegeztetnek be. Majdnem minden, emberi használatra szánt anyagot alávetnek az említett toxicitási vizsgálatok valamelyikének[8]. Az állatkísérleteknek azonban számos egyéb formája is létezik. Az égés patomechanizmusát vizsgáló kísérletekben állatokat forró vízbe mártanak, lánggal megégetnek stb. Katonai kísérletek során nagy dózisú, letális vagy szubletális radioaktív sugárzásnak tesznek ki állatokat, és vizsgálják a teljesítményüket a besugárzás előtt és után[9]. Traumatológiai kísérletek során állatok csontját, koponyáját stb. eltörik az ezt követő traumás shock vagy egyéb következmények vizsgálatára[10]. Állatkísérletek során gyakran használnak az állat

számára fájdalmas elektroshockot. Előfordul, hogy az állatot kémiai vagy mechanikus úton mozgásképtelenné teszik. Különösen támadott formája ennek az, amikor úgy végeznek állatokon fájdalomcsillapítás nélkül sebészeti beavatkozásokat, hogy az állatot előzőleg izomrelaxánsokkal megbénítják[11]. Pszichológiai kísérletek során majmokat hónapokra elkülönítenek, és vizsgálják a szociális izoláció káros hatásait.

Igen sok állati szenvedést okoznak az állattenyésztés modern formái is. A hagyományos pásztorkodás kis termelékenysége miatt ma a haszonállatok nagy részét nagyipari módon, ún. állatgyárakban tenyésztik. Itt zárt térben, a mozgást szinte teljesen megakadályozva tartják az állatokat tápanyagigényük és így a tenyésztés költségeinek a csökkentése céljából. Ilyen körülmények között az állatnak nincs elég helye, hogy megforduljon, felálljon, lefeküdjön, végtagjait kinyújtsa, vagy a szőrét, tollát ápolja. A természetellenes túlzsúfoltságot kísérő megnövekedett agressziós szint csökkentése érdekében az állatokat sokszor félhomályban tartják, az egymás megsebzésére alkalmas vagy gyakran megsebződő szerveiket gyakran érzéstelenítés nélkül amputálják (például csirkék csőrének egy részét levágják, disznók farkát amputálják stb.)[12]. A modern „csirkegyárakban", ahol egy ember 60–75 ezer csirkét gondoz, nincs idő a beteg állatok észrevételére, legfeljebb az elpusztultak eltávolítására. A csirkék dróthálós ketrecekben állnak, két csirke jut egy papírlapnyi területre, mozogni nem tudnak, a dróthálós ketrec miatt körmük nem kopik, így sokszor teljesen „körülnövi" a dróthálót, szinte „összenőnek" ketrecükkel, ami teljesen mozgásképtelenné teheti őket[13]. A csirkék levágásuk előtt 30 órával már nem kapnak enni, hiszen ez már nem lenne gazdaságos. Borjakat vashiányos táplálékon nevelnek fel, mert a hús így lesz csak kívánatos halványrózsaszín. Eközben az állat vas iránti „éhsége" olyan nagy lesz, hogy megfordulna, és saját vastartalmú vizeletét nyalná fel (ezt borjú normálisan soha nem teszi), ha ebben nem akadályoznák meg a megfordulását lehetetlenné tevő rácsok[14]. Sok vágóhídon az állatok egy részét pöröllyel ütik agyon egyetlen csapással. Az ütés azonban nem mindig talál célba, és először az állat szemét üti ki, vagy orrát roncsolja össze[15]. A példákat még hosszan lehetne sorolni, de az eddigiek is világossá teszik a modern, nagyipari állattenyésztés alapvető etikai problémáját. A tenyésztés célja ugyanis a takarmány minél hatékonyabb átalakítása állati hússá, tejjé, tojássá. Ezért azt a módszert használják, amelyik ezt a leghatékonyabban biztosítja, tekintet nélkül az ezt kísérő állati szenvedésre. Ezért a modern állatgyárak hihetetlen mennyiségű szenvedés forrásai az állatok számára. Nem igaz az a gyakran hangoztatott tétel, hogy a modern állattenyésztés azért nem lehet kegyetlen, mert az állatok jó körülmények között fejlődnek a legjobban, így a tenyésztőnek is érdeke a jó körülmények fenntartása. Valójában a tenyésztőnek akkor nő a haszna, ha egy adott területen minél több állatot nevel fel, még akkor is, ha eközben nő az állatok szenvedése és halálozása[16]. Azt is mondhatjuk, hogy

a modern állatgyárak az állatot egyfajta hús-, tojás-, tej- stb. termelő gépként kezelik, amely „gép" a takarmányt hússá, tejjé, tojássá alakítja át. Eközben elterelődik a figyelem arról, hogy az állat nem gép, hanem fájdalomra, szenvedésre képes élőlény, és az ily módon megtermelt élelmiszerek az állatok komoly szenvedései árán jutnak el hozzánk[17].

Erkölcsileg indokolható-e az állatokkal való bánásmód mai gyakorlata? Ennek megértéséhez röviden át kell tekintenünk az állatok erkölcsi helyzetével kapcsolatos gondolkodás történetét.

AZ ÁLLATOK ERKÖLCSI STÁTUSÁRÓL VALÓ GONDOLKODÁS TÖRTÉNETE

Az Ószövetség szerint Isten az embert saját képére és hasonlatosságára teremtette[18], ezért az embernek kitüntetett helyzete van a földön, hiszen az összes élőlény közül egyedül ő hasonlít Istenre. Így az ember a teremtés csúcspontja, és az összes állatot és növényt szabadon elfogyaszthatja[19].

Az ókori Görögországban ARISZTOTELÉSZ már nem húz olyan éles határt az ember és az állat közé, mint az Ószövetség. Szerinte az ember is állat, de racionális állat. ARISZTOTELÉSZNÉL a valóság hierarchikus tagozódású, amelyben az alacsonyabb rendű dolgok a magasabbrendűekért vannak. Ily módon a növények az állatok kedvéért, az állatok pedig az emberért léteznek, és a természet a növényeket és az állatokat az ember használatára hozta létre[20].

Az állatok megítélésének kérdésében a kereszténység egyesítette a zsidó és az arisztotelészi szemléletet. A zsidó hagyományból vette át az emberi faj egyediségének, a többi fajtól való radikális különbözőségének a gondolatát, ARISZTOTELÉSZTŐL az emberre egyedül jellemző racionális lélek jelentőségének hangsúlyozását. A kereszténység terjesztette el a Római Birodalomban az emberi élet szentségének az elvét. Több olyan korabeli keleti vallás volt, amely minden élet szentségének az elvét hirdette, beleértve a növényi és az állati életet is. Más kultúrák (például a pogány rómaiak) viszont még az emberi élet szentségének az elvét sem ismerték el. Olyan felfogások is léteztek, amelyek csak bizonyos népek, embercsoportok élete szentségének elvét fogadták el. Mindezekhez képest a zsidó-keresztény hagyomány elsőként hirdette, hogy minden ember élete szent, de csak az emberi élet szent[21]. Az állatok vonatkozásában azonban a kereszténység elfogadta az arisztotelészi álláspontot: az állatokat az ember felhasználhatja saját céljai érdekében. Ez magyarázza azt, hogy amikor a kereszténység az ókori Rómában államvallássá lett, gyorsan megszüntette az addig nagy népszerűségnek örvendő gladiátori viadalokat, hiszen nézete szerint a győztes gladiátor vétett az emberi élet szentségének elve ellen, közönséges gyilkos volt. Ugyanakkor az állatviadalok továbbra is folytatód-

hattak, hiszen az állatok életének a keresztények nem tulajdonítottak különösebb értéket. Ennek nyomai fellelhetők még ma is a Spanyolországban, Dél-Amerikában máig létező bikaviadalokban[22].

Az állatokról való keresztény gondolkodást tovább finomította AQUINÓI TAMÁS véleménye, aki szerint ugyan állatokkal szemben nem lehet bűnt elkövetni, de azért mégsem szabad velük kegyetlenkedni, mert ez hajlamossá tehet az emberekkel szembeni kegyetlenkedésre is[23]. Szellemében ehhez hasonló KANT álláspontja, aki állatokkal szemben csak közvetett, indirekt kötelességeket ismer el. Eszerint tehát nem szabad megölnünk egy kutyát, ha az például valakinek a kedvenc háziállata, de a kötelességünk itt szerinte nem a kutyával, hanem a kutya gazdájával szemben áll fenn. KANT szerint az állatokkal szemben csak annyiban vannak kötelességeink, amennyiben az emberi érdekeket befolyásol (ezért indirekt kötelességek ezek), de az állattal magával szemben, az állat érdekében nincsenek kötelességeink. Egy mai hasonlattal élve az állatokkal szembeni indirekt kötelességünk hasonlatos egy művészi alkotás megóvásának kötelességéhez. Az a kötelességünk, hogy például ne törjük össze MICHELANGELO Dávidját, és a szobrot épen, sérülés nélkül őrizzük meg az utókornak, nyilvánvalóan nem a szoborral szembeni kötelességünk, hiszen az csak egy kődarab, és így nincsenek érdekei, hanem más emberekkel szembeni, akiket nem szabad megfosztanunk az eredeti szobor nyújtotta művészi élmény lehetőségétől[24]. DESCARTES az ember és az állatok közötti különbség túlhangsúlyozásának extrém formájáig jutott el. Filozófiájában amellett érvelt, hogy az ember két külön szubsztanciát egyesít magában. Egyrészt a res extensát (a kiterjedt dolgot, vagyis az anyagot), másrészt a res cogitanst (a gondolkodó dolgot, vagyis a lelket). Ez a két szubsztancia azonban az élőlények közül csak az emberben van együtt jelen. Az állatok csak anyagból épülnek fel, ezért voltaképpen puszta gépek, automaták, és ezért – DESCARTES szerint – nem is érzőképesek! Az ennek ellentmondani látszó tapasztalatot (például, hogy egy kínlódó kutya vonyít) e felfogás úgy magyarázta, hogy ez olyan, mint amikor például egy berozsdásodott mechanikai szerkezet nyikorog. A nyikorgás a gép működésének valamilyen zavarát jelzi, de természetesen nem jelenti azt, hogy az illető szerkezet szenvedne. DESCARTES elmélete megoldást kínált egy megoldhatatlannak látszó teológiai problémára is. A problémafelvetés szerint ugyanis egy igazságos és végtelen hatalmú Isten nem teremthet olyan érző lényeket, akik értelmetlen szenvedésre kényszerülnek. Ezt viszont megcáfolni látszott az állati szenvedés kétségtelen ténye. Az emberi szenvedés a hagyományos teológiai keretben megmagyarázhatónak tűnt, hiszen azt az eredendő bűn (Ádám bűnbeesése) büntetéseként magyarázták. Úgy látták továbbá, hogy a szenvedés az ember morális tökéletesedését is szolgálhatja, és az arra érdemesek a mennyországba kerülve végül is elnyerik szenvedéseikért a jutalmat, kárpótlást nyernek földi megpróbáltatásaikért. Ez az indoklás azonban nem volt alkalmazható az állati szenvedés magyarázatára, hiszen az állatok nem Ádám leszármazottjai,

így esetükben nincs eredendő bűn, morális tökéletesedésre sem képesek, és a mennyországba sem kerülhetnek, így nem részesülhetnek kárpótlásban evilági szenvedéseikért. Akkor miért szenvednek mégis? Erre kínált DESCARTES teóriája magyarázatot, miszerint az állati szenvedés puszta látszat, és nem több, mint egy olajozatlan kerék csikorgása[25].

JEREMY BENTHAM angol filozófus volt az első, aki a XVIII. században radikálisan kritizálta az állati szenvedéssel kapcsolatos tradicionális felfogást. Az emberek állatok fölötti uralmát egyszerűen a zsarnokság egy formájának tekintette. Szerinte a legalapvetőbb etikai parancs minden lény érdekeinek egyenlő figyelembevétele. Egy lénynek érdekei akkor lehetnek, ha érzőképes, és érdekei érzőképességének mértéke szerint veendők figyelembe. A szenvedésre való képesség tehát a döntő annak megítélésében, hogy egy lény érdekeit figyelembe kell-e venni. BENTHAM híres szavaival: a kérdés nem az, hogy az állatok tudnak-e érvelni, vagy tudnak-e beszélni, hanem az: tudnak-e szenvedni[26].

A MA URALKODÓ ÁLLÁSPONT

DESCARTES kissé bizarr elméletét, amely szerint az állatok nem lennének képesek fájdalomérzésre, ma már senki nem fogadja el, ez a nézet még DESCARTES kortársai körében is kisebbségi véleménynek számított. A descartesi felfogás azonban – módosított formában – a mai napig tovább él. DESCARTES alapvető mondanivalója ugyanis az volt, hogy az ember és az állat között radikális különbség van. Míg ugyanis az állat pusztán egyfajta bonyolult mechanikai szerkezet, amelynek nincs semmiféle döntési szabadsága, mert viselkedése szigorúan determinált, és szerveinek működéséből egyértelműen következik, akár egy gépé, addig az emberben lévő gondolkodó szubsztancia lehetővé teszi az emberi akarat szabad-ságát. Eszerint tehát az ember (és főképp az emberi viselkedés) nem olyan mértékben determinált szervei működése által, mint az állati. Ez a felfogás azután széles körben elfogadottá lett, és ma is uralja a jelenkori társadalomtudományokat. A mai szociológiai, antropológiai stb. szakirodalomban például egyfajta tabu társadalmi viselkedéseket öröklött viselkedési diszpozíciókkal, veleszületett tulajdonságokkal magyarázni. Egy viselkedési jellemző magyarázataként vagy annak a kultúra, szubkultúra általi meghatározottságát, vagy az egyének szabad döntését szokták megjelölni. Ha egy magatartásforma magyarázataként valamilyen kulturális determináló tényezőre utalnak, ezt általában könnyen elfogadják, még akkor is, ha a magyarázat általános és homályos, egy magatartás veleszületett diszpozíciókkal való magyarázása viszont sokszor a legalaposabb bizonyítás ellenére is komoly ellenállást vált ki, és könnyen fasisztának minősülhet.

Furcsa módon – a descartes-i hagyományoknak megfelelően – az állati viselkedés magyarázatában éppen fordított a helyzet. Itt az a magyarázat számít tabunak,

amelyik az állat részéről valamiféle szabad döntést, választást, mérlegelést feltételez, az ilyen magyarázatokat többnyire mint antropomorfizmust utasítják el, s igyekeznek puszta mechanikus ösztönök, veleszületett programok segítségével értelmezni az állati viselkedést[27]. Végső soron tehát az állati viselkedést mechanikusnak, genetikailag többé-kevésbé teljesen determináltnak, az emberi viselkedést pedig tudatos, szabad, a genetikai determináció által nem meghatározottnak írják le, éles választóvonalat húzva így az ember és az állat közé. Ezt gyakran úgy is ki szoktak fejezni, hogy míg az állati viselkedés nagyrészt vagy teljesen ösztönök által irányított, addig az ember születésekor „tiszta lap", „tabula rasa", és természetét teljes egészében a környezeti hatások alakítják ki. Eszerint tehát az ember ösztönök, viselkedési diszpozíciók nélkül születik, ezért viselkedése teljesen a kultúrájának, az őt körülvevő társadalomnak a terméke. Ezt a felfogást sokan szükségesnek érzik az emberi szabadság megalapozásához, hiszen – mondják – ha az emberi viselkedés genetikailag determinált lenne, szabadságunk puszta illúziónak bizonyulna. Mindez egyfajta antropológiai optimizmust is sugall, hiszen e felfogás szerint az emberi viselkedés negatív elemei nem az ember természetéből erednek, hiszen emberi természet mint olyan nem is létezik, hanem a társadalom rossz felépítéséből, így a társadalom megjavításával az emberi viselkedés elfogadhatatlan elemei is kiküszöbölhetők. A francia felvilágosodás idején terjedt el ez a felfogás, és azóta széles körben népszerű. Az ember ilyen módon való felmagasztalása és a természeti determinációtól való eloldozása egyszersmind összekapcsolódik az állati természet sötét, elfogadhatatlan jellegének túlhangsúlyozásával. A tradicionális felfogás szerint az ember viselkedése ésszerű, rendezett és kiszámítható. Ezzel szemben az állati viselkedés kaotikus, kiszámíthatatlan, az állat „mindenre képes". Nem véletlen, hogy az „emberséges" szó ellentéte, az „embertelen" valami állatira utal. A legtöbb nyelvben létező „brutális", „állatias", „bestiális" stb. kifejezések szintén az emberi viselkedés ellenpólusaként szerepelnek[28]. Az állatok természetének ilyen módon való felfogása egyben a lelkiismeret megnyugtatását is szolgálja, hiszen a kegyetlennek feltüntetett állatokkal könnyebb kegyetlenül bánni.

Bár a leírt álláspont ma igen elterjedt, sőt úgyszólván a társadalomtudományi gondolkodás uralkodó paradigmáját jelenti, mégis, a DARWIN előtti természetfelfogás alapján áll. DARWIN ugyanis alapvetően megváltoztatta gondolkodásunkat az ember és az állat viszonyáról. A darwini elmélet filozófiai konzekvenciáit azonban mind a mai napig nem vontuk le teljesen, és ennek eredményei nem itatják át a mindennapi gondolkodást.

A DARWINI TERMÉSZETFELFOGÁS FILOZÓFIAI JELENTŐSÉGE

A tradicionális erkölcsi felfogás lényegét, amely kb. 2000 éve uralja az európai gondolkodást, és amely a mai napig egyeduralkodó, az emberi méltóság fogal-

mával lehetne kifejezni. Eszerint az emberi faj morális tekintetben az összes többi faj között különleges helyzetben van. Az emberi élet abszolút érték, szent, ami azt jelenti, hogy ártatlan emberi életet soha, semmilyen körülmények között nem szabad kioltani. Ezért elfogadhatatlan például az élet elvétele még az érintett beleegyezésével is (például önkéntes eutanázia vagy öngyilkosság esetén is). Az emberi élethez képest viszont az állati élet bármilyen formája viszonylag csekély értékű. Így az erkölcs célja az emberi érdekek és jogok védelme, és ez akár az állatok feláldozása árán is megvalósítható. Eme nézet vallási megalapozása szerint az ember különleges erkölcsi státusát az indokolja, hogy az ember az egyetlen lény, amelyet Isten a saját képére és hasonlatosságára teremtett. A nézet világi alátámasztását pedig ARISZTOTELÉSZ adta meg: az embert azért illeti meg a különleges erkölcsi védelem, mert ő az egyetlen racionális állat a földön[29]. A hagyományos nézet tehát az ember és az állat között áthidalhatatlan szakadékot lát, olyan döntő különbséget, amelyik indokolja az emberek és az állatok közötti radikális erkölcsi különbségtételt.

A darwini elmélet azonban ezen a téren jelentős változást hozott, hiszen alapvető mondanivalója éppen az, hogy az ember nincs különleges helyzetben az élőlények között. Az embert ugyanúgy az evolúció vak erői hozták létre, mint az állatokat, az ember az állatokból fejlődött ki, és maga is állat. Ily módon az ember és az állat közötti különbség nem olyan éles, mint azt korábban feltételezték. DARWIN nem győzi hangsúlyozni, hogy az evolúció törvényei nemcsak az emberi test kifejlődését határozták meg, hanem szellemi, viselkedésbeli, pszichikai jellem-zőink is alapvetően az evolúció termékei, ilyen értelemben is hasonlítunk állati őseinkre. Természetünkben, testi és szellemi tulajdonságainkban ma is megtalál-hatók az állatokkal való rokonság nyomai. Ezért nincs alapvető és elvi különbség az ember és az állat között sem testi, sem lelki működés tekintetében. A kétség-telenül meglévő különbségek inkább csak fokozatiak. A magasabb rendű állatok (például emlősök, emberszabású majmok) azonban éppúgy átélnek fájdalmat, félelmet, gyanakvást, büszkeséget, féltékenységet stb., mint az emberek. Ők is szeretik a kicsinyeiket, kíváncsiak, csodálkozni képesek, lehetnek önelégültek, büszkék stb., és ez érthető, ha figyelembe vesszük, hogy belőlük fejlődtünk ki, így evolúciós értelemben rokonai vagyunk egymásnak[30]. A darwini emberfelfogás szerint az állat és az ember közötti különbségek jórészt fokozatiak. Így nem mondhatjuk például, hogy az ember az egyetlen racionális állat, hanem csak azt: az ember racionálisabb, mint a többi állat. A racionalitásnak tehát fokozatai vannak, lehet belőle több vagy kevesebb, és nem arról van szó, mint ahogyan azt ARISZTOTELÉSZ feltételezte, hogy az emberek teljesen racionálisak, az állatok pedig egyáltalán nem azok[31]. Hasonlóképpen a többi, csak emberre jellemzőnek tartott tulajdonság (nyelvhasználat, szociális, morális érzék stb.) kivétel nélkül fellelhető az állatokban, csak természetesen alacsonyabb szinten, mint az emberekben. Az állatok például kétségtelenül nem

képesek verbális kommunikációra, de kommunikálni nemcsak szavakkal lehet, és az állatok nem szavakkal való kommunikációja igen változatos és fejlett. Hasonlóképpen az állatok nem tudnak betartani morális szabályokat, de a szociális érzék, a kicsinyek, a falkatársak stb. iránti altruizmus és szolidaritás a modern etológia által gazdagon bizonyított jelenségek. Itt azonban a már említett fontos ellenérvvel kell szembenéznünk. Nagyon gyakori ugyanis az az ellenvetés, hogy az állati viselkedés racionálisnak, önfeláldozónak stb. tűnő jegyei valójában alapvetően különböznek az ember ilyen jellegű viselkedésétől, mert míg az emberi viselkedés tudatos és szabad döntésből származik, addig az állati egyszerűen ösztönből. A racionalitás ugyanis tágabb értelemben a környezet váratlan ingereihez való értelmes alkalmazkodás képességét jelenti. Viszont éppen ez az, ami az alacsonyabb rendű állatokból hiányzik, ezért az állatok racionálisnak, erkölcsösnek stb. látszó viselkedése valójában pszeudoracionalitás és pszeudoerkölcsösség, és mögöttük pusztán ösztönök állnak. Számos kísérlet látszik bizonyítani ezt. Gyakran idézett példa a méhek tánca, amellyel az élelmet találó méh visszarepülve a kaptárba jelezni tudja társainak a táplálék mennyiségét, irányát és távolságát. Az ésszerűnek látszó viselkedés ésszerűségére azonban rácáfol, ha kísérletileg ingerelni kezdjük a kaptárba hazatérő méh csápjait. Ilyenkor ugyanis az ingerlés hatására akkor is elkezdi táncát, ha egyetlen más méh sincs a közelében[32].

A méhek tánca így az ösztönös viselkedés jó példája, ahol a viselkedés a legapróbb részletekig „be van programozva", és így nem tud értelmesen alkalmazkodni a környezet változásához. Ezt – LORENZ nyomán – zárt ösztönkörnek nevezik, és ilyen értelemben az embernek valóban nincsenek ösztönei. Az ösztönök egy másik formáját is meg lehet azonban különböztetni, amelyet nyílt ösztönkörnek neveznek. Miközben zárt ösztönkör esetén az állat szükséglete és a szükségletek kielégítésének módja egyaránt genetikailag meghatározott, addig nyílt ösztönkör esetén csak a szükséglet genetikailag meghatározott, de kielégítésének módja nem, abban a tanulás, a környezeti hatások nagy szerepet játszanak. A nyílt ösztönkör tehát nem minden részletében szabályozott viselkedést, hanem bizonyos viselkedésekre való diszpozíciót jelent. Mikor tehát úgy érvelnek, hogy az evolúciós ranglétrán felfelé haladva egyre csökken az ösztönök és egyre nő az intelligencia, a racionalitás szerepe, és végül az ember viselkedését már csak a racionalitás határozza meg, ösztön egyáltalán nem, akkor ez csak az ösztön „zárt ösztönkör" értelmében való felfogására igaz. Ha viszont az ösztön szót bizonyos viselkedésre való diszpozíció, hajlam értelemben használjuk, akkor ösztönei az embernek is vannak, amelyek csak a vágyainkat, viselkedésünk végső céljait határozzák meg, míg a cél elérésének eszközeit az ész, az intelligencia keresi meg. Ily módon az emberben a racionalitás nem helyettesíti az ösztönt, csak kiegészíti azt.[33] Itt viszont – DARWIN szerint – a magasabb rendű emlősök és az ember között csak fokozati különbség van, hiszen például az emberszabású majmok viselkedése is racionális,

csak kevésbé az, mint az emberé. Elvileg azonban még az sem szükségszerű, hogy a zárt és a nyílt ösztönkör között alapvető elvi különbséget tételezzünk fel. Ennek illusztrálására nézzük RACHELS magyarázatát egy darázsfaj viselkedése kapcsán. Ez a darázsfaj (a Sphex) egy előzőleg megbénított, de élő tücsköt egy üregbe cipel, mellé rakja a petéit, majd az üreg nyílását betapasztva elrepül, a megbénított tücsköt táplálékul otthagyva a petékből kikelő lárváknak. A tücsök üregbe cipelésének fontos mozzanata, hogy amikor a darázs a megbénított tücsökkel az üreg bejáratához ér, leteszi, bemegy az üregbe azt megvizsgálni, majd kijön a tücsökért, és becipeli az üregbe. Ha azonban a kísérletező az üreg bejáratánál hagyott tücsköt egy kissé messzebbre teszi, akkor az üregből felbukkanó darázs azt ismét csak a bejáratig húzza, majd újra bemegy a már egyszer megvizsgált üregbe még egyszer megvizsgálni azt. Ha eközben a tücsköt a kísérletező megint távolabb húzza, akkor a jelenség újból és újból megismétlődik. Mindez nyilvánvalóvá teszi, hogy itt ösztönös és nem értelmes reakcióról van szó. A számítástechnikából vett kifejezéssel élve a darázs viselkedése egy néhány alprogramból álló programként írható le. Az egyes alprogramok egy-egy inger hatására kezdenek „futni". Például „A megbénított tücsök az üregtől távolabb van" inger beindítja a „Húzd a tücsköt az üreg bejáratáig!" alprogramot. „A tücsök az üreg bejáratánál van" inger beindítja a „Menj be az üregbe, és vizsgáld meg azt!" alprogramot stb. Mivel az állat viselkedését az adott helyzetben csak néhány alprogram irányítja, ezért könnyű kimutatni nem értelmes jellegét. De vajon valóban olyan nagy, elvi különbség van az ilyen ösztönös reakciók és az értelmes, belátásos viselkedés között? Nem írható le a racionális viselkedés mint egy jóval több alprogramot tartalmazó, flexibilisebb ösztönös viselkedés? A program bővítésével ugyanis a darázs viselkedése elvileg ésszerűbbé lenne tehető. Ha például kiegészítenénk a programot egy új alprogrammal („Az üreget elég csak egyszer megvizsgálnod!"), akkor a darázs viselkedése egy kicsit értelmesebbnek tűnne. Minél több alprogramot iktatnánk be, annál több váratlan körülményt tudna az állat viselkedése figyelembe venni, vagyis annál okosabbnak látszana. Nem zárható ki, hogy az emlősök értelmes viselkedése, illetve magának az embernek a racionális viselkedése is ugyanazon az alapelven működik, mint a darázsé, csak a „beépített" programok száma jóval nagyobb. Az emberi agyba beépíthető programok száma azonban szintén véges, hiszen az emberi agy véges kiterjedésű szerv, ezért nyilvánvaló, hogy bár az ember a darázsnál összehasonlíthatatlanul nagyobb viselkedési repertoárral rendelkezik, de nem végtelenül nagy viselkedési repertoárral. Vannak helyzetek, amikor már az ember sem tud értelmesen alkalmazkodni, ez jelentheti az emberi racionalitás korlátját. Mindez természetesen nem azt jelenti, hogy ne lenne különbség az ösztönös és az értelmes viselkedés között, hanem csak azt: még az ember racionális viselkedése is elvileg leírható ugyanazokkal az elvekkel, mint a darázs ösztönös viselkedése, így elvben nem szükségszerű, hogy a kétféle viselkedés között alapvető különbség legyen[34].

Az antropomorfizálás veszélye mindig megvan, amikor a kutatók az állati viselkedést leírják, illetve értelmezik. Nem kisebb veszély azonban az sem, hogy az állati viselkedést gyökeresen eltérő elvek alapján értelmezik, mint az emberit. Ennek példája az, amikor az állatot (még az emberszabású majmokat is) egyfajta választásra képtelen, beprogramozott automatának tekintik, az embert pedig az ilyen programoktól teljesen mentes, szabad akarattal rendelkező lénynek. A valóságban a különbség valószínűleg nem ennyire éles, nem annyira minőségi, mint inkább fokozati. A darwini elmélet fényében, amely az állat és az ember közötti evolúciós folytonosságot hangsúlyozza, valószínű, hogy az emberi mentális jellemzőknek megvannak az állati előképei, és így az állati viselkedés leírása az emberi viselkedés leírására kifejlesztett fogalmakkal elvileg nem hibás, noha a gyakorlatban kellő körültekintést igényel[35].

Ha azonban a darwini elméletet filozófiailag komolyan vesszük, akkor ez lényeges következményekkel jár. Ha az állatok oly sok tekintetben hasonlóak hozzánk, akkor hasonlóan is kell bánni velük, és nem indokolható többé az állatokat morálisan figyelembe nem vevő álláspont. Az utolsó 20 év bioetikai szakirodalmában az állatok védelmét alátámasztó elméletek két nagy csoportját különíthetjük el. Az egyik csoportot (animal welfarist) utilitarista felfogás jellemzi, amely az állatok érdekeinek az emberével azonos súlyú figyelembevételét morális kötelességnek tekinti. Legnagyobb hatású képviselője PETER SINGER ausztrál filozófus. A másik csoport (animal rightist) deontológiai álláspontot fogad el, és az előbbinél radikálisabb, mert egyenesen az állatok jogairól beszél. E felfogás első kidolgozója TOM REGAN.

PETER SINGER FELFOGÁSA: AZ ANTISZPÉCIESZIZMUS

SINGER utilitarista elméletének kiindulópontja az emberi egyenlőség fogalmának vizsgálata. Mit jelent az, hogy minden ember egyenlő? Biztosan nem jelenti egy tény leírását, hiszen az emberek sem biológiailag nem egyenlők (az egyik egészséges, a másik beteg, az egyik magas, a másik alacsony stb.), sem társadalmilag. Így az emberi egyenlőség inkább előírás, mint leírás, és voltaképpeni jelentése: minden ember érdekeit egyformán figyelembe kell vennünk döntéseink során. Ez az elv az utilitarista erkölcstan legalapvetőbb elve. Az érdekek egyenlő figyelembevételének az elve természetesen nem jelent egyenlő bánásmódot. Ha például egy földrengésnél egy embernek súlyosan összeroncsolódik a lába, egy másik pedig csak könnyű sérülést szenved, és nálam csak két adag morfin van, akkor – ha egy adag morfin nem elég a súlyos sérültnek – az egyenlőség elve azt követeli, hogy a második adag morfint is ő kapja. Az egyenlőség elve tehát az összes érintett ember érdekeinek pártatlan és egyenlő figyelembevételét jelenti, azt, hogy egyik ember java sem fontosabb, mint a másiké[36].

De miért csak az emberek érdekeit kell figyelembe venni? Hiszen az állatok egy jelentős része szintén képes fájdalomérzésre, így érdekeik is vannak, jelesül érdekük a fájdalom elkerülése. Éppen ezért SINGER követi az utilitarizmus első klasszikusának, JEREMY BENTHAMNEK gondolatmenetét, miszerint nemcsak minden ember, de minden érző lény érdekeinek egyenlő és pártatlan figyelembevétele az, amit az erkölcs megkövetel. Ma azonban az emberek túlnyomó többsége nem így gondolkodik. Úgy gondolják, hogy ha az állatok érdekeit figyelembe is kell venni, de semmiképpen sem ugyanolyan súllyal, mint egy emberét. Ha például választhatunk, hogy egy fájdalmas és veszélyes kísérletet egy állaton vagy egy retardált csecsemőn végezzünk-e el, legtöbben úgy gondolják, hogy ilyen kísérlet a csecsemőn erkölcstelen lenne, az állaton azonban elfogadható. Ez azonban SINGER szerint fajunk iránti elfogultság, és ezt az előítéletet SINGER szpécieszizmusnak nevezi. A fogalom magyarra lefordítva fajelméletet jelent, és azt a nézetet jelöli, miszerint egy ember érdekei mindig előbbrevalók, mint bármelyik állat érdeke, csak és kizárólag azért, mert ember. Általánosan megfogalmazva a szpécieszizmus az az előítélet, amely szerint saját fajunk érdekeit előnyben kell részesítenünk más fajok érdekeivel szemben[37]. Ez az „igazi" fajelmélet, hiszen egy faj érdekét fontosabbnak tartjuk, mint egy másik fajét. A szpécieszizmus logikájában pontos megfelelője a rasszizmusának (a rasszisták előnyben részesítik a saját rasszukhoz tartozót), illetve a szexizmusának (a szexisták előnyben részesítik a saját nemükhöz tartozót). (Meg kell jegyeznünk, hogy magyarul – tévesen – a rasszizmust szokták fajelméletnek fordítani. Ez azonban hibás, a helyes fordítás a fajtaelmélet lenne, hiszen az összes ember – bármilyen bőrszínű legyen is – egyetlen fajba tartozik. Az igazi fajelmélet a szpécieszizmus, amely szerint az emberi érdekeknek mindig elsőbbséget kell élvezniük az állati érdekekkel szemben, pusztán azért, mert ezek emberi érdekek.)

A tradicionális erkölcsi felfogás szpécieszista, és indokolhatónak tartja, mint láttuk, hogy például nyulak szemébe padlófényezőt cseppentsenek egy toxicitási vizsgálat keretein belül (Draize-teszt). Emberen azért tartják ezt elfogadhatatlannak, mert az ember racionális lény, és jobban tud szenvedni, mint egy nyúl. Így van-e ez azonban? Egy súlyosan értelmi fogyatékos 6 hónapos csecsemő például semmilyen tekintetben nem érzőképesebb, mint egy nyúl, mégsem tartja senki elfogadhatónak, hogy az ő szemébe padlófényezőt cseppentsenek. Azért tartanánk egy ilyen kísérletet erkölcstelennek, mert ez a fogyatékos csecsemő számára súlyos fájdalommal járna, esetleg a megvakulását eredményezné, és a vakság nehezítené további életét. Ugyanez azonban elmondható a nyúlról is! Ő éppúgy szenved a kísérlet során, mint a csecsemő, és az ő életét éppúgy nehezíti az esetleges vakság, mint az értelmi fogyatékosét[38]. SINGER természetesen nem azt akarja mondani, hogy értelmi fogyatékosokat helyes lenne ilyen kísérletekre használni, hanem azt, hogy állatokat se lehessen felhasználni! Álláspontja szerint,

ami ilyen esetben számít, az az érzőképesség foka. Ha két különböző fajba tartozó lény érző- és szenvedőképessége egy adott vonatkozásban azonos, akkor az a helyes, ha érdekeiket egyformán figyelembe vesszük, és nem tesszük ki őket feleslegesen fájdalomnak, szenvedésnek. Ha valaki azt mondaná, hogy a nyulat – bár ugyanúgy szenvedőképes, mint egy súlyosan értelmi fogyatékos csecsemő – azért lehet ilyen kísérletekhez felhasználni, mert nyúl, és a csecsemőt csak és kizárólag azért nem, mert ember, akkor ez szpécieszizmus, és erkölcsileg alig különbözik a rasszista érveléstől. (Ilyen érvelés volt az, hogy a fekete bőrűek rabszolgasága azért engedhető meg, mert ők fekete bőrűek.) A szpécieszista tehát hajlandó fájdalmat okozni állatoknak olyan okból, amelyből embereknek ugyanakkora fájdalmat nem okozna[39]. A szpécieszizmus és a rasszizmus logikája a gyakorlatban is hasonlít. Nem véletlen, hogy a nácik a II. világháborúban a saját ideológiájuk által alacsonyabb rendűnek tartott etnikumokhoz tartozókon kísérleteztek. De általában is megfigyelhető, hogy a kutatók elfogultak saját rasszuk, nemük, társadalmi helyzetük iránt, mert az etikátlan kísérleteket még demokratikus országokban is legtöbbször feketéken, nőkön, szegényeken stb. végezték[40].

A szpécieszista logika tarthatatlanságát jól megvilágíthatjuk a következő képzeletbeli példával. Tegyük fel, hogy létezne egy biológiailag hozzánk hasonló, de nálunk jóval intelligensebb földön kívüli civilizáció, nevezzük őket az egyszerűség kedvéért marslakóknak. A marslakók, felfedezvén, hogy szervezetünk hasonlít az övékéhez, olyan fájdalmas kísérleteket kezdenének végezni rajtunk, amelyeket egy marslakón sohasem végeznének, mondván, hogy egy marslakó érdeke jobban számít, mint a földi embereké, mert a marslakók intelligensebbek, mint mi. Jogosan éreznénk egy ilyen eljárást erkölcstelennek, hiszen – noha kevésbé volnánk intelligensek, mint a marslakók –, szenvedni ugyanúgy tudnánk, mint ők, és jogunk lenne arra hivatkozni, hogy szenvedőképességünk igenis feljogosít bennünket arra, hogy súlyos szenvedést okozó és nem a mi érdekünkben álló kísérleteket rajtunk ne végezzenek. EINSTEIN nyilván sokkal okosabb volt egy átlagembernél, ebből azonban nem következik, hogy egy átlagembernek kevesebb joga van, mint neki, illetve rajta több kísérletet lehet elvégezni, mint EINSTEINEN. Ha egy fajon belül a racionalitás foka nem befolyásolja a jogokat, akkor miért befolyásolja fajok között[41]?

A pszichológia híres és nagy hatású kísérletei közé tartoztak a szociális deprivváció hatásait vizsgáló Harlow-féle kísérletek. A kísérlet során rhesus majmokat születésük után néhány órával rozsdamentes acélból készült kamrába helyeztek, és a külvilágtól teljesen elszigetelve, magányosan tartották őket 18 hónapon keresztül. Az ilyen módon felnevelt nőstény majmokat mesterségesen megtermékenyítették, majd vizsgálták, hogyan viselkedik a teljes szociális izolációban felnevelt majomanya a kölykével. Az eredmények fényesen bizonyították a szociális izoláció romboló hatását. Az ilyen módon felnevelt anyák igazi „szörnyanyákká" lettek.

Újszülöttjeik koponyáját fogaikkal összeroppantották, vagy az újszülött kismajom fejét a földhöz csapkodva ölték meg őket. A Harlow-féle kísérletek a tudományban sokat idézett, nagy jelentőségű kísérletek, 30 év alatt különböző változatokban kb. 7000 majmon végeztek ilyen kísérleteket. A kísérlet jelentősége az, hogy megvilágítja bizonyos emberi pszichopatológiai folyamatok okait és mechanizmusát. Bizonyítja például a korai anya–gyermek kapcsolat fontosságát, a szociális tanulás jelentőségét a pszichés fejlődésben stb. Maguk a kísérletezők is hangsúlyozták, hogy kísérleti eredményeik azért általánosíthatók emberre, mert nagyon nagy hasonlóság van az újszülött kismajom és az emberi újszülött között. Kiemelték, hogy az újszülött majom normális fejlődéséhez ugyanolyan fontos a jó anya–gyermek kapcsolat, mint az emberi újszülött számára. Hangsúlyozták, milyen csekély különbség van a kismajmok és az emberi újszülöttek között érzelmi és intellektuális szükségleteiket illetően. Éppen e hasonlóságok miatt lehetett a Harlow-féle kísérletek eredményeiből érvényes következtetéseket levonni az emberi anya–gyermek kapcsolat fontosságát illetően. Az etikai dilemma azonban az, hogy ha pszichológiailag ennyire hasonlít a kismajom az emberre, akkor, ha csecsemőkön ilyen kísérleteket etikátlan lenne elvégezni, miért nem etikátlan elvégezni kismajmokon[42]? Ha csecsemőkön az ilyen kísérleteket (joggal) etikátlannak tartjuk, a hozzájuk nagyon hasonló kismajmokon pedig nem, pusztán azért, mert ők majmok, akkor ez a szpécieszista előítélet egyik jellemző példája, és logikájában nem különbözik attól a rasszista érveléstől, hogy a négereket azért lehet rabszolgának eladni, míg a hozzájuk mindenben hasonló fehéreket azért nem, mert a néger néger, a fehér meg fehér. Az emberi pszichés működés megértését célzó, pszichológiai jellegű állatkísérletekkel kapcsolatban e dilemma általánosabban is megfogalmazható. Vagy nem hasonlítanak eléggé a vizsgált állat pszichés reakciói az emberére, és ekkor a kísérlet felesleges, mert eredményeiből nem lehet emberre érvényes következtetést levonni, vagy eléggé hasonlítanak rá, és ekkor etikai okokból a kísérletet nem szabad elvégezni, hiszen az általa kiváltott szenvedés ekkor nagyon hasonló állatban és emberben. Az ilyen kísérletezők egyfajta logikai csapdában vannak. Ahhoz, hogy eredményeiket tudományosan érvényesnek, az emberre általánosíthatónak fogadják el, az ember és az állat hasonlóságát kell hangsúlyozniuk, a kísérlet etikai elfogadhatósága érdekében pedig az ember és az állat különbözőségét. A kettő azonban egyszerre lehetetlen[43].

SINGER következtetése: mivel a legtöbb felnőtt emlősállat érzőképesebb vagy legalább annyira érzőképes, mint egy súlyosan értelmi fogyatékos 6 hónapos csecsemő, ezért az állatokon csak olyan kísérleteket szabad elvégezni, amelyeket erkölcsileg elfogadhatónak tartanánk súlyos értelmi fogyatékos csecsemőn is[44]. Mivel fogyatékos csecsemőn az etikailag elfogadható kísérletezés feltételei nem enyhébbek, hanem szigorúbbak, mint felnőttön, ezért ugyanezeket az elveket kellene alkalmazni állatkísérletekre is. (Például csak terápiás, vagyis az állatnak

magának is hasznot okozó kísérletet lehetne elvégezni, érdekei képviseletére gyámot, gondnokot kellene kirendelni stb.) Ennél enyhébb standard alkalmazása erkölcsileg elfogadhatatlan szpécieszizmus lenne. SINGER nemcsak a kísérletekkel kapcsolatban, hanem általánosan is megfogalmazza egy nem szpécieszista etika alapelveit. Eszerint minden érző lény érdekeit faji hovatartozástól függetlenül egyaránt egyforma súllyal figyelembe kellene venni. Egy lény jogai egyéni érzőképességével arányosak, és nem azzal, hogy milyen fajhoz tartozik. Ez az etika fajilag semleges lenne, és az érzőképes állatok érdekeit is figyelembe venné, ami egyben az erkölcsi fejlődés egyfajta természetes végpontja is lehetne. Az emberi erkölcs fejlődését SINGER táguló körhöz hasonlítja. Eszerint a történelem kezdetén az erkölcsi szabályokat az emberek csak a saját csoportjuk, hordájuk, törzsük tagjai iránt tartották kötelezőnek. Az emberölés tilalma például csak a saját törzs tagjaira vonatkozott, idegenekre nem. Később ez a kör tágult, és egy egész nép, esetleg egy egész rassz tagjaira kiterjedt. Ekkor tehát egy ember csak a saját népe vagy csak a saját fajtája tagjaival szemben érezte kötelességének az erkölcsi szabályok betartását, más népekkel, rasszokkal szemben nem. A következő fázis, ahová elméletileg ma már eljutottunk, az erkölcsi szabályok olyan megfogalmazása, amelyet minden emberrel szemben betartandónak gondolunk. Bár elméletileg ma ezt már mindenütt elfogadják, a világban ma is minduntalan fellángoló nacionalizmus, rasszizmus, idegengyűlölet tanúsítja, milyen nehéz ezt a szakaszt a gyakorlatban is elérni. Az erkölcsi fejlődés következő és elvileg utolsó stádiuma az, amikor már minden érző lényre gondolva, tehát az érzőképes állatokat is beleértve fogalmazzuk meg erkölcsi szabályainkat. Ily módon az erkölcsi fejlődés során a horda, a törzs tagjaiból kiindulva egyre több és több ember érdekeit vesszük figyelembe erkölcsi szabályaink megfogalmazásakor, majd az erkölcs védőernyőjét az összes emberre kiterjesztjük, az utolsó fázisban pedig minden érző lényre[45]. Egy ilyen erkölcsi szemléletváltást ma még sokan elfogadhatatlannak éreznek, és nevetségesnek tartják az állatok jogainak emlegetését. Ne felejtsük el azonban, hogy az említett kör minden egyes kitágítását ugyanilyen értetlenség és ellenállás kísérte. A rabszolgatartók számára nevetségesnek tűnt az emberek egyenlőségének a gondolata, a rasszisták számára képtelenségnek az emberfajták egyenlőségének az eszméje. A női emancipációt megelőzően, még a XVIII. században is nevetségesnek tartották, hogy a nőknek ugyanolyan jogaik legyenek, mint a férfiaknak. SINGER említi azt az angol filozófust, aki az első, a nők jogainak védelmében íródott mű megjelenése után ellenkönyvet írt, amelynek ironikus címe az „Állatok jogainak védelmében" volt. A gúnyos címmel arra akart a szerző utalni, hogy ha komolyan vennénk, hogy a nőknek ugyanolyan jogai lehetnek, mint a férfiaknak, akkor itt nem állhatnánk meg, és az állatoknak is jogot kellene adnunk, ami képtelenség[46]. Még a XIX. században is komoly „tudományos" viták folytak arról, járhatnak-e a nők egyetemre, a sok tanulás nem okozza-e azt, hogy

torzszülötteket fognak világra hozni. Kezdetben ezért a nők számára könnyített kurzusokat engedtek csak felvenni stb. Mindezt azért érdemes megemlíteni, hogy bizonyítsuk: minden kor olyan természetesnek találja saját előítéleteit, hogy nevetségesnek érzi és kézlegyintéssel intézi el azokat, akik ezeket megkérdőjelezik. Egy későbbi generáció viszont elképed, hogy hogyan is tudták korábbi nemzedékek például a rabszolgák, a nők stb. érdekeit olyan magától értetődő természetességgel figyelmen kívül hagyni. Mindez nyilván érvényes az állatokkal kapcsolatos erkölcsi viszonyunkra is. Megváltozása valószínűleg csak több generáció alatt mehet végbe, és egy későbbi kor éppúgy csodálkozni fog mostani érzéketlenségünkön az állati szenvedések iránt, ahogyan ma mi is csodálkozunk a régebbi korok érzéketlenségén a rabszolgák, a nők szenvedéseivel kapcsolatban[47].

A szpécieszizmus azonban, amelynek ma többé-kevésbé mindannyian rabjai vagyunk, talán egy kicsit nehezebben fog megszűnni, mint az az egyéb előítéletek esetén történt, mert kivétel nélkül mindannyian ellenérdekeltek vagyunk az állatok „felszabadításában". Az állatok kizsákmányolása ugyanis szinte valamennyiünknek érdeke, hiszen az ő húsukat esszük, rajtuk kísérletezzük ki gyógyszereinket, bőrükből csinálunk cipőt és ruhát stb. Ugyanakkor az állatok nem tudnak ellenünk fellázadni, uralmunk felettük olyan teljes, hogy kizsákmányolásukért semmiféle „megtorlástól" vagy „lázadástól" nem kell tartanunk[48]. Éppen ezért tekintik sokan az emberi erkölcsiség egyik fokmérőjének az állatokkal való bánásmódot, hiszen ha valamennyi ember érdekében áll az állatok kizsákmányolása, és ezt akadály nélkül meg is lehet valósítani, akkor az állatok kizsákmányolásáról való önkéntes lemondás valódi önzetlen tett, és az erkölcsi fejlettség igen magas foka lenne.

ÉRVEK ÉS ELLENÉRVEK A SZPÉCIESZIZMUSSAL KAPCSOLATBAN

A szpécieszizmus védelmében többféle érvet lehet felhozni. Ezek közös vonása az, hogy az ember és az állat között olyan lényeges különbségeket igyekeznek kimutatni, amelyek indokolják velük szemben az eltérő bánásmódot. Az ember és az állat közötti eltérő bánásmódot a következő módokon szokták indokolni:

1. Az ember kitüntetett erkölcsi státusa az állatokkal szemben azért indokolt, mert az ember racionális lény, az állat nem az.

Eszerint az érvelés szerint, ha az állatok az emberhez hasonló racionalitással és éntudattal rendelkeznének, őket is megilletnék az embernek járó szokásos jogok. E tulajdonságok hiányában azonban az állatokkal való hagyományos bánásmód jogos és elfogadható. Több probléma adódik ezzel az érveléssel kapcsolatban. Egyrészt nem világos, hogy a racionalitás és az éntudat megléte vagy hiánya miért

fontos annak eldöntésében, hogy egy lényt kizsákmányolhatunk-e, fájdalmat, szenvedést okozhatunk-e neki saját céljaink érdekében vagy nem? A fájdalom rossz dolog annak, aki érzi, akár racionális az illető, akár nem, akár állat, akár ember. Az, hogy egy lény racionális-e, és mennyire az, fontos lehet annak eldöntésében, hogy megpróbáljuk-e például tanítani vagy megértetni vele valamit, de abban nem, hogy okozzunk-e neki szenvedést[49]. Másrészt, mint láttuk, a racionalitásnak fokozatai vannak, és nem arról van szó, hogy az ember racionális, az állat pedig nem az, hanem inkább arról, hogy az ember racionálisabb, mint az állat. A racionalitásban azonban nemcsak fajok között van különbség, hanem egy fajon belül is. Emberek között is vannak zsenik, és vannak súlyos értelmi fogyatékosok is. Mégsem tartunk egy kegyetlen kísérletet inkább elfogadhatónak egy súlyos értelmi fogyatékoson, mint egy lángelmén. Az utóbbinak nincs több joga, mint egy átlagembernek, noha okosabb annál. Ha tehát az emberi fajon belül a racionalitás foka nem lényeges a morális státus meghatározásában, akkor miért lényeges fajok között? Ha egy okosabb ember nem használhatja fel saját céljai puszta eszközeként a butábbat, akkor egy okosabb faj miért használhatja ki a kevésbé okosat[50]? Egy súlyos értelmi fogyatékos 6 hónapos csecsemő a racionalitás alacsonyabb fokán áll, mint egy felnőtt csimpánz vagy kutya. Mégsem kérdőjelezi meg senki, hogy súlyos értelmi fogyatékos csecsemőn etikátlan lenne azt vizsgálni, átlagosan hány nap túlélést mutat letális adag radioaktív sugárzással való besugárzás után. Ha ez esetükben elfogadhatatlan (és természetesen az), akkor miért fogadható el ilyen bánásmód a náluk racionálisabb csimpánzzal? A válasz erre az szokott lenni, hogy azért, mert egy felnőtt csimpánz ugyan jóval racionálisabb, mint egy súlyosan értelmi fogyatékos csecsemő, egy egészséges csimpánz azonban kevésbé racionális, mint egy egészséges felnőtt ember. Egy adott egyeddel tehát nem a rá egyedileg jellemző tulajdonságai szerint kell bánni, hanem a faj egészére jellemző tulajdonságok alapján. Az ilyen állítás igazsága azonban megkérdőjelezhető. Az erkölcs sok más területén ugyanis alapelv, hogy egy embert saját tettei és tulajdonságai alapján kell megítélni, és nem ama csoport tettei és tulajdonságai alapján, amelyhez tartozik[51].

2. Eme érvelés szerint az ember kitüntetett erkölcsi státusa, előnyben részesítése más fajokkal szemben azért indokolt, mert az ember az egyedüli faj, amelyik beszélni tud. Ezzel az érveléssel is hasonló a probléma, mint az előzővel. Egyrészt nem világos, hogy a beszéd képessége vagy annak hiánya miért jelentős annak eldöntésében, hogy egy lénynek lehet-e nem a saját érdekében fájdalmat okozni? A beszéd képessége kétségtelenül lényeges, ha azt akarjuk eldönteni, hogy egy lényt tanítsunk-e beszélni, tanítsuk-e nyelvekre, de miért lényeges annak eldöntésében, hogy szabad-e gyomorszondával halálos adag mérget bejuttatni a gyomrába az anyag toxikusságának mérésére? Másrészt itt is szembetaláljuk magunkat a marginális esetekkel. Hiszen vannak olyan súlyos értelmi fogyatékos

emberek, akik sohasem tanulnak meg beszélni, és nem verbális csatornákon át is kevesebb kommunikációra képesek, mint egy csimpánz. Ha tehát a beszéd képessége lenne a lényeges, akkor őrajtuk is lehetne toxicitási kísérleteket végezni. Mivel ez természetesen elfogadhatatlan, megválaszolatlan marad a kérdés: amennyiben a beszédre való képesség biztosít erkölcsi státust, jogokat és védettséget, akkor, ha a beszélni nem tudó értelmi fogyatékosnak mégis tulajdonítunk jogokat, a beszélni nem tudó csimpánznak miért nem[52]?

3. Ezen érvelés szerint az ember kitüntetett helyzete azzal indokolható, hogy be tud tartani erkölcsi szabályokat, amire az állatok képtelenek. Egy ember azért jogosult arra, hogy vele szemben erkölcsi szabályokat betartsanak, mert ő maga is betart erkölcsi szabályokat másokkal szemben. E nézet szerint tehát az erkölcs lényege a kölcsönösség, a reciprocitás, egyfajta implicit szerződés. Csak az számíthat egy közösség erkölcsi védelmére, aki az illető közösség erkölcsi szabályait betartja. Minderre természetesen az állat nem képes. Két megjegyzés fűzhető ehhez az érveléshez. Egyrészt helytelennek tűnik az erkölcs olyan módon való leírása, hogy csak azzal szemben tartják betartandónak az erkölcsi szabályokat, vagyis csak annak tulajdonítanak jogokat, aki maga is képes erkölcsi szabályokat betartani, illetve más jogait tisztelni. Súlyos értelmi fogyatékosok például sokszor nem tudnak erkölcsi szabályokat betartani, jogaik azonban nekik is vannak, és nem gyengébbek, mint az egészségeseknek. Az kétségtelen, hogy morális kötelességei, morális felelőssége csak annak lehet, aki szellemileg elég érett ahhoz, hogy morális szabályokat megérteni és követni tudjon. Ezért nincs erkölcsi felelőssége például egy csecsemőnek, kisgyereknek stb. Joga azonban annak is lehet, aki maga nem képes morális szabályok betartására[53]. Ezért vannak jogaik gyerekeknek, értelmi fogyatékosoknak stb. Sőt, az ő jogaikat – védtelenebb helyzetük miatt – általában különös gonddal óvjuk, védelmüket speciális jogi és egyéb intézményekkel és óvintézkedésekkel biztosítjuk. Ha azonban ez így van, akkor miért nem lehetnek jogaik az állatoknak is?

4. Indokolják az ember speciális morális státusát azzal is, hogy nagyobb racionalitása, jövőtudata, éntudatra való képessége stb. révén több szenvedésre képes, mint az állatok, ezért is kell jobban óvni a szenvedéstől. Példák sokasága kínálkozik ennek az álláspontnak a bizonyítására. Miért rossz például a megvakulás? Egy lakásban tartott kutya, macska is szenved a vakságtól, hiszen – bár továbbra is ellátja a gazdája – nem tudja megszokott életét élni, és ez frusztrálja. Úgy érezzük azonban, hogy ha például egy ember vakul meg, akkor szenvedése az állati szenvedéshez képest még egy újabb elemmel is kiegészül. A vak ember szenvedésének csak egyik eleme ugyanis az, amit az állati szenvedésnél tapasztalunk: a megszokott életvitelre való képtelenség miatti frusztráció. Ehhez hozzáadódik azonban embernél az is, hogy jövőtudata van, tudja, hogy vaksága végleges, visszafordíthatatlan, vagyis tudatában van annak, hogy nemcsak most

nem lát, hanem soha nem is fog látni többé, és fel tudja mérni azt a veszteséget is, amit ez számára jelent az egészséges állapothoz képest. Azt, hogy például a vakságot illető szenvedésnél mennyire fontos ez az idődimenzió, láthatjuk, ha figyelembe vesszük, hogy például kisgyerekek a szembekötősdit nagyon mulatságos játéknak tartják. A látás pillanatnyi hiánya szórakoztató játék is lehet, de tragikussá válik, amikor a dolog visszafordíthatatlan és végleges jellege nyilvánvalóvá lesz. Ehhez azonban az előrelátás, a jövőbeli veszteség pillanatnyi átélése miatti szenvedés képessége, jövőtudat stb. szükséges, és ez az állatokból legtöbbször hiányzik. Végső soron tehát ezen érv szerint vannak a szenvedésnek olyan dimenziói, amelyeket csak ember élhet át, amelyre állat nem képes, és eme szenvedésre való nagyobb képesség teszi indokolttá az ember fokozottabb védelmét.

Bizonyos ellenérvek azonban e nézettel szemben is kínálkoznak. Egyrészt az emberi racionalitás, jövőtudat bizonyos szenvedéseket enyhíthet is, nemcsak fokozhat. Például gyógyítható vakságban szenvedő betegnek meg lehet magyarázni, hogy vakságát rövidesen megszüntetik, és a gyógyító operációt a beteg mint jótéteményt éli meg, miközben az állatnak ugyanez a műtét puszta kínzásnak tűnik.

Ez az érvelés mégis helytálló bizonyos fokig: az ember – nagyobb fokú intelligenciája révén – több szenvedés (és több öröm!) átélésére képes, mint egy állat, és ez olyan tényező, amelyet kettőjük összehasonlításakor figyelembe kell venni. Abból azonban, hogy egy állat sokszor kevésbé szenved, mint hasonló helyzetben egy ember, nem az következik, hogy érdekeit kevésbé kell figyelembe venni, hanem csak az, hogy az adott helyzetben az állatnak kisebb érdeke forog kockán. Az érdekek egyenlő figyelembevételének elve azonban továbbra is érvényes marad[54].

5. A szpécieszizmus csak természetes kiterjesztése az ember saját rokonai, csoportja, hazája stb. iránt érzett elfogultságának – érvelnek mások. Hiszen természetesnek tartjuk, hogy valaki inkább törődik a családjával, mint idegenekkel, inkább szívén viseli hazája sorsát, mint más országét. Ha elfogultak lehetünk saját gyerekünk, városunk, hazánk iránt, miért nem lehetünk elfogultak saját fajunk iránt?

Kétségtelen, hogy kisebb-nagyobb elfogultság a „saját" csoport iránt természetes, sőt a mindennapi erkölcs lényeges része. Ne felejtsük el azonban, hogy bár ez az elfogultság megengedi, hogy saját csoportunk iránt több kötelességet érezzünk, mint idegen csoportok iránt, azt azonban nem, hogy más csoportoknak kárt okozzunk. Több kötelességem van például saját gyermekemmel szemben, mint idegen gyerekek iránt, de kárt okozni idegen gyereknek sem szabad! Így ez az érvelés indokolni képes saját fajunk iránt érzett vonzódásunkat, de semmiképpen sem teszi indokolhatóvá az állatokkal való rossz bánásmódot, az álla-

toknak való bármiféle károkozást, az állatok kizsákmányolását, vagyis a szpécieszizmust[55].

Mint a felsorolt érvekből látható, az ember kivételezett helyzetét igazolni kívánó álláspontok fő nehézsége az, hogy az olyan tulajdonságok keresése közben, amelyek az emberek egyenlő védelmének alapjául szolgálhatnak, túl magasra helyezve a mércét (racionalitás, nyelvhasználat képessége stb.) az összes állattal együtt az emberek néhány kategóriája is (például súlyos értelmi fogyatékosok) kiszorul a jogokkal rendelkezők és védendők köréből. Mivel ez elfogadhatatlan, a mércét alacsonyabbra kell helyezni, meg kell keresni azt a legkisebb közös nevezőt, azt a tulajdonságot, amely kivétel nélkül minden emberre jellemző, és például még egy súlyos értelmi fogyatékosnak is az egészségesekkel egyenlő jogokat ad. Ez viszont az összes emberen kívül sok állatnak is jogokat fog biztosítani, hiszen sok állat is rendelkezni fog ezzel a tulajdonsággal[56]. Valamennyi felhozott érv közös hibája, hogy az ember és az állatok között mindig csak egy lényeges különbségre mutatnak rá, és ebből akarják a kettő közötti eltérő bánásmódot minden területen igazolni. A valóság azonban az, hogy az ember sok tekintetben hasonlít is az állatokra, de sok tekintetben különbözik is tőlük. Amilyen vonatkozásban az állat hasonlít az emberre (például fájdalomérzőképesség), olyan vonatkozásban hasonlóan is kell vele bánni[57].

A SINGERI ÁLLÁSPONT VÉGKÖVETKEZTETÉSEI

Mi lenne egy posztdarwinista, szpécieszizmusmentes etika alapja? Eme etika legalapvetőbb elve az lenne, hogy minden érző (vagyis fájdalom és szenvedés átélésére képes) lény érdekeit egyenlően és azonos súllyal kell figyelembe venni. Megszűnne tehát az ember kitüntetett erkölcsi státusa, érdekei nem „számítanának" jobban, nem lennének automatikusan előnyben részesítve a többi faj érdekeivel szemben. Az összes érző lény érdekeinek egyenlő figyelembevétele azonban nem jelentené az egyes fajok életének egyenlő értékét. Bár egyetlen érző lénynek sem szabad indokolatlanul fájdalmat okozni, az állatok megölése mégsem olyan rossz, mint az ember megölése. Az ember ugyanis éntudattal, társas kapcsolatokkal, a jövőt illetően célokkal rendelkezik, ezért jobban szenved életének elvétele miatt, mint az állatok, amelyekből ezek a tulajdonságok hiányoznak. Így SINGER végkövetkeztetése úgy hangzik, hogy erkölcsi kötelességünk az állati szenvedés megszüntetése vagy minimalizálása, nem kötelességünk azonban általában az állatok megölésétől tartózkodni, ha az fájdalommentesen történik. Így az állatoknak ugyanolyan joguk van a szenvedésmentes élethez, mint az embereknek, de nincs ugyanolyan joguk az élethez, mint nekünk. Fájdalommentesen megölhetők[58, 59]. Egy posztdarwinista etika szerint, ha a szpécieszizmust

el akarjuk kerülni, és egy valóban fajsemleges erkölcsi rendszert akarunk létrehozni, akkor az erkölcsi szabályokat – faji hovatartozástól függetlenül – minden érző lényre kell vonatkoztatnunk. Így a modern állatvédelem nem néhány kutyáját vagy macskáját védő ember hóbortja, hanem szigorú elveken alapuló mozgalom, voltaképpen integráns része azoknak a felszabadítási, polgárjogi mozgalmaknak, amelyek az önkényes diszkrimináció ellen harcoltak[60]. Önkényes minden olyan diszkrimináció, amely egyéneket előnyben vagy hátrányban részesít morálisan nem lényeges különbségeik alapján. Ilyen a kor, a nem, a bőrszín, a szexuális irányultság és – mint most már tudjuk – a faj alapján történő diszkrimináció is. SINGER szerint napjaink szabadságjogokért küzdő mozgalmai, amelyeknek a képviselői a homoszexuálisokkal, az idősekkel stb. való diszkrimináció ellen harcolva úgy gondolták, hogy a diszkrimináció utolsó olyan formája ellen küzdenek, amelyeket emberek nyíltan, kertelés nélkül gyakorolnak, tévedtek. A diszkrimináció legutolsó formája a Földön valószínűleg az állatokkal szembeni diszkrimináció lesz. SINGER szerint az állatok jogaiért harcoló mozgalom jól beleillik a diszkrimináció minden formája ellen folytatott küzdelmek sorába, hiszen lények közötti diszkrimináció pusztán annak alapján, hogy milyen fajhoz tartoznak, ugyanolyan előítélet, mint a bőrszín szerinti diszkrimináció[61]. Ahogyan JEREMY BENTHAM már 1780-ban írta, amikor a négerek rabszolgaságát a francia gyarmatokon már megtiltották, de az angol gyarmatokon még megengedték: „Talán eljön majd a nap, amikor az állatokat is megilletik azok a jogok, amelyektől eddig is csak a zsarnokság foszthatta meg őket. A franciák már felfedezték, hogy a fekete bőrszín nem lehet indok arra, hogy egy emberi lényt védtelenül kiszolgáltassanak kínzója kényének-kedvének. Egy nap talán majd felismerik, hogy a lábak száma, a bőr szőrössége vagy az os sacrum végződésének módja ugyanolyan elégtelen indok, hogy egy érzőképes lényt ugyanennek a sorsnak kiszolgáltassanak. Mi más lehetne az éles választóvonal? Az ész vagy talán a beszédre való képesség? De hiszen egy kifejlett ló vagy kutya összehasonlíthatatlanul racionálisabb és magát jobban kifejezni tudó állat, mint egy egynapos, egyhetes vagy akár egy hónapos újszülött. És ha nem is így lenne, mit számítana az? A kérdés nem az: Tudnak-e érvelni?, se nem az: Tudnak-e beszélni?, hanem az: Tudnak-e szenvedni?”[62]

SINGER GYAKORLATI KÖVETKEZTETÉSEI

1. Az állatkísérletek eddigi gyakorlatát radikálisan felül kell vizsgálni.

Mint láttuk, SINGER szerint csak olyan állatkísérletek indokolhatók, melyek elvégzését elfogadhatónak tartanánk 6 hónapos értelmi fogyatékos vagy súlyos agykárosodott csecsemőkön is (akik a kísérleti állattal nagyjából azonos

érzékenységűek)[63]. Mivel az állatkísérletek nagy részét éppen azért végzik állatokon, mert emberen való elvégzésük etikailag elfogadhatatlan, ezért ez az állatkísérletek számának radikális csökkentéséhez vezetne.

2. SINGER szerint a modern állattenyésztés intenzív, iparszerű formája olyan kegyetlen, hogy a húsfogyasztás bojkottálását etikai kötelességünkké teszi, és így vegetáriánussá kell lennünk. Érvelésének lényege a következő: Az állatok megölése önmagában nem kifogásolható, mert ha egy lénynek nincs éntudata és időtudata, akkor saját pusztulását nem tudja elképzelni, attól nem tud félni, fájdalommentes halála ezért őt nem károsítja. Ha tehát egy állatot olyan körülmények között tenyésztenek, amely számára szenvedést, fájdalmat nem okoz (ilyen volt a hagyományos pásztorkodás, ahol a legelőre kihajtott állatok az idő nagy részében a fajra jellemző, normális életet élhették), akkor húsuk emberi táplálék gyanánt felhasználható. A szenvedésmentesen felnevelt, majd fájdalommentesen levágott állat húsa tehát elfogyasztható, és ha az állatokat általában ilyen körülmények között tenyésztenék, a vegetariánizmus nem lenne erkölcsi kötelesség. Ma azonban más a helyzet. A húsfogyasztás iránti tömegigény olyan nagy mennyiségű hús termelését tesz szükségessé, amely csak a termelékenységi szempontokat maximálisan figyelembe vevő „állatgyárak" segítségével biztosítható. Mint láttuk azonban, az ilyen állatgyárakban való nevelődés az állatok számára hihetetlen mennyiségű szenvedést okoz. (Vannak fajok, amely húsát SINGER szerint nem azért nem szabad megenni, mert állatgyárakban tenyésztették őket, hanem azért, mert elpusztításuk szükségszerűen nagy szenvedéssel jár. Ezért nem szabad például halhúst enni, mert a halak kihalászása okozta fulladásos halál, a mélytengeri halak hirtelen felszínre húzása okozta dekompresszió igen nagy szenvedést jelent.[64]) Mivel az „állatgyárakban" a szenvedést csak a hús iránti kereslet radikális csökkenése szüntetheti meg, erkölcsi kötelességünk a vegatariánizmus. Ha nem leszünk vegetáriánussá, akkor a piacon jelentkező keresletünkkel magunk is részt veszünk egy erkölcsileg tarthatatlan helyzet (az állatok állatgyárakban való felnevelése) fenntartásában. Mivel egy modern nagyvárosban valószínűsíthető, hogy a városi húsboltok állatgyárakban felnevelt állatok húsát árulják, ezért csak a teljes vegetariánizmus jelenthet erkölcsileg megnyugtató megoldást[65]. Ennek – az erkölcsi szempontokon túl – még két további előnye is lenne. Egyrészt a vegetariánizmus valószínűleg előnyös az egészségre, így jól jár maga a vegetáriánus is. Másrészt a vegetáriánus gyakorlat elterjedését követő csökkent állattenyésztés korábban állati takarmány termelésére használt jelentős földterületeket szabadítana fel. Ezeken a földeken emberi fogyasztásra alkalmas haszonnövényeket lehetne termeszteni. Mivel az állatok rossz hatásfokkal alakítják át a növényi fehérjét állati fehérjévé, ezért több emberi táplálékot fogyasztanak el, mint amennyit termelnek. Egységnyi földterületen például tízszer annyi növényi fehérje „termelhető", mint amennyi

állati fehérje[66]. Az étel kalóriatartalmát összehasonlítva egységnyi földterületen emberi fogyasztásra alkalmas növényeket termesztve 3–6-szor annyi kalória termelhető, mint takarmánnyal, amelyet azután állathús formájában fogyasztunk el. Így a vegetariánizmus elterjedése következtében felszabaduló földterületen termelt haszonnövények jóval több ember tápanyagellátását fedeznék, mint a rajtuk korábban „termelt" állati hús. Ily módon a vegetariánizmus elterjedtté válásával a földi éhínség is megszüntethető lenne[67].

Az összes érző lény érdekeinek pártatlan figyelembevétele nemcsak a vegetariánizmust írná elő, hanem minden olyan termék vásárlásának bojkottját is, amelynek előállításáért állatok szenvedtek. Ilyenek például a különböző bőráruk, az állatprémből készült bundák, az állatokból készült vagy rajtuk tesztelt kozmetikumok stb. (Az állatvédő mozgalmak propagandájának, illetve bojkottjának eredményeként máris több olyan nemzetközi üzletlánc létezik, amelyik újonnan kifejlesztett kozmetikumai ártalmatlanságát nem állatokon, hanem szövetkultúrákon vizsgálja. Ilyen például a Benetton, a Fabergé, a Max Factor, a Christian Dior stb. Ugyancsak az állatvédő mozgalom eredményeként több államban jogilag megtiltották a Draize-teszt alkalmazását.[68])

ÉRVEK ÉS ELLENÉRVEK A VEGATARIÁNIZMUSSAL ÉS AZ ÁLLATVÉDELEMMEL KAPCSOLATBAN

Gyakran hallható, hogy mivel embereken is kísérleteznek, hogyan kifogásolható akkor az, hogy állatokon is kísérletezzenek? A kettő azonban nem ugyanaz, mert embereken legtöbbször saját érdekükben, emberi betegségek gyógyítása vagy megértése érdekében folytatnak kísérletet, állatokon viszont legtöbbször az emberek érdekében, olyan betegségek megismerése céljából, amelyek állatban sokszor egyáltalán nem is léteznek, és amelyekből ezért az állatnak haszna nem lehet. Az állatkísérleteket ellenzők nem kifogásolják azokat a kísérleteket, amelyeket állatokon az illető állat érdekében folytatnak, csak azokat, amelyeket nem az ő érdekükben végeznek.

Azt is gyakran mondják, hogy olyan sok még a Földön az emberi szenvedés, hogy először azt kell megszüntetni, és csak utána törődhetünk az állati szenvedés problémájával. Ez az érvelés azonban bizonyítottnak fogadja el, amit bizonyítania kellene, nevezetesen, hogy az állati szenvedés kevésbé fontos, mint az emberi. Éppen ez a szpécieszista szemlélet az, amely a singeri álláspont szerint nem elfogadható. Elfogadhatatlanságát belátjuk, ha az azonos szerkezetű rasszista érveléssel helyettesítjük: Olyan sok szenvedést láthatunk még a fehér emberek körében is, hogy először azt kell megszüntetni, és csak utána törődhetünk a feketék szenvedéseivel[69].

Gyakori az ad hominem típusú érvelés is, amely szerint azok, akik az állatok problémáival törődnek, nem törődnek az emberek szenvedéseivel, pedig sokkal inkább azzal kellene foglalkozniuk. Ez az érvelés azonban tényekkel bizonyíthatóan téves. Azok, akik az állati szenvedés problémáit napirendre akarták tűzni, történelmileg általában élharcosai voltak a diszkrimináció egyéb formái elleni küzdelemnek is. Például FRANCES POWER COBBE, aki a XIX. századi Angliában az állatvédelmi mozgalom egyik megalapítója volt, élharcosa volt annak a mozgalomnak, amely azért küzdött, hogy nők is tanulhassanak az egyetemeken. Ugyancsak a XIX. században HENRY SALT, aki híres állatvédő volt, kampányt folytatott, hogy szüntessék meg az angol haditengerészetnél a testi fenyítést, és harcolt a halálbüntetés eltörléséért is[70]. SHAFTESBURY gróf nemcsak állatvédő volt, hanem a gyerekekkel szemben való kegyetlenkedés megakadályozására létrejött társaság egyik alapítója is, akinek jelentős szerepe volt abban, hogy Angliában a múlt században törvényt hoztak a gyermekmunka kegyetlen formái (például 14 órás munkanap) ellen[71]. Nem állja meg tehát a helyét az a vád, hogy akik az állatok helyzetével törődnek, azok érzéketlenek az emberi szenvedések iránt.

Vallási meggyőződésből néha úgy szoktak érvelni, hogy az embernek halhatatlan lelke van, az állatnak nincs, és ez indokolja az eltérő bánásmódot. Bár ezt a kijelentést egy nem vallásos, illetve nem a keresztény vallást követő (például buddhista) nem fogadná el, fogadjuk el mégis kiindulópontnak. Ha tehát az emberi lélek halhatatlan, ez még nem bizonyítja, hogy az állati szenvedés nem számít. Szenvedésre az is képes lehet, akinek nincs halhatatlan lelke, ez lehet rossz neki, és ezért ezt figyelembe kell vennünk[72]. Filozófiai jellegű ellenvetés a vegetariánizmus ellen az, hogy, ha a ma húst evő emberek közül sokan vegetáriánusok lennének, akkor a ma tenyésztett állatok közül sokan meg sem születtek volna, hiszen eleve azért tenyésztik őket, mert húsuk iránt nagy a kereslet. Márpedig – érvelnek – jobb ezeknek az állatoknak, hogy ha rövid ideig is és rossz körülmények között ugyan, de élhettek, mintha meg sem születtek volna. Ezek az állatok tehát puszta létüket is a húsevés szokásának köszönhetik.

Két ellenérv kínálkozik ezzel kapcsolatban. Egyrészt megkérdőjelezhető az az állítás, hogy minden körülmények között jobb egy állatnak létezni, mint nem létezni. Ha az állat nyomorúságos körülmények között, szinte csak fájdalmat és szenvedést átélve kénytelen élni, akkor mondható, hogy előnyös lett volna inkább meg sem születnie. Ha azonban mégis elfogadnánk az érvelés kiindulópontját, vagyis azt, hogy mindig jobb lenni, mint nem lenni, és ezért jó lényeket létrehozni, akkor ez az emberre is igaz! És mivel egy húsevő biztosan elfogadja, hogy az emberi élet értékesebb az állatinál, azt kell mondania, hogy a lehető legtöbb embert létrehozni etikai kötelesség. Ez azonban a vegetariánizmus mellett szól, hiszen jóval több ember táplálható, ha a rendelkezésre álló

földterületen emberi fogyasztásra alkalmas haszonnövényeket termesztenek, mintha egy részükön takarmányt, amelyet az állat rossz hatásfokkal hasznosít hússá. Így a „Minél több emberi élet van a Földön, annál jobb" jellegű érvelés végső következtetése az kellene hogy legyen, hogy ennek megvalósítása érdekében mindenkinek erkölcsi kötelessége a vegatariánizmus[73]!

Másik érv az, hogy az állatok is megeszik egymást, sőt ha alkalmuk adódik rá, sokszor még embert is esznek. Ha ők ezt tehetik egymással és velünk, miért ne tehetnénk mi ugyanezt velük? Kétféle válasz adható erre az ellenvetésre. Egyrészt nem tekinthetjük erkölcsi példaképeinknek az állatokat, másrészt sok állatnak egyszerűen nincs választási lehetősége, hiszen biológiai felépítéséből és evolúciós sajátosságaiból következően életét csak úgy tudja fenntartani, ha más állatokat eszik. Ez azonban az emberre nem igaz, az ember választhatja például a vegetarianizmust is, s ez számára egészségileg nem hátrányos[74].

SINGER ÁLLÁSPONTJÁNAK KRITIKÁJA

SINGER 1975-ben megjelent könyvét a modern állatvédő mozgalmak bibliájaként szokták emlegetni. A könyvnek óriási hatása lett, és bár SINGERT nagyon sok kritika érte, a szpécieszizmus kifejezés és az ezzel kapcsolatos filozófiai-etikai problematika ma a világ nagy egyetemein tartott etikai kurzusok megkerülhetetlen témája. Ugyanakkor több probléma vetődött fel elméletével kapcsolatban. Az egyik legfontosabb az, hogy úgy hozza közelebb egymáshoz az emberi és az állati élet értékét, hogy miközben az állati élet értékét megnöveli, az emberi élet értékét szükségszerűen csökkenti. Így például a singeri utilitarizmus talaján nem lehet megmagyarázni, miért rossz egy állatot fájdalmatlanul megölni. (SINGERNEK ezért nincs elvi kifogása az állathúsevés ellen, és mint láttuk, csak azért tekinti kötelezőnek a vegetariánizmust, mert a húsevés gyakorlata ma szükségszerűen vonja maga után az állattenyésztés kegyetlen, állati szenvedést okozó módszereit.) SINGER tehát nem az állatok megölése, hanem a szenvedésük ellen emel szót. Ez sokak számára talán elfogadható, nem világos azonban, hogy meg lehet-e itt állni? Hiszen – SINGER szerint – egy felnőtt állat minden tekintetben jóval magasabb szinten áll, mint egy fogyatékos újszülött. Ha tehát a felnőtt állat mégis megölhető, akár az ember érdekében is, ha ezt fájdalmatlanul teszik, akkor a fogyatékos újszülött miért nem? SINGER a locke-i gondolatmenetből kiindulva – sok más filozófushoz hasonlóan – az élethez való jogot az éntudatra és a jövőtudatra való képesség, bizonyos fokú racionalitás megléte stb. kritériumához köti. E kritériumokat elfogadva azonban egy felnőtt állatnak több joga lenne az élethez, mint egy emberi újszülöttnek! Ha azonban egy felnőtt állat – mások érdekében – megölhető, akkor egy nála alacsonyabb szinten álló fogyatékos cse-

csemő miért nem ölhető meg, ugyancsak mások érdekében, például azért, mert a szülei vagy az állam kényelmetlennek, terhesnek érzi felnevelését? Természetesen SINGER sehol nem megy el eddig, előfeltevéseiből azonban – úgy tűnik – levezethető lenne ilyen következtetés. Ha az élethez való jogot egy lény öntudatosságának, racionalitásának a mértékéhez kötjük, akkor az emberi élet egyenlőségének az elve sem tartható, hiszen az emberek egy része irreverzibílisen nem racionális (például súlyos értelmi fogyatékos csecsemők, súlyos öregkori dementiában vagy Alzheimer-kórban szenvedők stb.). Úgy tűnik tehát, hogy ha levonjuk SINGER elméletének filozófiai konzekvenciáit, akkor fel kell adnunk az emberi élet egyenlő értékének az elvét, az élethez való jog egyenlőségének princípiumát. Ennek eredményeként az élethez való jog a racionalitás és az öntudat bizonyos minimális foka meglétének, illetőleg hiányának függvénye lesz. Ennek folytán az élethez való jog nem automatikusan illetne meg minden embert, így például súlyos értelmi fogyatékos újszülötteket esetleg nem, cserébe viszont az állati élet néhány formája (például a felnőtt emlősállatok nagy része) automatikusan rendelkezne az élethez való joggal. Ezáltal megszűnne a SINGER által kárhoztatott szpécieszizmus, de azon az áron, hogy adott esetben egy állat (például egy felnőtt csimpánz) életét értékesebbnek kellene tartanunk, mint egy súlyosan fogyatékos újszülöttét. Ez a felfogás közelítené az állati és az emberi élet értékét egymáshoz, de úgy, hogy sok állatét emberi szintre emelné fel, sok emberét azonban állati szintre süllyesztené le. Kétféle következtetést lehet levonni ezekből a fejtegetésekből. Az egyik lehetséges következtetés az, hogy mivel bizonyos fogyatékos emberek minden lényeges kritérium tekintetében egy kifejlett emlősállat (például emberszabású majom) szintje alatt állnak, ezért életük kevésbé értékes, mint az emlősállatoké vagy az egészséges embereké, és ezért kísérleteket inkább rajtuk és nem a fejlettebb állatokon kell végezni. SINGER nem ezen az álláspontón áll, mások azonban megfogalmaztak ilyen véleményt[75].

Az érvelés másik útja azonban az, és SINGER is efelé hajlik, hogy ha fogyatékos embereken nem tartjuk megengedhetőnek a veszélyes kísérleteket, akkor emberszabású majmokon vagy más magasabb rendű állaton sem szabad megengedhetőnek tartanunk. SINGER tehát nem a fogyatékos emberi élet értékét akarja lesüllyeszteni az állati élet szintjére, hanem éppen fordítva: az állati élet értékét szeretné felemelni arra a szintre, ahol az azonos védelemben részesül, mint a fogyatékos emberi élet. Így SINGER szándéka egyértelműen az állati szenvedés megszüntetése, a velük szembeni évezredes diszkrimináció eliminálása, előfeltevéseiből azonban másfajta és elfogadhatatlan következtetések is levonhatók. A singeri elméletből nehezen levezethető egyenlőség, és az állati (és fogyatékos emberi) élet tiszteletének az elve azonban megfogalmazódik az állati jogok koncepciójának filozófiailag legszisztematikusabb kidolgozójánál, TOM REGANNÉL.

AZ ÁLLATOK JOGAI: TOM REGAN ÉRVELÉSE

REGAN bizonyos tekintetben sokkal radikálisabb SINGERNÉL.Míg SINGER utilitarista elmélete az állatok jólétét helyezi a középpontba, de nem védi magát az állati életet, sőt azt bizonyos körülmények között – akár mások érdekében is – feláldozhatónak tekinti, addig REGAN állati jogokról beszél[76], amelyek szerinte hasonlóan sérthetetlenek, mint az emberi jogok, és azokkal egyenlők. Míg SINGER elmélete utilitarista, addig REGAN elvileg is elutasítandónak tartja az utilitarizmust, és az állatok jogainak deontológiai elméletét dolgozta ki.

REGAN gondolatmenete a következő[77]: Csak inherens értékkel (önértékkel) rendelkező lényeknek lehetnek jogaik. Ha egy lénynek inherens értéke van, akkor ez az érték független attól, hogy a lény mennyire hasznos mások számára, vagy hogy mások mennyire értékelik az ő életét. Az inherens érték tiszteletet érdemel. Bár vannak, akik úgy gondolják, hogy az élet minden formája inherens érték, ezt REGAN elutasítja: a baktériumok és a rákos sejtek is élnek, mégsem gondoljuk azt, hogy az élet e formáit is tisztelet illetné. (A syphilis kórokozóját, a Treponema pallidumot például antibiotikummal elpusztítjuk, a rákos sejteket cytostaticumokkal, radioaktív sugárzással próbáljuk megsemmisíteni, és abszurd lenne azt mondani, hogy ez erkölcstelen, mert ezzel az élet egy formáját pusztítottuk el.) Ezért azt mondhatjuk, hogy azoknak a lényeknek van inherens értékük, akik élet-alanyok (subject of a life), vagyis akik saját életüket jóként vagy rosszként képesek megélni, vágyaik, céljaik, szándékaik vannak. Ilyen értelemben fogyatékos emberek, sőt állatok is élet-alanyok lehetnek. A határ meghúzása némiképp önkényes és tapasztalati kérdés, de REGAN szerint feltehető, hogy valamennyi egyévesnél idősebb, normális emlősállat élet-alanynak tekinthető, vagyis élete inherens érték, és tiszteletet érdemel. Fontos hangsúlyozni, hogy az inherens értékkel rendelkező lények életének értéke egyforma. Ezért az emberi és az inherens értékkel rendelkező állati élet egyenlően értékes, továbbá emberi életek között sincs értékkülönbség. Ha egy lény élet-alany, vagyis inherens értéke van, akkor ez számára morális jogot biztosít arra, hogy vele egy önértékkel rendelkező lényt megillető tisztelettel bánjanak. Ez a morális jog nem tévesztendő össze a törvényadta joggal, amely országról országra változik. Egy ország tételes joga elismerheti egy élet-alany (például egy farkas) jogát az őt megillető megfelelő bánásmódra, vagy megtagadhatja ezt az elismerést, ez azonban nem változtat azon, hogy morálisan e jogok minden élet-alany sajátjai.

Azonban REGAN álláspontja sem problémamentes. Kiküszöböli ugyanis a SINGER utilitarizmusából fakadó elfogadhatatlan egyenlőtlenségeket, viszont éppen ezért gyakorlati döntéshozatalhoz kevéssé használható, hiszen szerinte minden élet-alany élete egyformán értékes[78].

Gyakorlati következtetései radikálisabbak (és éppen ezért sokak számára kevésbé is tűnnek elfogadhatóaknak), mint SINGER következtetései. REGAN ugyanis szinte teljesen elutasítja az állatkísérleteket, és a vegetariánizmust morális okból szükségesnek tartja, hiszen inherens értékkel rendelkező lényeket megenni annyit jelent, mint eszközként felhasználni őket más élvezete érdekében. Ezzel szemben SINGER – mint láttuk – csak akkor látja szükségesnek a vegetariánizmust, ha az állatokat rossz körülmények között nevelték fel. Ha jó körülmények között tenyésztették, és fájdalommentesen ölték meg őket, akkor a singeri elmélet nem emel kifogást az állatok felhasználása ellen. Singer az állatkísérleteket sem utasítja el teljesen. Szerinte csak azok az állatkísérletek végezhetők el, amelyek annyira fontosak, hogy egy súlyosan retardált csecsemőn is indokolt lenne elvégezni azokat.

KÖVETKEZTETÉSEK

SINGER és REGAN álláspontja között filozófiailag jelentős különbség van. A gyakorlatban azonban néhány tételt mindketten elismernek. Ezek a következők:

1. Egy lénynek akkor van morális jogállása, ha érdekei vannak.
2. Egy lénynek akkor vannak érdekei, ha érezni, tapasztalni képes.
3. Mivel sok állat képes érezni és tapasztalni, az állatoknak morális státusuk van, vagyis morálisan számít, hogy hogyan bánunk velük[79].

Mint láttuk, e végkövetkeztetéseken túlmenően nagyon jelentős elméleti és gyakorlati különbség van a két felfogás között, és nagyon valószínű, hogy sokan mind SINGER fajsemleges morálját, mind REGAN radikális állatkísérlet-ellenességét elfogadhatatlan szélsőségnek tartják. Mindkettő olyan radikális eltérést jelent az állatokkal kapcsolatos tradicionális felfogásunkhoz képest, hogy széles körű elfogadásuk – még ha igazuk van is – csak több generáció alatt valószínű. Ezért kísérlet tettek az állatvédelem, illetve az állatkísérlet elveinek megfogalmazására olyan premisszák alapján is, amelyek elfogadása tekintetében ma konszenzus van.

AZ ÁLLATKÍSÉRLETEK ETIKAI PROBLÉMÁI MÉRSÉKELTEN ÁLLATVÉDŐ ÁLLÁSPONT ALAPJÁN

Mint láttuk, az állatok jogaival kapcsolatban két szélsőség fogalmazódik meg. Az egyik szerint a magasabb rendű állati élet értéke azonos az emberével

(REGAN), illetve az állati érdekeket az emberi érdekekkel azonos súllyal kell figyelembe venni (SINGER), ezért vagy minden állatkísérlet elfogadhatatlan, hiszen az állatokon nem a saját érdekükben, hanem az ember érdekében kísérletezznek (abolicionista álláspont), vagy csak azok az állatkísérletek végezhetők el, amelyeket súlyos értelmi fogyatékos embereken is hajlandók lennénk elvégezni (SINGER). A másik szélsőség szerint minden állatkísérlet elfogadható etikailag, ha azokat olyan humánusan végzik, amilyen humánusan csak lehet[80]. Eszerint tehát tilos állatokat feleslegesen kínozni, de ha egy fontos kísérlet állatok súlyos szenvedései árán végezhető csak el, akkor ennek elvégzése megengedhető.

A kettő közötti mérsékelt álláspontnak az tekinthető – és ebből fogunk a fejtegetések során kiindulni –, hogy az érzőképes állatok morális státussal rendelkeznek, vagyis morálisan számít, hogyan bánunk velük. Nem bánhatunk állatokkal úgy, mintha érzőképtelen tárgyak vagy gépek lennének. Ennek következtében az a konklúzió adódik, hogy bár állatokon bizonyos körülmények között megengedhető a kísérletezés, de nem minden kísérlet, vagyis lehetnek olyan kísérletek, amelyek bármilyen fontosak is, és bármilyen humánusan is igyekeznek végrehajtani azokat, etikailag elfogadhatatlanok az általuk okozott állati szenvedés alapján.

A KRITIKUS ANTROPOMORFIZMUS

Az állatkísérletek etikai normáinak megfogalmazása során először abba a nehézségbe ütközünk, hogy miként lehet felbecsülni az egy adott kísérlet által okozott állati szenvedés mértékét. Arra, hogy egy állat szubjektíven mit él át, emberi analógiákból csak következtetni lehet, ez azonban komoly tévedések veszélyét is hordozza. A fájdalom, a szenvedés szubjektív átélésének emberi modellje állatokon csak korlátozottan alkalmazható. Ennek a problémának a kezelésére dolgozták ki a kritikus antropomorfizmus fogalmát[81]. Antropomorfizálásnak általában azt nevezik, amikor emberi jellemzőket (például szándékokat, érzelmeket) tulajdonítunk állatoknak vagy akár élettelen tárgyaknak, természeti jelenségeknek is. A mindennapi nyelv tele van ilyen fordulatokkal (például dühöngő orkán, tomboló vihar, gonosz farkas stb.). Az antropomorfizálás kritikátlan használata az állati viselkedés teljes félreértéséhez vezethet. Kritikus használata azonban nagyon hasznos lehet annak megítélésében, hogy mi a jó és mi a rossz egy állatnak. Nem szabad elfelejteni, hogy a darwini evolúciós elmélet alapján az állatok az emberek ősei, sok emberi fiziológiai és pszichés működésnek és valószínűleg a szubjektív élményeknek is megvannak az állati előképei, így elvileg nem helytelen ugyanazt a fogalmi apparátust alkalmazni az állati viselkedés leírására, mint az emberére. Ennek figyelembevételével a kritikus antropomorfizmus az adott

állatfaj tudományos ismeretével „tompított" antropomorfizálás, ahol a tudományos ismeret magában foglalja az állat idegrendszerének, etológiai jellemzőinek, az evolúció fényében megértett adaptációs mechanizmusainak az ismeretét[82]. A kritikus antropomorfizmus fogalma nem olyan különleges, mint amilyennek első pillantásra látszik, hiszen hasonló problémával más vonatkozásban naponta találkozunk. Nemcsak egy másik faj szubjektív élményeinek a megértése lehet nehéz, hanem egy másik nem, egy másik korosztály stb. élményeié is. Nők például gyakran mondják, hogy egy férfinak fogalma sem lehet, milyen fájdalmas a szülés, vagy milyen a menstruáció. Ily módon egy férfi gondolkodása valószínűleg andromorf, egy nőé ginekomorf, egy gyereké, aki megpróbálja megérteni a felnőtteket, de gyermeki motívumokat tulajdonít nekik, pedomorf, az idős a fiatallal szemben gerontomorf stb.[83] Mégis lehetséges a megértés nemek, korosztályok stb. között, és hasonló elven, mint a kritikus antropomorfizmus: mindenki a saját élményeiből indul ki, de ezt kritikusan teszi, vagyis figyelembe veszi az általa ismert eltéréseket a saját élményei és a másik nem, a másik korcsoport stb. élményei között. Ezzel a módszerrel nyilván nem lehetetlen egy másik faj élményeire való következtetés sem. Ezt az állatok is naponta gyakorolják, hiszen a vadonban egy állat élete múlhat azon, hogy helyesen ítéli-e meg egy másik fajhoz tartozó egyed, például egy ragadozó pillanatnyi támadókedvét, azt, hogy az éhes-e vagy jóllakott stb. S ember számára sem lehetetlen az állatok megismerése, amit bizonyít, hogy állatokkal hosszú időn át foglalkozó emberek sokszor jobban ismerik állataikat, mint embertársaikat.

AZ ÁLLATI SZENVEDÉS FOGALMA

Az Amerikai Állatorvosi Társaság az állati szenvedés több formáját különíti el, és a következő definíciókat használja[84]:

Fájdalom: Aktuális vagy potenciális szövetkárosodással járó kellemetlen érzet, illetve emocionális élmény.

Distressz: Olyan állapot, amelyben az állat képtelen alkalmazkodni egy megváltozott környezeti vagy belső ingerhez. A nagy vagy elhúzódó distressz káros válaszreakciókat eredményezhet, például abnormális táplálkozási vagy társas viselkedési mintákat, elégtelen szaporodást, és patológiás állapotok is létrejöhetnek, például gastrointestinalis laesiók, hypertensio, immunsuppressio.

Diszkomfort: A biológiai, fizikai, szociális vagy pszichológiai környezet megváltozásának eredményeként létrejövő minimális változás az állat alkalmazkodási szintjében vagy homeostasisában. Ennek hatására az állaton fiziológiai vagy magatartásbeli változások figyelhetők meg, ezek azonban túl kis mértékűek ahhoz, hogy fájdalomról vagy distresszről lehessen beszélni.

Izgalom: Olyan emocionális állapot, amelyet fokozott éberség jellemez, és amelyet a közvetlen környezetben esetlegesen jelen lévő ismeretlen veszély vált ki. Tulajdonképpen generalizált, diffúz válasz az ismeretlenre.

Félelem: Az izgalomhoz hasonlóan definiálható, azzal a különbséggel, hogy a félelem egy megtapasztalt vagy ismert veszély jelenlétére utal a közvetlen környezetben. Tulajdonképpen fokuszált válasz egy ismert objektumra vagy korábbi tapasztalatra.

Látható, hogy az állati szenvedés sokkomponensű, holisztikus fogalom, amelyet a szenvedés csillapításakor figyelembe kell venni. Fájdalomcsillapító például nem csillapítja a distresszt, az anxiolyticumok nem csillapítják a fájdalmat.

Állatkísérletek etikai megengedhetőségének megítélésében fontos az állati szenvedés fokának megítélése is. Ehhez a kísérlet során okozott szenvedés 5 kategóriába sorolása nyújthat segítséget[85]:

A kategória: nem élőlényeken vagy növényeken, baktériumokon, protozoákon, ill. gerinctelen állatokon végzett kísérletek.

B, C, D, E kategória: gerinces állatokon végzett kísérletek.

B kategória: semmi vagy csekély diszkomfort.

C kategória: bizonyos mennyiségű diszkomfort (rövid ideig tartó fájdalom).

D kategória: jelentős, de elkerülhetetlen distressz vagy diszkomfort.

E kategória: érzőképes állat rendkívüli és tűrhetetlen fájdalma; komoly deprivváció, trauma, csonkolás.

AZ ÁLLATKÍSÉRLETEK ERKÖLCSI MEGÍTÉLÉSÉNEK SZEMPONTJAI

Az állatkísérletek etikai elfogadhatóságának vizsgálatakor a következő szempontokra kell tekintettel lenni.

1. A kísérlet célja. Figyelembe kell venni a kísérlet eredményeként várható társadalmi hasznot, illetve a kísérlet tudományos jelentőségét. Tudományosan jelentéktelen, társadalmilag nem hasznos kísérleteket elvégezni erkölcsileg kifogásolható a feleslegesen okozott állati szenvedés miatt. Ilyen okokból szokták új kozmetikumok, tisztító- és takarítószerek stb. toxikusságának állatokon való tesztelését ellenezni, azzal az érveléssel, hogy a kereskedelmi forgalomban már éppen elég ilyen szer van, így újak piacra dobásának csak üzleti okai vannak, gyakorlatilag felesleges, viszont jelentős és szükségtelen állati szenvedést okoz[86].

2. A kísérlet tudományos értéke. Mindig vizsgálni kell a kísérleti módszert, a kísérlet megtervezettségét, átgondoltságát. A tudományosan rossz kísérlet eredményei értékelhetetlenek, új ismeretet nem eredményeznek, ezért egyben etikátlanok is, hiszen feleslegesen okoztak állati szenvedést[87].

3. A kísérleti állat érzékenységi szintje, az okozott szenvedés intenzitása és tartama. Általában minél magasabban áll az állat a filogenetikus ranglétrán, érzékenysége, szenvedésre való képessége annál nagyobb.

4. Arányban van-e az állati szenvedés a kísérlet fontosságával? Az állati szenvedés mérésére az előbb leírt ötfokozatú skálát lehet használni. Szabálynak pedig azt lehet elfogadni, hogy minél komolyabb a kísérlet által okozott állati szenvedés, annál nehezebb azt indokolni, és elég általános az a meggyőződés, hogy E kategóriájú kísérleteket soha nem szabad végezni, azt mindig etikátlannak kell tekinteni. Ezt több ország jogilag is megtiltja. (Az angol Animals /Scientific Procedures/ Act 1986 például előírja, hogy az állat komoly és csillapíthatatlan fájdalmát annak megölésével azonnal meg kell szüntetni, tekintet nélkül arra, hogy a kísérletet befejezték-e vagy sem.[88])

Élő állatokon gyakran demonstrálnak ismert élettani jelenségeket oktatási intézményekben, sőt otthoni kísérletekre is bátorítják a diákokat. Ez például az USA-ban a 1960-1970-es években odáig fajult, hogy középiskolás diákok otthon műtöttek nyulakat, toxikus anyagokat adtak vemhes állatoknak, figyelve, hogy milyen fejlődési rendellenességeket okoz az az újszülötteken stb.[89] Ez a gyakorlat az állatvédő mozgalmak elterjedését követően megszűnt, sőt ma már egyre több diák és hallgató utasítja vissza azt, hogy állatokon olyan fájdalmas kísérleteket végezzen el, amelyek leírása és eredménye bármely alapfokú tankönyvben megtalálható. Kaliforniában például 1988-ban fogadták el a California Students' Right Bill-t, amely a kaliforniai általános és középiskolások számára jogot biztosít arra, hogy visszautasíthassák az állatokon való fájdalmas kísérletezést biológiaórán anélkül, hogy ezért lerontanák a jegyüket[90]. Általános szabályként azt lehet mondani, hogy a középiskolai oktatásnak nem szabad túllépnie a B kategóriájú kísérleteket. Egyetemeken el lehet végezni oktatási célból C kategóriájú kísérletet, D kategóriájú kísérletek végzésére csak professzionális kutatás keretében kerülhet sor. Mint láttuk, E kategóriájú kísérlet végzése – bármilyen célból – etikailag elfogadhatatlan[91].

5. Feltétlenül szükséges-e a kísérlethez állatok használata, nem helyettesíthető-e az állatkísérlet más módszerekkel? (Például sejt- és szövetkultúrák használata, számítógépes modellek stb.)

6. A szükséges legkisebb számú állatot használják-e fel a kísérlethez, és a legkevesebb szenvedést okozó módszert alkalmazzák-e?

7. Ki vannak-e képezve a kutatók, illetve a kísérletezők az állatokkal való megfelelő bánásmódra, annak technikai és etikai szabályaira?

8. Milyen a kísérletező intézmény nyilvános ellenőrizhetősége az etikai standardok megtartása tekintetében?

A felsorolt szempontok közül kettő – különleges jelentőségénél fogva – részletesebb tárgyalásra szorul. Eme két jelentős szempont az állatkísérletek tudományos értékével illetve megbízhatóságával kapcsolatban folytatott viták át-tekintése és az állatkísérleteket helyettesíthető alternatívák behatóbb tárgyalása.

Az állatkísérletek tudományos értékéről folytatott viták

Sokan az állatkísérleteket nemcsak abból az okból kifogásolják, hogy azok az állatoknak szenvedést okoznak, hanem azért is, mert szerintük ez a szenvedés felesleges, ugyanis az állatkísérletek eredményei legtöbbször nem extrapolálhatók emberre, így a belőlük az emberre levont következtetések félrevezetők, és ezért károsak. Az érvelés a következő. Ahhoz, hogy az állatkísérletek eredményei emberre általánosíthatók legyenek, legalább négy feltételnek kellene teljesülnie[92]:

1. A kísérleti állat anatómiája, fiziológiai működése és metabolizmusa eléggé hasonló legyen az emberéhez.
2. A kísérleti állat laboratóriumi életkörülményei hasonlóak legyenek az emberi populáció életkörülményeihez.
3. Világos szabályok álljanak rendelkezésre arra vonatkozólag, hogyan lehet az állatkísérlet eredményét emberre vonatkoztatni.
4. Ezeket a szabályokat a megfelelő tudományos és egyéb testületeknek következetesen kell alkalmazniuk.

Az állatkísérletek jelentős részében e feltételek nem teljesülnek.

Az első feltétel gyakran nem teljesül. A kísérleti állatként leggyakrabban használt állatok (patkány, egér, tengerimalac stb.) nem azért olyan kedveltek, mert fiziológiai, biokémiai tekintetben ezek hasonlítanak a legjobban az emberre, hanem azért, mert tartásuk egyszerű és olcsó. Ugyanakkor a rajtuk végzett kísérletekkel szerzett adatok emberre sokszor nem vonatkoztathatók. A hatvanas évek Thalidomid tragédiája, amelynek során a szer kb. 10 000 újszülött fejlődési rendellenességét okozta, hívta fel erre különös erővel a figyelmet. Ez a szer emberben már 1 mg/testsúlykg/nap dózisban foetotoxicus hatású, nyúlban viszont csak 30 mg/testsúlykg/nap adagban, Wistar patkányban pedig még 4000 mg/testsúlykg/nap dózisban sem[93]. Előfordulhat tehát (mint ahogyan a Thalidomid

esetén elő is fordult), hogy állatkísérletek alapján biztonságosnak látszó szer az emberre súlyosan károsító. Ennek a fordítottja is lehetséges: állatokon patológiás állapotot létrehozó szer emberre ártalmatlan, és így akár gyógyszerként is használható. Klasszikus példa erre a penicillin, amely tengerimalacra erősen toxikus, több laboratóriumi állatfajban fejlődési rendellenességet okoz, emberben azonban meglehetősen biztonságos. A közkedvelt aszpirin teratogén hatású patkányon, egéren, tengerimalacon, macskán, kutyán, majmokon, emberen azonban nem tűnik annak. A klinikumban széles körben alkalmazott corticosteroidok rágcsálókon teratogén hatásúak, emberen ilyen szempontból ártalmatlannak tűnnek[94].

Az állatkísérletek a második feltételnek sem felelnek meg. Az emberi populációk genetikailag változatosak, és nagyon sokféle környezetben élnek. A laboratóriumi állatok ezzel szemben általában beltenyésztettek, így genetikailag meglehetősen homogének, és körülményeik azonosak. Így általában néhány száz, rövid ideig élő kísérleti állaton kapott eredmény alapján kell következtetni arra, mi lesz például egy gyógyszer hatása emberek százmillióira, akik rendkívül eltérő körülmények között élnek, és élettartamuk is jóval hosszabb, mint a kísérleti állatoké. Ráadásul emberen az illető gyógyszer nem önmagában, gondosan kontrollálva kerül a szervezetbe, hanem más anyagokkal kombinálódva, és ezek a kombinációk sok ezer lehetőséget jelentenek, amelyeket lehetetlen előzőleg állatkísérleten tesztelni[95].

A harmadik és a negyedik feltétel még ritkábban teljesül, mint az első kettő. Egyrészt – mint láttuk – ma egyszerűen nem tudjuk, hogy pontosan hogyan, milyen szabályok szerint lehet az állatkísérletek adataiból emberre érvényes következtetést levonni. A gyakorlatban pedig a különböző engedélyező testületek igen ellentmondásosan vonnak le következtetéseket az állatkísérletek eredményeiből. Ilyen esetekben két, egymással ellentétes alapelvből lehet kiindulni. Az egyik az ártalmatlanság vélelme, amely szerint egy új kemikália ártalmatlannak tekintendő mindaddig, amíg ártalmassága be nem bizonyosodott. Ez az elv helytelen, mégis gyakran alkalmazzák, hiszen az ipar, az üzlet és általában a termelők, a gyártók érdekeinek ez kedvez. (Becslések szerint ma kb. 40 000 féle nem tesztelt kémiai anyag található környezetünkben, amelyekkel ilyen vagy olyan formában kapcsolatba kerülünk[96].) A fogyasztók védelmét inkább a helyesebbnek tűnő másik elv, az ártalmasság vélelmének elve biztosítaná. Eszerint egy új kemikáliát ártalmasnak kell tekintenünk mindaddig, amíg az ellenkezője be nem bizonyosodik. Példák nagy számban kínálkoznak mindkét elv alkalmazására. Például a széles körben alkalmazott élelmiszer-adalékanyag, a butil-hidroxianizol (BHA, E320) állatkísérletek szerint rágcsálókon rákkeltő. Ez elegendőnek bizonyult, hogy Japánban a termék használatát megtiltsák, viszont az USA-ban és az Európai Közösség országaiban használatát engedélyezték.

Hasonlóképpen azonos toxikológiai eredmények alapján két peszticidet (az aldrint és a dieldrint) az USA-ban rákkeltőnek ítéltek, míg Angliában biztonságosnak[97].

Látható tehát, hogy az állatkísérletek eredményeinek emberre való extrapolálhatóságának megoldatlan kérdései miatt sokféleképpen lehet érvelni. Ha egy szer állatkísérletekben károsnak bizonyul, a szert forgalmazó lobbi érvelhet úgy, hogy ez csak a szer állaton való ártalmasságát bizonyítja, és mivel nincs közvetlen bizonyíték az emberre való ártalmasságra, a szer forgalmazását, használatát engedélyezni kell. A fogyasztók oldaláról viszont az ellenkező érvelés éppúgy jogosult: ha egy szer állatkísérletekben ártalmatlannak bizonyult, ez még mindig nem bizonyíték arra, hogy emberben is ártalmatlan lesz, így használata csak megfelelő óvatossággal, esetleg korlátozással engedélyezhető. Akármelyik megközelítést fogadjuk azonban el, alkalmazásában következetességre lenne szükség. Ha például az állatkísérletek negatív eredményét a szer biztonságossága bizonyítékának fogadják el (a gyakorlatban általában ez a helyzet), akkor az állatkísérletek káros hatást bizonyító eredményeit a szer emberre való káros hatása bizonyítékának is kellene tekinteni. Vagyis nem lehet azt a (termelői érdekeket szolgáló) eljárást követni, hogy az állatkísérletek negatív eredményét az illető szer biztonságos volta bizonyítékának fogadják el, a káros hatásokat bizonyító eredményt azonban nem tekintik bizonyítéknak arra, hogy a szer emberre is káros lesz[98].

Hasonló a helyzet akkor is, amikor az állatkísérleti adatok és az emberen szerzett klinikai és epidemiológiai adatok ellentmondanak egymásnak. Ilyenkor sok kutató az állatkísérleti adatoknak jobban hisz, a klinikai adatok kisszámú voltára, statisztikailag nem bizonyító jellegére hivatkozva.

Összefoglalva tehát gyakran megfigyelhető, hogy az állatkísérletek adatait figyelembe veszik, mikor azok a termelők számára kedvezőnek tűnnek, nem fogadják el azonban akkor, amikor az egy termék forgalmazásának korlátozása irányába mutatna. Így az állatkísérletek – extrapolálhatóságuk bizonytalansága miatt – sokszor nem a potenciális fogyasztók, használók védelmét szolgálják, hanem a termelők számára jelentenek tudományosan sokszor kétes értékű érveket az engedélyezési procedúra útvesztőiben. Egy szer bevezetése előtt végzett állatkísérletek nem zárják ki annak lehetőségét, hogy emberen alkalmazva az adott anyagot komoly károsodás következik be. Így a kísérlet sokszor csak a lelkiismeret és a közvélemény megnyugtatására szolgáló rituálé, és nem tényleges bizonyíték egy-egy szer ártalmatlansága mellett[99].

Létezik azonban a termelői és a fogyasztói érdekektől független, elméleti tudományos probléma is. Mint láttuk, az ember és az állat sokszor másképp reagál ugyanarra az anyagra. Mivel ma a gyógyszerfejlesztés és -tesztelés standard metodikája szerint egy új szert először állatokon próbálnak ki, és csak utána tesztelik emberen, ennek csak egyik veszélye az, hogy az állatban ártalmatlan

szer emberre ártalmas lehet. Ennél nem kisebb veszély az orvostudomány haladása szempontjából az, hogy állatokon ártalmasnak ítélt szereket ki sem próbálnak emberen, így ki sem derülhet, hogy a szer esetleg emberre ártalmatlan, viszont valamilyen terápiás hatása igen jelentős lenne. Sok ma használatos, nagy hatású gyógyszer soha nem került volna emberi alkalmazásra, ha először állatokon próbálták volna ki.

A penicillin, a digitalis, a salicylatok, a streptomycin, a corticosteroidok soha nem kerültek volna emberi felhasználásra, ha ezeket a szereket ma fejlesztenék ki, és először állatokon tesztelnék. Így az állatkísérletek túlsúlyba kerülése, túlértékelése nemhogy nem segíti a tudományos haladást, hanem egyenesen gátja lehet! Azokat, akik rámutatnak az állatkísérletekkel kapcsolatos etikai problémákra, gyakran úgy próbálják sarokba szorítani, hogy megkérdezik tőlük: Kinek az élete a fontosabb, egy gyereké vagy egy tengerimalacé? Mint láttuk azonban, az igazi választás sokszor nem az ember és az állat élete közötti, hanem a kísérletezés tudományosan megbízható és megbízhatatlan formái közötti választásé[100]. Így az állatkísérletek következtetéseinek egyszerű kiterjesztése emberre tudományosan nem helytálló, és egyéb módszerek használata, illetve előtérbe kerülése nemcsak etikai, hanem tudományos okokból is ajánlható.

Az állatkísérletek alternatívái

Mind tudományos, mind etikai érvek szólnak amellett, hogy az állatkísérletekkel párhuzamosan, illetve helyettük alternatív módszereket is használjanak a kutatásban. Ezek sok esetben tudományosan is megbízhatóbbak az állatkísérleteknél, és már pusztán ezért erkölcsileg helyeselhetők. Etikailag azért is ajánlhatók, mert csökkentik a kísérletek során felhasznált állatok számát, és így a kísérlet morális költségeként jelentkező állati szenvedést is. Az állatkísérletek alternatívái közé tartoznak az in vitro kísérleti módszerek, a számítógépes szimulációs vizsgálatok, a nem érzőképes élőlényeken való kísérletezés, a fizikai-kémiai módszerek, az emberkísérletek bizonyos formái, és néhány esetben a mechanikus modellek alkalmazása.

In vitro módszerek. Ezek során állati vagy emberi eredetű sejtalkotórészek, sejt-, illetve szövetkultúrák, továbbá szervalkotórészek vagy egészben életben tartott szervek (ún. szervkultúrák) segítségével történik a kísérletezés. Emberi eredetű sejteket, szöveteket használva a tanulmányozandó vegyület hatását közvetlenül emberi anyagon lehet vizsgálni, így kiküszöbölődik az állatról emberre való extrapoláció nehézsége. Ilyen módon lehet kipróbálni például

megfelelőnek, ahol „kiválthatja" az oltóanyag élő állaton való termeltetését. (Az első ilyen vakcinák az 1953-as Salk- és az 1956-os Sabin-vakcina volt, de azóta sok más oltóanyag is készült ily módon[101].)

Ide tartozik még az ún. LAL-teszt (Limulus amoebocyta lysate), amelynek reagensét egy rákféle véréből állítják elő. A teszt segítségével intravénás emberi használatra szánt oldatok pyrogen (lázkeltő) hatását vizsgálják. Korábban a pyrogentesztet nyúlon végezték, a LAL azonban kb. 100-szor érzékenyebb módszer, és etikailag is megnyugtatóbb[102].

Számítógépes szimulációs vizsgálatok. Ezek keretében életfolyamatok számítógépen futtatható matematikai modelljét készítik el. Ezután a modell validálása következik, amelynek során vizsgálják, hogy bizonyos paraméterek megváltoztatása a modellben ugyanazt a reakciót eredményezi-e, mint amit az élő szervezetben tapasztalunk. Különösen toxikológiai tesztelésekben lehetnek ezek a modellek hasznosak, hiszen az eddig állatokon elvégzett sok ezer toxicitási teszt adatait modellezve következtetések vonhatók le új, eddig még állatokon nem tesztelt anyag metabolizmusára, toxikológiai tulajdonságaira vonatkozólag, állatok tényleges felhasználása nélkül[103]. Komputeres modellek emberre is készültek. Ilyen a Los Alamosban kidolgozott HUMTRN (humán transzport) program, amelyik az emberi szervezet transzportfolyamatait modellálja, és segítségével vizsgálható, mi lesz egy ismert kémiai összetételű anyag sorsa az emberi szervezetbe juttatva[104].

Fizikai-kémiai módszerek. Ezekkel a módszerekkel olyan anyagok jelenlétét, vagy mennyiségi titrálását lehet elvégezni, amelyeket korábban csak élő állatokat felhasználó bioessay segítségével lehetett kimutatni. Ilyenek például a nagy teljesítményű folyadékkromatográfiás vagy tömegspektrofotometriás eljárások. Folyadékkromatográfiával elvégezhető például különböző anyagok vitamintartalmának meghatározása. Az előállított insulin hatásosságának vizsgálatát is, amelyet korábban egereken végeztek, ma már egyre inkább folyadékkromatográfiával ellenőrzik. Hasonlóképpen a terhességi tesztek is, amelyekhez korábban békákat, nyulakat használtak, ma már egyre inkább fizikai-kémiai módszereken alapulnak[105].

Nem érzőképes vagy kisebb érzőképességű élőlények felhasználása az állatkísérletekben. Ez azt jelenti, hogy gerincesek helyett lehetőleg a kisebb érzőképességű gerinctelen állatokat, vagy gerincesek még érzőképtelen embryóit használjuk fel a kísérletek során. (Az angol állatvédelmi törvény, az Animals /Scientific Procedures/ Act 1986 gerinces állatok embryóit, magzatait is védendőnek tekinti a fájdalomérző képesség kialakulása után. Ez általában akkor alakul ki, amikor a fejlődő embryo túljutott a fajra jellemző gestatiós, illetve inkubációs idő felén.) Ide tartozik például a Hydra coelenterata felhasználása valamely anyag teratogén hatá-

sának vizsgálata céljából (a teratogén anyagok általában a hydra természetes fejlődésében is zavart idéznek elő), élesztőgombák felhasználása egy anyag fototoxikusságának vizsgálatára a szokásos egér helyett (a fototoxinok fény hatására általában gátolják az élesztőgombák szaporodását), vagy a CAM-teszt, amelyre tyúktojás chorioallantoin hártyáját használják fel. (CAM = Chorio-Allantoin Membrán.) Ez a módszer alkalmas lehet arra, hogy különböző anyagok szemkárosító hatását vizsgálják fájdalommentesen, hiszen a chorioallantoin hártya fájdalomérző rostokat nem tartalmaz. Így ez helyettesítheti az ilyen vizsgálatokhoz kobban felhasznált nyulakat (Draize-teszt), mely módszer mindig is az állatvédő mozgalmak céltáblája volt[106].

Emberkísérletek. Furcsa módon emberkísérletek is helyettesíthetnek állatkísérleteket. Itt elsősorban klinikai, epidemiológiai vizsgálatok adatai kerülnek szóba, amelyek szakértő analízise sok állatkísérletet tesz feleslegessé. Az epidemiológiai vizsgálatok eredményei sokszor megbízhatóbbak, mint az állatkísérletek, hiszen az utóbbiak emberre vonatkoztatása mindig kétséges. Az eddig ismert, emberen bizonyítottan rákkeltő 26 féle vegyület, illetve vegyületcsoport nagy részét például epidemiológiai módszerekkel azonosították, és nem állatkísérletekkel. Öngyilkossági szándékkal vagy tévedésből bekövetkezett mérgezések klinikai analízise is sokszor megbízhatóbb eredményekre vezet az egyes anyagok toxikológiai jellemzőinek vizsgálatakor, mint az állatkísérletek.

Az állatkísérletek sokat vitatott alternatívája lenne az agyhalottakon való kísérletezés. Az agyhalottak jogilag és morálisan halottnak számítanak, szervátültetés céljából sokszor például agyhalottak szerveit használják fel. Ugyanakkor az agyhalott biológiailag még él, és életfunkciói (légzés, keringés) mesterséges eszközökkel rövid ideig még fenntarthatók. Az agyhalottakon tehát – a hozzátartozók, illetve az elhunyt korábbi beleegyezése alapján – toxikológiai, oktatási stb. kísérleteket lehetne végezni, amelyek egyrészt tudományosan megbízhatóbbak lennének, mint az állatkísérletek, másrészt állati szenvedést takarítanának meg. Bár ilyen kísérleteket már végeztek, ez ma még túl költséges, és sokféle etikai, jogi stb. kifogás hozható fel e gyakorlat ellen[107].

Mechanikus módszerek. Több esetben használtak állatokat autóbaleset során történő sérülések hatásának a vizsgálatára, égés ellen védő anyagok tesztelésére égetéses kísérletek során stb.

Ma már sokféle mechanikus eszköz létezik az állatok „kiváltására" az ilyen jellegű kísérletekben. Ilyen például a General Motors által kifejlesztett „mesterséges emberi nyak", és a „thermoember", amelyen az egyes védőöltözékek égés elleni védő hatása vizsgálható stb.[108]

Az állatkísérleteket helyettesítő alternatívák száma napról napra növekszik, ezért állatkísérletek tervezésekor mindig figyelemmel kell lenni ezek létezésére. Használatuk nem teszi feleslegessé az állatkísérleteket, de számukat lényegesen csökkenti, így a kísérletek morális költségeként jelentkező állati szenvedés mérsékléséhez vezet.

AZ ÁLLATKÍSÉRLETEK SZABÁLYOZÁSÁNAK JOGI, INTÉZMÉNYES ÉS GYAKORLATI KÉRDÉSEI

A legtöbb ország törvénye elfogadja azt, hogy állatokat az ember érdekében meg lehet ölni, illetve állatokon az ember érdekében fájdalmas kísérletet lehet végezni. Az állatkísérletek jogi szabályozása általában csak az állatoknak okozható fájdalom mértékét korlátozza, illetve meghatározza azokat a célokat, amelyek érdekében állatoknak fájdalom okozható. Itt különféle megoldások lehetségesek. A dán állatvédelmi törvény például korlátozza az állatok oktatási célú felhasználását[109], a német törvény – néhány kivétellel – megtiltja tisztítószerek, kozmetikumok állatokon való tesztelését stb.[110] A legkidolgozottabb és legnagyobb hagyományokkal rendelkező az angol állatvédelmi törvény, az Animals (Scientific Procedures) Act 1986, amelyik a világ első állatvédelmi törvényét, az ugyancsak angol Cruelty to Animals Act 1876-ot váltotta fel. A törvény szerint védett állat minden gerinces, továbbá ezek embryói is, fájdalomérző képességüktől kezdve. Ennek kezdete halak, kétéltűek esetében az önálló táplálkozásra képes forma megjelenése, hüllők, madarak és emlősök esetében pedig az embryonalis egyedfejlődés félidejénél idősebb forma[111].

Minden védett állaton való kísérletezéshez kétféle engedély szükséges. Egyfelől a kísérletet végző személynek egyéni engedélyt kell kapnia, amely feljogosítja őt arra, hogy kísérletet végezzen. Ezt az engedélyt akkor kapja meg, ha bizonyítható, hogy az illetőt megfelelően kiképezték a használandó állatfajjal kapcsolatos bánásmód tecnikai és etikai szabályaira. A kísérlet tényleges elvégzéséhez még egy második engedély is szükséges, a kísérleti protokoll jóváhagyása. A kísérleti protokollnak a tervezett kísérlet részletes leírását kell tartalmaznia. Ezt csak akkor hagyják jóvá, ha a kísérlet csak állatokon végezhető, vagyis a kísérleti célt más, alternatív módszerekkel nem lehet elérni, továbbá ha a kísérlet fontossága arányban áll az általa okozott állati szenvedés mértékével. Szigorú előírás, hogy a kísérletet be kell fejezni, és a kísérleti állatot meg kell ölni, ha a kísérlet során komoly állati szenvedés tapasztalható, tekintet nélkül arra, hogy a kísérletet befejezték-e vagy sem[112].

Minden kísérletnél három személyt kell megnevezni, akik az állatok állapotáért felelősek lesznek. Az egyik a kísérlet vezetője, a másik, aki az állat napi gondozását ellátja, a harmadik pedig az az állatorvos, aki az állatok állatorvosi ellátásáért felelős.

A kísérlet során nem szabad felhasználni olyan kutyát vagy macskát, amelyet nem ismert tenyésztőtől szereztek be. Ez a kikötés elejét akarja venni annak, hogy ellopott vagy elkóborolt háziállatokat adjanak el laboratóriumoknak állatkísérlet céljából. Az a gyanú, hogy laboratóriumok ilyen állatokat használnak fel, állandóan felvetődik, és nagy felháborodást kelt, így e kikötéssel ez a probléma megoldható[113].

A törvény betartásáért felelős kormányhivatal rendszeresen ellenőrzi az állatkísérleteket folytató intézményeket, az állatok tartásának és az állatkísérleteknek a körülményeit. A kísérleti protokoll értékelését, és végső soron az állatkísérletek engedélyezését etikai bizottságok végzik. Ezek összetétele változatos. Általános, hogy vegyenek részt benne állatkísérletet folytató kutatók, orvosok, biológusok, de legyen a tagok között állatorvos (akit esküje az állati szenvedés mérséklésére kötelez), filozófus, statisztikus, és lehetőleg egy személy, aki állatvédő, aki az állati érdekek elkötelezett szószólója[114].

E szabályok alapvető célja tehát az állatkísérletek fájdalommentességének a biztosítása. Erre nemcsak etikai, hanem tudományos okból is szükség van. Ha az állat tartásának körülményei vagy a kísérleti módszerek következtében szenved, ez meghamisíthatja a kísérlet eredményét, hiszen a fájdalom, a distressz körülményei között tartott állat reakciói mások, mint a „normális" körülmények között tartott állaté. Így a komoly szenvedéssel járó kísérlet (hacsak nem kifejezetten a fájdalomérzés vizsgálatával kapcsolatos kísérletről van szó, például fájdalomcsillapítók hatáserősségének a vizsgálata kapcsán) nemcsak etikailag kifogásolható, hanem tudományosan pontatlan is. Ezért mind kísérleti, mind (etikai okokból) nem kísérleti (például állattenyésztés) állatokkal kapcsolatban megfogalmazható, hogy az állatnak mentesnek kell lennie ötféle korlátozástól:

- az éhségtől, a szomjúságtól, az éhezéstől
- a krónikus diszkomforttól
- a sérüléstől és a betegségtől
- a félelemtől és a stressztől
- a természetes viselkedési mintáit korlátozó körülményektől.

Az állatok eme 5 „szabadsága" az etikus állattartás elengedhetetlen és alapvető feltétele mind kísérleti, mind kísérleten kívüli körülmények között[115].

A magyar állatvédelmi törvény. 1998 márciusában fogadta el az Országgyűlés Magyarország első állatvédelmi törvényét, mely 1999. január 1. óta hatályos.[121] A törvény előírja, hogy minden állattartónak „a jó gazda gondosságával" kell eljárnia, vagyis az állatnak olyan életfeltételeket kell biztosítania, mely az állat fajának, élettani szükségleteinek megfelel.[122]
Tiltja az állat kínzását, kényszertakarmányozását (de a libatoll tépését, a liba- és

a kacsatömést nem)[123], tiltja állatviadalok szervezését, ill. az azokon való részvételt.[124]

Előírja, hogy állaton fájdalommal járó beavatkozás csak érzéstelenítéssel végezhető, kivéve, ha az érzéstelenítés, illetve az ahhoz szükséges rögzítés legalább akkora fájdalommal járna, mint maga a bevatakozás.[125]

A törvény deklarálja, hogy az állat életét elfogadható ok nélkül kioltani nem szabad[126], s ha az állat életének kioltása mégis szükséges, arra – bizonyos kivételektől eltekintve – csak kábítás után kerülhet sor.[127]

A törvény szabályozza az állatkísérleteket is. Előírása szerint állatkísérlet csak engedéllyel végezhető, [128] de „Szépítőszer, dohány- és egyéb élvezeti cikk, valamint fegyver, ennek alkatrésze, továbbá lőszer előállítása céljából tervezett kísérletre engedély nem adható."[129]

A törvény előírja, hogy ha lehetséges, az állatkísérleteket más módszerekkel kell helyettesíteni,[130] vagy ha ez lehetetlen, akkor a kísérlethez felhasznált állatok számát a feltétlenül szükséges minimumra kell csökkenteni.[131]

A törvény csak abban az esetben engedi meg, hogy fájdalmas kísérleteket fájdalomcsillapítás nélkül végezzenek, ha a fájdalomcsillapítás maga nagyobb megterheléssel járna a kísérleti állatra, mint a mellőzése, vagy a kísérlet eredményét értékelhetetlenné tenné.[132] Súlyos szenvedéssel járó kísérlet ugyanazon az állaton azonban ismételten nem végezhető.[133]

A törvény előírja, hogy állatkísérletet csak az végezhet, aki „...erre képesítő oktatásban részesült."[134]

A törvény szerint „Állatkísérlet végzésére – ha csak az oktatás céljából más nem következik – oktatási intézményben senki sem kötelezhető."[135]

A törvény – bizonyos kivételek megengedésével – tiltja, hogy befogott kóbor állatokat állatkísérletek céljára használjanak fel.[136]

A törvény előírásai szerint minden állatkísérletet engedélyeztetni kell az állategészségügyi hatósággal,[137] továbbá az állatkísérletet végző intézményekben munkahelyi állatkísérleti bizottságokat (MÁB) kell létrehozni.[138] A MÁB kidolgozza az adott intézmény állatkísérleti etikai kódexét, ellenőrzi annak végrehajtását, s szervezi az intézmény állatkísérletet végző dolgozóinak oktatását és továbbképzését.[139]

A törvény előírja, hogy az állatvédelmi hatósági feladatok ellátásának elősegítésére olyan szakértői testületet kell létrehozni, melyben a bejegyzett országos állatvédő társadalmi szervezetek is részt vesznek.[140]

Egészében véve a törvény – noha előremutató szabályai számos kivételt, kibúvót, „kiskaput" tartalmaznak, s több fontos kérdésre nem térnek ki – mégis jelentős előrelépést jelent, hiszen Magyarországon először szabályozza törvényi szinten az állatokkal való bánásmód nálunk hagyományosan elhanyagolt területét.

ZÁRÓ MEGJEGYZÉSEK

Ma még nagyon sok tényező hat abba az irányba, hogy az állatokkal való bánásmód során etikai szempontokat ne vegyünk figyelembe. Ebbe az irányba taszít bennünket a sok ezer éves tradíció, és ebbe az irányba mutat a tudományos képzés, és egyáltalán, a tudomány érthetően objektivitásra törekvő, de ugyanakkor érzelmileg távolságot teremtő kifejezésmódja is.

A tudományos képzés során a diákok és a hallgatók egyfajta deszenzibilizálása megy végbe az állati szenvedéssel kapcsolatban. A képzés során nemcsak tudományos fogalmakat tanulnak, hanem mentalitást, beállítottságot is, amelynek implicit üzenete: az állatok felhasználhatók, akár meg is ölhetők a tudomány érdekében. A tanulmányok alatt az ilyen kísérletek morális költsége nem hangsúlyozódik eléggé, és az ilyen módon érzékeny hallgatót érzelgősnek, esetleg a tudományos munkára alkalmatlannak nevezve jelentős a nyomás a már gyakorló kutatók állatokkal kapcsolatos normáinak az elfogadása irányába. Az így létrejött állapotot SINGER „kondicionált etikai vakságnak" nevezi[116]. Mindezt kiegészíti a tudomány objektivitásra törekvő, érzelmileg elsemlegesítő nyelve, amely tudományos cikkekben sohasem vonyító, szűkölő, menekülni próbáló kutyáról beszél, hanem fájdalomreakcióról, vokalizációról, averzív reakciókról stb. Ily módon eltompul az eredetileg mindenkiben meglévő érzékenység, és érzelmileg elszigetelődünk attól, mi is történik valójában a kísérleti állatokkal[117]. Mindez egyben egyfajta racionalizálási folyamatot is beindíthat, amelynek segítségével elhitetjük magunkkal, hogy az állati szenvedés nem számít, morálisan nem fontos, és mindezzel azt bizonyítjuk önmagunk számára, hogy az állatokkal való bánásmódunk helyes, és nem szorul változtatásra.

Valójában, mint láttuk, az állatokkal való kapcsolatunk még ma is nagyrészt egy DARWIN előtti természetfelfogáson alapul, amely az embert radikálisan különbözőnek tekinti az állatoktól. Ez a felfogás az „emberséges" jelzőt dicséretként, az „embertelen" jelzőt elítélő értelemben használja[118]. Eme „népi" felfogás az állatokat mindenre képes szörnyetegeknek tekinti, amelyek viselkedése kiszámíthatatlan, kaotikus, és akikkel szemben – éppen szörnyeteg voltuk miatt – bármi megengedhető[119]. Ezzel szemben az embert – különösen a francia felvilágosodás óta – mint racionális és maradéktalanul jó lényt fogja fel (például ROUSSEAU), akit csak a társadalom „ront meg", és így az emberben található negatív, az állatra emlékeztető tulajdonságokat történelmi, társadalmi termékeknek tartja, amelyek a társadalom megváltoztatásával eltüntethetők.

A darwini természetkép azonban arra kényszerít bennünket, hogy felismerjük az ember és az állat közötti folytonosságot. Ez egyrészt az állati természetet sem tekinti rendezetlennek, hiszen az állati viselkedés is szigorú törvények által irányított, másrészt elismeri az emberi természetben meglévő „állati" elemeket, az abban

megtalálható rosszat, kegyetlenséget is[120]. Mindez nemcsak az ember jobb megértését teszi lehetővé, hanem nagyon jó ellenszert, egyfajta „antidotumot" jelenthet a dölyf és önhittség ellen, mely az embernek a természetben elfoglalt helyét illető véleményekre oly gyakran jellemző volt. Az ember csak a benne lévő állat figyelembevételével érthető meg. És az állatokhoz való hasonlóságunk elismerése remélhetőleg az állatokkal való bánásmód javulását is fogja eredményezni.

Jegyzetek a 14. fejezethez*

[1]*Bacon, F.:* Novum Organum. III. Művelt Nép kiadó. 1954 (p. 27)
[2]*Callicott, J. B.* (1992): La Nature est morte, vive la nature! Hastings Center Report, September–October 1992. (p. 18)
[3]*Wilson, O. E.* (1978): On Human Nature. Harvard University Press (p. 25)
[4]*Midgley, Mary* (1980): Beast and Man. The Roots of Human Nature. Bristol, Methuen (p. xxii)
[5]*Regan, T.* (1989): Ill-gotten gains. In: *Langley, G.* (ed.) (1989): Animal Eperimentation. The Consensus Changes. New York, Chapman and Hall (p. 22)
[6]*Singer, P.* (1990): Animal Liberation (2nd ed.) London, Jonathan Cape (p. 53)
[7]Ibid. (p. 54)
[8]Ibid. (p. 55)
[9]Ibid. (p. 30)
[10]*Regan, T.* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989), i. m. (p. 22)
[11]*Dresser, Rebecca* (1988): Standards for animal research: looking at the middle. In: Animals in Research. The Journal of Medicine and Philosophy. Vol. 13. No. 2. May, 1988.
[12]*Singer, P.* (1990): i. m. (pp. 101–102, p. 121)
[13]Ibid. (p. 110)
[14]Ibid. (p. 134)
[15]Ibid. (p. 153)
[16]Ibid. (p. 118)
[17]Ibid. (p. 107)
[18]Biblia, Ter. 1:26.
[19]Biblia, Ter. 9:3.
[20]*Arisztotelész:* Politika. 1256. b.
[21]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 191)
[22]Ibid. (p. 192)
[23]Ibid. (p. 196)
[24]*Regan, T.* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m.
[25]*Rachels, J.* (1991): Created from Animals. The moral implications of Darwinism. Oxford–New York, Oxford University Press (p. 130)
[26]*Bentham, J.* (1789): Introduction to the Principles of Morals and Legislation. New York, Hafner Press, 1948. (Chapter 17, lábjegyzet)
[27]*Midgley, Mary* (1989): Are you an animal? In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 8)
[28]*Midgley, Mary* (1980): i. m. Methuen. (p. 35)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[29]*Rachels, J.* (1991): i. m. (p. 4)
[30]Ibid. (p. 133)
[31]Ibid. (p. 136)
[32]Ibid. (p. 144)
[33]*Midgley, Mary* (1980): i. m. (pp. 52–53)
[34]*Rachels, J.* (1991), i. m. (pp. 144–146)
[35]*Midgley, Mary* (1989) i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (pp. 12–13)
[36]*Singer, P.* (1982): Practical Ethics. Cambridge University Press (Chapter 2)
[37]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 6)
[38]*Rachels, J.* (1991): i. m. (p. 180)
[39]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 17)
[40]Ibid. (pp. 84–85)
[41]Ibid. (p. 6)
[42]*Rachels, J.* (1991): i. m. (219)
[43]Ibid. (p. 220)
[44]*Singer, P.* (1990): i. m. (pp. 81–82)
[45]*Singer, P.* (1981): The Expanding Circle. Oxford, Clarendon Press
[46]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 1)
[47]Ibid. (p. 94)
[48]Ibid. (p. v.)
[49]*Rachels, J.* (1991): i. m. (p. 186)
[50]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 6)
[51]*Rachels, J.* (1991): i. m. (p. 187)
[52]Ibid. (pp. 188–189)
[53]Ibid. (p. 192)
[54]Ibid. (p. 193)
[55]*Sapontsis, S. F.:* On justifying the exploitation of animals in research. In: The Journal of Medicine and Philosophy Vol 13. No. 2. May 1988. (p. 185)
[56]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 237–238)
[57]*Rachels, J.* (1991): i. m. (p. 194)
[58]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 20–21)
[59]Ibid. (p. 27)
[60]Ibid. (p. 219)
[61]Ibid. (p. iv)
[62]*Bentham, J.* (1789): i. m. (Chapter 17, lábjegyzet.)
[63]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 85)
[64]Ibid. (p. 173)
[65]Ibid. (pp. 159–162)
[66]Ibid. (p. 165)
[67]Ibid. (p. 166)
[68]Ibid. (p. 247)
[69]Ibid. (p. 220)
[70]*Langley, G.* (1989): Plea for a Sensitive Science. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 213)
[71]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 222)
[72]*Regan, T.* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 25)
[73]*Singer, P.* (1990): i. m. (pp. 229–230)
[74]*Singer, P.* (1982): i. m.

[75]*Frey, R. G.* (1988): Moral standing, the value of lives, and speciesism. Between the Species, 4, No. 3. (Summer 1988), (pp. 191–201) Cit.: Gruen, Lori (1991): Animals. In: *Singer, P.* (ed.) (1991): A Companion to Ethics. Cambridge: Basic Blackwell. (p. 345)
[76]*Regan, T.* (1983): The Case for Animal Rights. California, University of California Press
[77]*Regan, T.* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (pp. 38–40)
[78]*Gruen, Lori* (1991): i. m. In: *Singer, P.* (1991): i. m. (p. 347)
[79]*Sumner, L. W.:* Animal welfare and animal rights. Journal of Medicine and Philosophy. Vol. 13. No. 2. May 1988. (p. 164)
[80]*Finsen, L.* (1988): Institutional animal care and use committees: a new set of clothes for the Emperor? Journal of Medicine and Philosophy. Vol. 13. No. 2. May 1988. (p. 152)
[81]*Donnelley, S., Nolan, Kathleen* (ed.) (1990): Animals, Science, and Ethics. A Special Supplement of the Hastings Center Report, May–June, 1990 (p. 13)
[82]Ibid. (p. 14.)
[83]*Midgley, Mary* (1980): i. m. (p. 349)
[84]*Donnelley, S., Nolan, Kathleen* (1990): i. m. (p. 14)
[85]Ibid. (p. 28)
[86]Ibid. (p. 27)
[87]Ibid. (p. 12)
[88]*Hampson, Judith:* Legislation and the Changing Consensus. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 224)
[89]*Donnelley, S., Nolan, Kathleen* (1990): i. m. (p. 29)
[90]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 247)
[91]*Donnelley, S., Nolan, Kathleen* (1990): i. m. (p. 29)
[92]*Millstone, E.* (1989): Methods and Practices of Animal Experimentation. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 73)
[93]Ibid. (pp. 74–75)
[94]*Sharpe, R.* (1989): Animal Experiments – A Failed Technology. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 106)
[95]*Millstone, E.* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 77)
[96]*Sharpe, R.* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 104)
[97]*Millstone, E.* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 80)
[98]Ibid. (p. 81)
[99]Ibid. (pp. 83–84)
[100]*Sharpe, R.* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 111)
[101]*Stephens, M.* (1989): Replacing animal experiments. In: Langley, G. (1989): i. m. (p. 147)
[102]Ibid. (p. 148)
[103]Ibid. (p. 149)
[104]Ibid. (p. 150)
[105]Ibid. (p. 151)
[106]Ibid. (p. 152)
[107]Ibid. (p. 154)
[108]Ibid. (p. 157)
[109]*Hampson, Judith* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 230)
[110]Ibid. (p. 232)
[111]Ibid. (p. 222)
[112]Ibid. (pp. 222–224)
[113]Ibid. (p. 225)
[114]Ibid. (p. 226)
[115]Agricultural and Food Research Council (AFRC) Gudelines on the use of animals in research. Polaris House. (p. 4)
[116]*Singer, P.* (1990): i. m. (p. 71)

[117]*Langley, G.* (1989): i. m. In: *Langley, G.* (1989): i. m. (p. 198)
[118]*Midgley, Mary* (1980): i. m. (p. 35)
[119]Ibid. (pp. 25–27)
[120]Ibid. (p. 31)
[121]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről.
[122]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 4.§ (1) bek.
[123]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 6.§ (2) bek.
[124]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 7.§ (1) bek.
[125]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 9.§ (2) bek.
[126]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 11.§
[127]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 12.§ (1) bek.
[128]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 25.§ (2) bek.
[129]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 25.§ (6) bek.
[130]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 26.§
[131]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 27.§ (1) bek.
[132]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 28.§ (1) bek.
[133]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 28.§ (2) bek.
[134]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 30.§ (2) bek.
[135]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 30.§ (3) bek.
[136]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 31.§ (2) bek.
[137]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 32.§ (3) bek.
[138]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 33.§
[139]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 34.§
[140]1998. évi XXVIII. törvény az állatok védelméről és kíméletéről. 47.§

15. fejezet – Az emberkísérletek etikai kérdései

Az orvostudomány története sajnos bővelkedik olyan gyógyszerekben, gyógyító eljárásokban, amelyeket az orvosok hosszú időn keresztül és igen széles körben alkalmaztak, és amelyekről utólag bebizonyosodott, hogy hatástalanok vagy egyenesen ártalmasak az adott betegség kezelése szempontjából. Mintegy 1600 éven keresztül tartotta magát például az a vélemény, hogy gyógyuló sebre jótékony hatást gyakorol a gennyesedés, amelyet a sebgyógyulás integráns részének tekintettek, és ezért azt a seb ellátásakor minden lehetséges módon igyekeztek elősegíteni[1]. Az antisepsis tana Angliában még LISTER felfedezése után is egy ideig köznevetség tárgya volt, és ezalatt sebészek egy teljes generációja törekedett arra, hogy gyógyuló sebekben gennyesedést idézzen elő[2]. Hátfájás ellen a nephropexia (a vese műtéti rögzítése) divatos kezelés volt közel 40 éven keresztül, amíg az 1930-as években az ilyen műtétek indokoltságát meg nem kérdőjelezték, és a műtéteket megszüntették. Addig úgy tartották, a hátfájást bizonyos esetekben a vese lesüllyedése okozza[3].

Hasonló példákat még bőségesen lehetne idézni a medicina történetéből, jelezve, hogy különböző terápiás eljárások hatékonyságának a megítélésére nem alkalmas a hagyományos orvosi adatgyűjtés módszere, amely egyedi esetek egymástól független megítélésén alapul. Ily módon tudományosan megbízható eredményeket nem lehet kapni, bármilyen nagyszámú betegre terjedjenek is ki a megfigyelések és bármilyen hosszú ideig végezzék is azokat. Az említettekhez hasonló tévedések kiküszöbölésére a medicinában e század negyvenes éveitől kezdve újfajta tudományos paradigma kezdett kibontakozni, amely mára már a modern medicina uralkodó paradigmája lett: a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletek paradigmája.

A RANDOMIZÁLT KONTROLLCSOPORTOS KLINIKAI KÍSÉRLETEK JELLEMZŐI

A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletnek a következő kritériumai vannak[4]:

- Minden randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet tartalmaz egy vagy esetleg több kísérleti csoportot, amelynek a tagjai a kísérletben vizsgálni kí-

ván új terápiás eljárásban részesülnek, továbbá egy kontrollcsoportot, amelynek tagjai vagy placebót, vagy – ha létezik – a már kipróbált standard terápiát kapják.

- A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben való részvételre alkalmasnak talált betegek beosztása az egyes csoportokba random módon történik, vagyis a kísérlet vezetői arra törekszenek, hogy a betegeknek az egyes csoportokba való bekerülése lehetőség szerint kizárólag a véletlenen múljék.
- A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletek – leginkább gyógyszerkísérletekben – ún. egyszerű vak próba vagy kettős vak próba formáját ölthetik, amikor is az orvos, illetve a betegek szubjektivitásának torzító hatását kivédendő vagy a betegek (egyszerű vak próba), vagy sem az orvosok, sem a betegek (kettős vak próba) nem tudják, hogy melyik beteg milyen terápiában részesül, vagyis a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet melyik csoportjában van. Ilyenkor kóddal jelzik, hogy melyik beteg ténylegesen milyen gyógyszert kap, és csak a kísérlet befejezése után fejtik meg a kódot.

A betegeknek a kísérleti vagy a kontrollcsoportba való random (véletlen) beosztása biztosítja, hogy bármely – a kísérlet eredményét befolyásoló – tényező egyenlő eséllyel kerülhessen be mindegyik csoportba. Így a randomizáció kiegyensúlyozza minden olyan faktor hatását, amelyet külön előre nem vettünk vagy nem vehettünk figyelembe[5].

Lehetséges más módon is kísérletezni, például nem randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérleteket végezni, ahol a kísérleti alanyokat az egyes csoportokba nem a véletlen alapján osztják be, hanem a két csoportot úgy állítják össze, hogy minden olyan tényező, amelyik a kísérletezők előzetes feltételezése szerint hatást gyakorol a terápiás eredményre (például kor, nem stb.), a két csoportban azonos arányban forduljon elő. Az ilyen módszer nagy hátránya azonban, hogy ily módon csak azoknak a tényezőknek a hatását tudják figyelembe venni, amelyek fontosságát már előre ismerik. Az általuk nem ismert, de az eredményt befolyásoló tényezők ilyenkor lehetséges, hogy nem egyenlő arányban fordulnak elő a két csoportban, és ez jelentősen torzíthatja a kísérlet eredményét. Ezért ma tudományosan a legmegfelelőbb eljárásnak az egyes terápiás eljárások hatásosságának vagy biztonságos voltának a megállapítására a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet tartják, a nem randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet csak a második legjobb eljárásnak minősül[6].

A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet lefolytatásának ismertetett szabályait betartva feltételezhető, hogy a két csoport által kapott terápia hatása közötti különbséget vagy a véletlen okozta, vagy a két terápia eltérő hatékonysága. A két csoport közötti különbséget mindig matematikai-statisztikai eljárásokkal kell elemezni. Ennek egyik típusa a szignifikanciavizsgálat, amely a ki-

sérlet eredményében szerepet játszó véletlen jelentőségének a felbecsülését teszi lehetővé. A szignifikanciapróba során a kiinduló feltételezés: a két csoport közötti eltérést a véletlen okozta, vagyis az általunk vizsgált két terápia között nincs hatékonyságbeli különbség. Ez a nullhipotézis. Ha azután az eredmény szignifikánsnak bizonyul, akkor elvetjük a nullhipotézist, és azt mondjuk: a két csoport közötti különbséget nem a véletlen, hanem a két terápia eltérő hatékonysága okozta[7]. A medicinában általában a 0,05-ös szignifikanciaszintet szokták elfogadni bizonyító erejűként, vagyis akkor tekintik tudományosan bizonyítottnak, hogy egy terápia egy randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben hatásos (vagy hatásosabb, mint a másik), ha a két csoport közti különbséget 5%-nál kisebb valószínűséggel okozhatta csak a véletlen, vagyis legalább 95%-os a valószínűsége annak, hogy a két csoport közötti különbség a két terápia eltérő hatékonyságának tudható be. Ez tehát azt jelenti, hogy egy kutató a medicinában általában akkor fogad el egy tudományos hipotézist igazságként, ha a kísérleti eredmények szerint 1:20-nál kisebb annak a valószínűsége, hogy a hipotézis nem helytálló.

A RANDOMIZÁLT KONTROLLCSOPORTOS KLINIKAI KÍSÉRLETTEL KAPCSOLATOS ÁLTALÁNOS ETIKAI DILEMMÁK

Az első és legfontosabb probléma az orvos kutatói és gyógyítói szerepe közötti konfliktus. Az orvos mint gyógyító klinikus legfőbb elve a „Salus aegroti suprema lex esto" (A beteg érdeke legyen a legfőbb törvény). Ezt a kötelességet számos nemzetközi orvosetikai kódex, deklaráció stb. is kimondja, és magában a hippokratészi esküben is szerepel. Ezzel szemben az orvosnak mint kutató tudósnak legfőbb kötelessége a tudomány fejlesztése, új terápiás, diagnosztikus, profilaktikus stb. eljárások kidolgozása, amelyek hatásosságának végső igazolására csak randomizált, kontrollcsoportos emberkísérletek segítségével van lehetőség. Ezek tudományosan korrekt kivitelezése viszont sokszor ellentétes a betegek egyéni érdekeivel. CLAYTON[8] szerint az orvosnak két, egymással szembenálló erkölcsi felelőssége van:

- Individualista erkölcs, amely szerint az orvos kötelessége az, hogy a létező tudományos eredmények szerinti legjobb kezelést nyújtsa mindegyik betegének. (Ez az orvos terápiás kötelessége.)
- Kollektivista erkölcs, mely szerint az orvos kötelessége, hogy a jövőbeli betegek érdekében az orvostudomány haladását elősegítse. (Ez az orvos kutatási kötelessége.)

Az orvos kutatási kötelessége azonban némelykor szemben állhat terápiás kötelességével. Az erkölcsileg helyesen lefolytatott kísérlet voltaképpen mindig azt jelenti, hogy eltérünk a helyes kísérletezés tudományosan elfogadott alapelveitől a kísérleti személyek érdekeinek a védelme érdekében. Úgy is fogalmazhatunk: a tudományosan korrekt módon lefolytatott kísérlet erkölcsileg helytelen, míg az erkölcsileg korrekt kísérlet tudományosan-metodológiailag kisebb-nagyobb mértékben mindig problematikus. Módszertanilag kifogástalanul kísérletezni csak állatokon lehet, és minden különbség, amely az állat- és az emberkísérletek gyakorlata között fennáll, tulajdonképpen a helyes tudományos elvektől való eltérést jelenti, amelyre etikai okok miatt kényszerülünk.

Lássunk néhány ilyen tényezőt:

1. Minden emberkísérlet alapvető feltétele a kísérleti alanyok megfelelő tájékoztatás utáni önkéntes beleegyezése. Ez viszont a különben alkalmas kísérleti alanyok random módon való kiválasztásától való eltérést jelent, hiszen így nem lehet kísérletezni azokon, akik ebbe nem egyeztek bele. Ez azonban kétségessé teheti a kísérleti eredmények általánosíthatóságát, mert feltételezhető, hogy a kísérletbe beleegyezők sok lényeges szempontból eltérnek a bele nem egyezőktől, és így az előbbiek vizsgálata alapján kapott eredmények érvényessége az utóbbiakra kérdéses lehet. Lehetséges például, hogy egy betegség súlyosabb tünetei-vel rendelkezők, a magukat szubjektíven rosszabbul érzők jobban motiváltak egy új terápia kipróbálásába való beleegyezésre[9]. Magasabb iskolázottságú emberek jobban hajlandók lehetnek a kooperálásra[10].

2. Bizonyos személyeket – etikai meggondolásokból – bizonyos kísérletekből eleve kizárnak (például terheseket gyógyszerkísérletekből a kipróbálandó gyógyszer esetleges teratogén hatása miatt, antiphlogisticus kezelés kipróbálásából azokat, akiknek korábban komolyabb gyomorvérzésük volt stb.).[11]

3. A kísérlet során teljes kooperáció is csak állatkísérletekben biztosítható. Emberkísérletben mindig megvan a kísérleti alany joga a kilépésre (viszont ha ez túl nagy számban fordul elő, a kísérletet értékelhetetlenné teheti), és a kísérleti alany ellenőrzése sem valósítható meg olyan tökéletesen, hogy az együttműködés hiányát biztonságos módon ki lehessen zárni. Például nem kórházi, placebokontrollos kísérletekben általában még vérvizsgálattal sem lehet ellenőrizni, hogy a kísérleti alany bevette-e a placebót vagy sem. Emberek életmódjának teljes, tökéletes ellenőrzése etikai okokból sem valósítható meg, márpedig tudományosan biztosan korrekt eredményeket csak ilyen módon kaphatnának.

Az a kérdés is felvetődik, hogy érdekében állhat-e valakinek egyáltalán, hogy egy kísérletben való részvételhez adja a beleegyezését? Hiszen egy új terápiás eljárás sok ismeretlen veszélyt is hordozhat, amelynek nagyságát állatkísérletek alapján nem lehet előre mindig felbecsülni. Gyógyszerkísérletekben például

alapelvnek tekintik az „ártalmasság vélelmét”[12]: mindaddig ártalmasnak kell egy új gyógyszert tekinteni, amíg az ellenkezője be nem bizonyosodik. Nem szabad azonban elfelejteni, hogy egy kísérletben való részvétel egy beteg számára előnynyel is járhat. Azonnal hozzájuthat például egy új és ígéretes terápiához, amely – ha sikeresnek is bizonyul – általánosan valószínűleg csak jóval később lesz hozzáférhető. A kísérletekben részt vevő betegeket általában speciálisan nagy szakértelemmel rendelkező orvosok vizsgálják, az ilyen betegek több figyelemben, gondosabb vizsgálatban stb. részesülnek, mint a kísérleten kívüliek. Talán ezzel magyarázható az a meglepő tény, hogy egy kontrollcsoportos kísérletben a standard kezelést kapó kontrollcsoport tagjai általában jobban gyógyulnak, mint akik a kísérleten kívül kapnak ugyanilyen kezelést[13].

MIKOR SZABAD EGY RANDOMIZÁLT KONTROLLCSOPORTOS KLINIKAI KÍSÉRLETET ELKEZDENI

A standard válasz erre magától értetődően az szokott lenni, hogy akkor, ha két terápiás stratégia hatékonyságának összehasonlításakor kételyek vetődnek fel, hogy melyik a hatékonyabb. Ez a probléma általában egy új gyógyszer vagy terápia bevezetésekor szokott felvetődni, amikor is mindig akadnak olyan szakemberek, akik az új terápia felsőbbrendűsége mellett törnek lándzsát, míg mások a régi, kipróbált kezelést tartják kedvezőbbnek. Ilyen esetben nyilván csak egy jól megtervezett és matematikai-statisztikai eljárásokkal kiértékelt randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet eredménye dönthet az egymással vitatkozó orvosi felfogások között. Mivel két terápia hatékonyságának összehasonlításához a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet a tudományosan legkorrektebb eljárás, ezért vannak, akik bármely új terápia bevezetése előtt ilyen kísérletet követelnek az új terápia nagyobb hatékonyságának a bizonyítására. Bármely gyógyszer vagy terápiás eljárás hatékonyságának vizsgálata egyedi klinikai megfigyelések alapján, randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet nélkül erkölcsileg helytelen – mondják –, mert az így kapott eredmények tudományosan nem bizonyító erejűek, viszont alkalmasak rá, hogy szakfolyóiratban való közlésük esetén félrevezessék az orvosi közvéleményt[14]. Azonban egy randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet kivitelezése óriási költséggel, szervezőmunkával stb. jár, ezért csak akkor szabad elkezdeni, mikor egy új terápia nagyobb hatékonyságára valamiféle előzetes bizonyíték rendelkezésre áll. Ilyenek nélkül egyszerűen nem is lehetne betegeket toborozni a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben való részvételre. Az előzetes bizonyítékok azonban tudományosan valóban nem bizonyító erejűek, ezért csak egy gondosan megtervezett randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet előkészítői lehetnek, és a végső bizonyítékot ennek kell szolgáltatnia.

Az új terápia korai kipróbálásának sokszor elvi akadályai is vannak. Egy új sebészi, műtéttechnikai eljárás például kezdetben általában kevésbé sikeres, mint később, hiszen a későbbiek során a műtéti technika egyre tökéletesedik, és a sebészek is egyre rutinosabbak lesznek a kivitelezésében. Az etikai dilemma itt az, hogy ha a műtéti eljárást túl korán hasonlítják össze randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben a régivel, akkor az előbbi okok miatt könnyen rosszabbnak bizonyulhat, és így lehetőséget sem kap a tökéletesedésre, az elterjedésre. Ha viszont nem végeznek korán randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet, ha nem hagynak időt, hogy a műtéti eljárás kellően kifejlődhessen, akkor később randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet végezni már nagyon nehéz lesz, mert az új eljárás addigra már elterjedtté válik, és sok szakember annyira meg lesz győződve annak felsőbbrendűségéről a régivel szemben, hogy etikai okból nem lesz hajlandó randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet végzésére.Egy ilyen kísérlet elkezdésekor ezért súlyos gondot jelenthet az, ha az orvosok egy csoportja személyesen olyan erősen meg van győződve egy – általuk esetleg már hosszú ideje sikeresen alkalmazott – régebbi terápiás eljárás felsőbbrendűségéről, hogy azt nem hajlandó randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben az ajánlott új terápiás eljárással összehasonlítani, még abban az esetben sem, ha más, hasonlóan tapasztalt orvosok az új terápia előnyeit állítják.

Ez a probléma vetődött fel például akkor, amikor a hetvenes években az USA-ban az osteosarcoma helyes kezelési elveit illetően vetődtek fel kételyek. A főleg tizenéveseken előforduló rosszindulatú csontdaganat kezelése a hetvenes évekig kizárólag sebészi volt, az érintett végtag amputációja. A hetvenes évek elejétől azonban a legtöbb intézetben ezt kiegészítették cytostaticus adjuváns kezeléssel. Ezt a terápiás gyakorlatot követve néhány év múltán azt találták, hogy a műtétet követő adjuváns cytostaticus terápia azokban az esetekben, amikor röntgenvizsgálattal a terápia megkezdésekor tüdőmetastasist nem találtak, jelentősen növeli a betegek kétéves túlélését. Ekkorra már csak a Mayo Klinika volt az egyetlen olyan nagyobb intézet, amely metastasismentes esetekben cytostaticus terápiát nem alkalmazott, abból a meggondolásból kiindulva (és ezt statisztikai adatokkal bizonyítani vélte), hogy az eredmények javulása nem a cytostaticus terápiának köszönhető, hanem a tüdőmetastasisok pontosabb diagnózisának. Ezeket a hatvanas években egyszerű mellkasi röntgenvizsgálattal keresték, a hetvenes évek végére viszont már a sokkal megbízhatóbb és nagyobb pontosságú tomographiás, illetve computer-tomographiás vizsgálatokkal. Így a Mayo Klinika orvosai a javuló eredményeket úgy magyarázták, hogy a hatvanas években metastasismentesnek tartott betegek egy részének valószínűleg volt metastasisa, de ezt az akkori primitívebb röntgentechnikával nem észlelték; őket a hetvenes évek fejlettebb diagnosztikus lehetőségeit használva már a metastasissal rendelkezők kategóriájába sorolnák. Így – érveltek – nem az adjuváns kemoterápia javította

az eredményeket, hanem az, hogy a kevésbé rossz állapotú (biztosabban metastasismentes) betegek kerültek bele a statisztikába. Ha viszont nem a cytostaticumok okozzák a jobb eredményeket, akkor adásuk káros, hiszen igen súlyos mellékhatásaik vannak, és ezért adásuk csak feltétlenül szükséges esetben lehet indokolt. A Mayo Klinika a vita eldöntésére randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet kezdett, amelynek eredményei biztatóak voltak, de az abban részt vevő betegek kis száma miatt tudományosan még nem voltak meggyőzőek. Nagyobb számú beteget a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletbe csak más intézetek részvételével lehetett volna bevonni, a többi intézet orvosai azonban annyira meg voltak győződve az adjuváns kemoterápia előnyeiről, hogy a kísérletben való részvételt megtagadták, mert erkölcsileg helytelennek tartották volna, hogy betegeik egy részét olyan terápiában részesítsék, amelynek kevésbé eredményes voltáról mélyen meg voltak győződve[15].

Hasonló probléma adódott egy újabb amerikai vizsgálat során, ahol azt tanulmányozták igen nagy mintán randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet segítségével, hogy emlőrák korai stádiumában a radioterápiával kiegészített részleges mastectomia vagy a totális, ún. radikális mastectomia nyújt-e kedvezőbb eredményeket. Sok sebész visszautasította a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben való részvételt, mert annyira meg voltak győződve arról, hogy ilyen esetben a radikális mastectomia mindig kedvezőbb eredményt ad, hogy erkölcsileg elfogadhatatlannak tartották volna betegüket másfajta terápiában részesíteni. Sőt még azt is megtagadták, hogy betegeiknek említést tegyenek arról, hogy az emlőrák korai stádiumában egyes vélemények szerint a részleges mastectomia is megfelelő kezelés. Mivel az USA-ban széleskörűen elfogadott etikai alapelv, hogy a beteget az összes lehetséges kezelési alternatíváról tájékoztatni kell, hogy a gyógykezelésbe való tájékozott beleegyezését biztosítani lehessen, ezért a sebészek vonakodása láttán Massachusettsben törvényt fogadtak el, amely kötelezte az orvosokat annak közlésére, hogy az emlőrák korai stádiumában a részleges mastectomia is orvosilag elfogadható kezelés lehet. A vonakodó sebészek szubjektív jószándéka természetesen nem vitatható, de az elvégzett vizsgálatok szerint végül is nem volt igazuk, mert az emlőrák megfelelően korai stádiumában elvégzett részleges mastectomia – egyben kedvezőbb kozmetikai eredményt is nyújtva – ugyanolyan kedvező gyógyulási eredményt mutatott, mint a radikális mastectomia[16].

Sok olyan terápia létezik jelenleg is, amelynek hatékonysága kétséges, de széles körű elterjedtsége, „hagyományos" volta miatt hatékonyságának randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet révén való vizsgálatától a szakemberek etikai okok miatt vonakodnak. Ilyen például az akut myocardialis infarctus utáni preventív célú oralis anticoagulans terápia hasznosságának kérdése. Ezt a terápiát az ötvenes években világszerte úgy vezették be, hogy hatékonyságát előzőleg nem

vizsgálták meg randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlettel. Mivel az elmúlt három évtizedben általánosan elterjedtté vált, ma már nagyon nehéz randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben vizsgálni a hatékonyságát. Ha ezt a kérdést még időben tisztázták volna, talán sok életet lehetett volna megmenteni, és mindenképpen sok pénzt és időt megtakarítani[17].

E tények arra mutatnak, hogy egy új terápiás eljárás hatékonyságát lehetőség szerint minél előbb tisztázni kell randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlettel, mert később az ilyen vizsgálatok végzése etikailag egyre nehezebbé válik.

MEDDIG SZABAD EGY RANDOMIZÁLT KONTROLLCSOPORTOS KLINIKAI KÍSÉRLETET FOLYTATNI, ILLETVE MIKOR KELL ABBAHAGYNI

A probléma illusztrálására álljon itt a következő eset[18]: A The New England Journal of Medicine 1977. augusztus 11-i számában jelent meg WHITLEY cikke, amelyben azt közölte, hogy egy új gyógyszert, az adenin-arabinosidot (ara-A) rendkívül sikeresnek talált biopsiával igazolt herpes simplex-encephalitises betegek kezelésében. Ez a betegség legtöbbször komoly agykárosodáshoz vagy halálhoz vezet, és az ara-A kipróbálása előtt csak palliativ kezelését ismerték. WHITLEY randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlettel igazolta a szer hatásosságát. A cikknek igen komoly kritikai visszhangja támadt. A bírálók szerint nem volt szükség randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletre ilyen magas letalitású betegségben, amelynek effektív kezelése amúgy sem volt. Ilyen esetben – érveltek – elegendő történelmi kontrollt használni. Mivel az ara-A hatékonysága bizonyos herpeses infekciók kezelésében korábbi vizsgálatokból már kiderült, és az is bebizonyosodott, hogy nincs bizonyíthatóan hepaticus, renalis vagy hematológiai toxicitása, ezért erkölcsileg helytelen volt a kontrollcsoportot egy ilyen nagy letalitású betegségben placebóval kezelni, és egy sokat ígérő terápiától (az ara-A-tól) megfosztani. Végül – szólt a kritika –, ilyen súlyos betegségben az agybiopsia veszélyes lehet, és a kontrollcsoport betegeit így indokolatlan veszélynek tették ki a tudományos korrektség érdekében. A kísérlet erkölcsi helyességét védők viszont azt hozták fel érvként, hogy a kísérlet elvégzése előtt voltaképpen nem is lehetett tudni, milyen a herpes simplex-encephalitises letalitás, mert biztos diagnózisa csak agybiopsiával lehetséges. Továbbá az ara-A esetleges komolyabb toxikus mellékhatásait sem lehetett biztosan kizárni, hiszen a kísérletben használt nagy dózisban még nem adták betegnek.

WHITLEY kísérlete randomizált, kettős vak próba volt. 28 beteget vizsgált, ebből 10 kapott placebót (illetve a tulajdonképpen ennek megfelelő standard terápiát), a többiek az ara-A-t.

A kísérleti eredmények a következőképpen alakultak:

ara-A-t kapó csoport		placebót kapó csoport	
Betegek száma:	18	betegek száma:	10
meghalt:	5	meghalt:	7
súlyos károsodás:	6	súlyos károsodás:	1
gyógyulás:	7	gyógyulás:	2

Az adatok láttán a kísérletet befejezték, hiszen nyilvánvalóvá vált az ara-A-t kapó betegek nagyobb túlélési esélye. Több kutató szerint azonban a kísérletet túl korán fejezték be, mert a talált különbség statisztikailag nem szignifikáns. A betegszám különben is túl kicsi, és – mint egy statisztikus megjegyezte – ha a súlyos károsodást épp olyan rossznak tekintjük, mint a halálos kimenetelt, akkor az ara-A-kezelés eredménye alig jobb, mint a placeboé. Ezért – mondták a kritikusok – a kísérletből nem derül ki, hogy az ara-A-kezelés tényleg hatékony-e herpes simplex-encephalitisben.

Az ismertetett példa nagyon élesen veti fel a legtöbb randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet esetén jelentkező etikai dilemmát: a kísérlet folyamán a statisztikai adatokban megmutatkozó trend, amely az egyik terápia nagyobb hatékonyságát sugallja, de amelynek tudományosan bizonyító ereje még nincs, mert a különbség statisztikailag még nem szignifikáns, feltárandó-e a beteg előtt, illetve indíthatja-e az orvost arra, hogy a kísérletet megszakítsa, és a továbbiakban az összes beteget abban a terápiában részesítse, amelynek kedvezőbb voltát a trend sugallja? Ha a megmutatkozó trend ellenére is folytatja a kísérletet, az a vád érheti, hogy etikai hibát követ el, hiszen a trend folytatódása esetén egyre nő a valószínűsége annak, hogy a kísérletben részt vevő egyik csoport kevésbé hatékony terápiában részesül, mint a másik, ami nagy letalitású betegségben azt jelentheti, hogy a szignifikáns eredmény eléréséig olyan betegek is meghalnak, akik még megmenthetők lettek volna, ha a puszta trend alapján azonnal az összes beteget a hatékonyabbnak tűnő kezelésben részesítik. Ha azonban valaki a kibontakozó trend alapján megszakítja a kísérletet, akkor szintén érheti az etikátlan kísérletezés vádja, ugyanis az így kapott eredmény, mivel statisztikailag még nem szignifikáns, tudományosan nem fogadható el. Az idő előtti befejezés így azt jelentheti, hogy a betegeket feleslegesen veszélyeztettük, hiszen a kísérlet célja egy tudományos bizonytalanság megoldása lett volna, amely azonban a túl korai befejezés miatt lehetetlenné vált. Ez a jövőbeli betegeknek is káros, hiszen az a kérdés így továbbra sem oldódott meg, hogy az illető betegségben melyik terápia tekinthető a legcélszerűbbnek. Ismét a már említett dilemmával találkozunk.

A betegek összességének, illetve a társadalomnak az érdeke kétségtelenül a kérdés korrekt, tudományos tisztázása lenne, és ez a vizsgálatnak a szignifikancia eléréséig való folytatását teszi etikailag kötelezővé. 0,05-ös szignifikancia-szint esetén ez azt jelenti, hogy a kísérletet addig kell folytatni, amíg 1: 20-nál kisebb lesz a valószínűsége annak, hogy a kérdéses új terápia hatástalan, illetve nem hatásosabb, mint a kontrollterápia. Mivel a kérdéses terápiával – ha hatékonynak találják – nagyszámú beteget kezelnek majd, ezért a tudomány a tévedésnek ennél nagyobb kockázatát nem vállalhatja. Ez azonban a tudományosság szempontja. Az egyes betegek szempontjából azonban egészen más megközelítés is lehet észszerű. Egy haldokló beteg szempontjából például megengedhetetlen luxusnak tűnhet, hogy addig várjon, amíg a betegségét esetleg kezelni tudó gyógyszer hatékonyságának a valószínűsége 20:1-nél nagyobb lesz. Számára esetleg a fordított arány is elfogadható, sőt nem irracionális az sem, ha a sikerre való 1:100 vagy 1:1000 esélyt is megpróbálásra méltónak ítéli[19]. Ahogy mondani szokták, minél kilátástalanabb valakinek a helyzete, annál inkább hajlamos akár egy szalmaszálba is belekapaszkodni, és ez semmiképpen sem tekinthető irracionális viselkedésnek. Végső soron az orvostudomány kísérletes részében használt 5%-os szignifikanciaszint csak tudományos konvenció, és még az orvostudományon belül is vannak olyan területek, ahol statisztikailag bizonytalan eredmények esetén máshol húzzák meg a határt. A genetikai tanácsadás nemzetközi gyakorlata például a 10%-os kockázatot tekinti határkőnek (súlyos, kezelhetetlen, méhen belül fel nem ismerhető magzati ártalmak 10%-nál kisebb kockázata esetén fel sem veti a terhességvállalás megfontolásának a gondolatát). 10% feletti rizikó esetén a terhesség vállalásától való tartózkodás gondolatát felveti, de ezt kifejezetten csak 20% fölötti rizikó esetén ajánlja[20].

A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletnek a szignifikanciaszint elérése előtti abbahagyását ellenzők azzal szoktak érvelni, hogy ekkor még csak trendeket ismerünk, de tudni tudományos értelemben még nem tudjuk, melyik a hatásosabb terápia. Ezt az érvelést azonban némi fenntartással lehet csak elfogadni. A „tudni" szó ugyanis – bárhogyan is definiálják ezt a filozófiában – a kísérletes orvostudomány területén azt jelenti: hipotézisünk egy bizonyos értelemben önkényesen kijelölt határpontnál (általában 95%-nál) nagyobb valószínűséggel igaz. (A hipotézis általában az, hogy egy terápiának van hatása, vagy nagyobb hatása van, mint egy riválisnak.) A kísérletes orvostudomány a gyakorlatban tehát általában a 95%-os biztonsághoz ragaszkodik, a genetika – mint láttuk – megelégszik a 90%-os biztonsággal is, de a betegek részéről elfogadhatónak tartja a 80%-os biztonsági határt. A beteg pedig, mint tudjuk, gyakran jóval kisebb bizonyossággal is megelégedhet, mint ahogy mindennapi életünk során általában sokkal kevesebb bizonyossággal megalapozott döntéseket is hozunk, és általában még ezt sem szokás irracionálisnak tekinteni. Mivel azonban a randomizált kont-

rollcsoportos klinikai kísérletben részt vevő betegek többsége – ha a kísérlet során tájékoztatnák a trendekről – a kísérletből valószínűleg kilépne, és a trend alapján kedvezőbbnek tűnő kezelést kérné, lehetetlenné téve ezzel a kísérlet tudományosan korrekt lezárását, ezért a nemzetközi gyakorlatban a trendeket a betegekkel nem szokták közölni. Az így felvetődő konfliktust pedig általában úgy javasolják megoldani, hogy a kísérlet megkezdése előtt, amikor a beteg beleegyezését kérik a kísérletbe való bevonáshoz, a beteget – egyebek mellett – arról is informálni kell, hogy őt a kísérlet befejezése előtt megismert esetlegesen kibontakozó trendekről nem fogják tájékoztatni. Ha a beteg a kísérletben való részvételbe ilyen feltételekkel is beleegyezik, akkor az eljárás nem kifogásolható[21]. A betegek érdekeinek a védelmében egy független etikai bizottság (vagy Magyarországon emellett egy, a kísérletben részt nem vevő, a beteg érdekeit képviselő orvos) tekinti át a kísérlet során összegyűlt adatokat, és indokolt esetben a kísérlet megszakításáról dönt. Ez természetesen csak eljárási garancia, amely az igazi kérdést nem oldja meg: mikor kell a beteg érdekeit képviselő orvosnak vagy az etikai bizottságnak a kísérlet befejezése mellett döntenie? Mikor kell, ha egyáltalán valamikor, a szignifikancia elérése előtt a kísérletet megszakítani és valamennyi beteget a hatékonyabbnak tűnő terápiában részesíteni? A kutatási gyakorlat ebben a kérdésben ellentmondásos. Amíg ugyanis a kutatók többsége indokoltnak tartja, hogy egy új terápia előnyös hatását a szignifikanciaszint elérésével bizonyítsák, addig csak nagyon kevesen hajlandók – etikai megfontolásból – egy új terápia ártalmasságának bizonyítását a szignifikanciaszint eléréséig folytatni[22]. Ez a gyakorlat azt sugallja, hogy etikailag elfogadható, ha a kísérletben résztvevők egy része nem jár jobban, mint azok a betegek, akik a kísérletben nem vesznek részt, az azonban nem, ha a kísérletben résztvevők egy része rosszabbul jár, mint a kísérletben részt nem vevő betegek. Ez a „nil nocere" elvének a kutatásra való alkalmazása: az orvos lehetőleg segítsen a betegen, de ha ez nem lehetséges, legalább ne ártson neki.

Ez a probléma a legélesebben nagy letalitású megbetegedések kezelésekor vetődik fel, ahol a kísérletnek a szignifikáns eredmény eléréséig való folytatása azt jelentheti, hogy a kísérlet során – ha az új terápia sikeres – olyan emberek is meghalnak a kontrollcsoportban, akik életben maradtak volna, ha idejében átkerülnek a kísérleti csoportba. Szerencsére azonban minél nagyobb letalitású egy betegség, minél jobban ismert a lefolyása, prognózisa, minél kisebbek az egyéni különbségek a betegség kimenetelében, annál kevésbé van szükség randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletre, és annál inkább elegendő a történelmi kontroll alkalmazása, hiszen a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet éppen a nem ismert tényezők számításbavételét, az egyedi különbségek figyelembevételét teszi lehetővé, és ahol a bizonytalanság a betegség pontos kimenetelét illetően kicsi (és a nagy letalitású betegségek ilyenek), ott

randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletre nincsen szükség. Az ilyen esetek azonban ritkák.

Számos kísérleti eljárás született abból a célból, hogy már a „trendek" alapján maximalizálják az olyan alanyok számát, akik a „jobb" kezelést kapják[23]. Ezek a módszerek azonban csak bizonyos speciális esetekben alkalmazhatók, számos matematikai-statisztikai, metodikai problémát vetnek fel, ezért általánosan nem használtak[24].

Összefoglalásul annyit mondhatunk, hogy bár a tudományosan korrekt eredmény elérése érdekében a csoportok közötti szignifikáns különbség kimutatása kívánatos, ez semmiképpen sem tekinthető abszolút szabálynak. Minden kísérlet során szükség van egy – a kísérletben részt nem vevő, a kutatóktól független – etikai bizottságra, amelyik a kísérlet lefolytatását, annak részeredményeit folyamatosan ellenőrzi, és döntési joga van a kísérlet befejezésére, ha ezt tudományos vagy etikai szempontok indokolják. A kísérlet befejezése időpontjának a meghatározásában a szignifikáns eredmény elérése az egyik, de nem az egyetlen tényező. Szubjektív klinikai megítélés alapján – etikai okokból – a kísérlet befejezése indokolt lehet még a szignifikáns eredmény elérése előtt. Ez kétségtelenül áldozat a kutatók részéről, hiszen megvan annak a veszélye, hogy a statisztikailag nem szignifikáns eredményt a tudományos közvélemény nem fogadja el bizonyító erejűnek, de némely esetben az etikai szempontok ezt az áldozatot indokolttá tehetik.

A RANDOMIZÁCIÓ ERKÖLCSI ELFOGADHATÓSÁGÁNAK KÉRDÉSE

A randomizáció azt jelenti, hogy a kísérletben való részvételre előzetesen alkalmasnak talált betegeket lehetőség szerint véletlen módon osztják be a kísérleti és a kontrollcsoportba, vagyis a kutatók arra törekednek, hogy a lehető legteljesebb mértékben a véletlen döntse el, melyik beteg milyen kezelést kap. A kísérletben részt vevő orvosok ettől viszont általában húzódoznak, mondván, hogy erkölcsi felelősségtudattal rendelkező orvos nem bízhatja betegei kezelését a véletlenre. Ez az ódzkodás azonban megalapozatlan. Ugyanis ha nem tudjuk, hogy két terápiás eljárás közül melyik a hatékonyabb (és természetesen csak ebben az esetben fogadható el etikailag egyáltalán a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet elvégzése), akkor nem követ el hibát az, aki a két alternatíva között a véletlen segítségével dönt, hiszen tárgyilagosan dönteni ilyen esetben más módon nem is lehet. Ha egy orvos személyesen mégis meg van győződve az egyik terápia felsőbbrendűségéről, akkor természetesen joga van a kísérletben való részvételt megtagadni.

Lehetséges azonban, hogy – bár két terápiás stratégia között objektíve, orvosi eredményesség szempontjából nincs különbség –, szubjektíven, a beteg szempontjából a két terápia mégis eltérő értékű. Előfordulhat például, hogy egy adott betegség konzervatív módszerrel vagy műtéttel egyaránt jól kezelhető. A konzervatív kezelés esetleg több diétás és életmódbeli megszorítást tartalmaz, de kisebb a rizikója, a sebészi eljárás nagyobb rizikójú lehet, viszont sikeres műtét után a beteg bármiféle diétás és életmódbeli korlátozás nélkül élhet. Ha a két eljárás összességében orvosilag azonos értékű is (például azonos arányú ötéves túlélést biztosít), a különböző értékrendszerű betegek szubjektíven kedvezőbbnek ítélhetik a maguk számára az egyik vagy a másik eljárást. Ez a tény is arra mutat, hogy a kísérletben részt vevő személyeket megfelelően tájékoztatni kell a kísérletről, hogy szabadon dönthessék el, részt kívánnak-e venni abban vagy sem.

A KÍSÉRLETI ALANYOK TÁJÉKOZTATÁSÁNAK A KÉRDÉSE

Ebben a kérdésben az 1960–1970-es évek etikai szakirodalmában élénk vita folyt. Mára azonban szinte általánosan elfogadott álláspont lett, hogy a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben részt vevő személyeket a kísérlet tényéről, lefolyásáról, lehetséges előnyeiről, hátrányairól, a lehetséges kezelési alternatívákról tájékoztatni kell. Közölni kell azt is, hogy a kísérlet kezdetén random módon döntötték el, hogy melyik beteg melyik csoportba kerül. Főleg ez utóbbi tény közlésétől sok orvos húzódozik, mert úgy érzi: ha betegeinek őszintén megmondja, hogy bizonyos terápiás alternatívák értékét illetően bizonytalan, és ezért a terápia megválasztását bizonyos határokon belül a véletlenre bízza, ez orvosi tekintélye csökkenéséhez, a betegek belé vetett bizalmának a megrendüléséhez vezet. Ez a húzódozás emberileg érthető, etikailag azonban semmiképpen nem helyeselhető. A betegnek joga van a kísérlettel kapcsolatos minden lényeges információra, és az, hogy a betegeket random módon osztják be az egyes kísérleti csoportokba, kétségtelenül a lényeges információk közé tartozik. A beteggel ilyenkor meg kell értetni, hogy itt nem az orvos egyéni bizonytalanságáról, hanem egy objektív, tudományos bizonytalanságról van szó, amelynek megoldása végett végzik a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet, és őt random módon osztották be ennek egyik csoportjába. A tapasztalat azt mutatja, hogy helyes, ha a kísérlettel kapcsolatos tudnivalókról nemcsak a beteget tájékoztatják, hanem bevonják a beteg családját és kezelőorvosát is. Ez nagymértékben növelheti a kísérlet folyamán a beteg kooperációs hajlandóságát, így nemcsak etikailag helyes, hanem a kísérlet megbízhatóságát is fokozza. Ezért etikai és szakmai indokok egyaránt az alapos, részletes tájékoztatás mellett szólnak[25]. A felvilágosítással kapcsolatos vita ma inkább arról folyik, hogy az információ milyen

mélységű, részletességű legyen, milyen tényezőkre terjedjen ki stb. A kérdés részletes tárgyalásához szükséges a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletek egyes lehetséges típusainak az áttekintése és etikai szempontból való értékelése.

AZ RANDOMIZÁLT KONTROLLCSOPORTOS KLINIKAI KÍSÉRLETEK TÍPUSAI ÉS ETIKAI ÉRTÉKELÉSÜK

L. KOPELMAN alapján[26] a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletek következő típusait lehet elkülöníteni.

Betegtájékoztatás nélküli randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet. Bár sokak szerint randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet esetén a beteget az illető kísérlettel kapcsolatos valamennyi lényeges tényről, veszélyről tájékoztatni kell, és ennek elmaradása mindig etikai vétség, mégis vannak olyan jelentéktelen veszéllyel járó kísérletek, melyeknél ésszerűtlen sok időt, fáradságot belefektetni a beteg tájékoztatásába. Az ilyen esetek azonban nagyon ritkák, és mindig a kísérletet végzőkön van a bizonyítás terhe, hogy erkölcsileg miért nem helytelen az adott esetben a beteg tájékoztatását elmulasztani.

A vak és a kettős vak próbák. Ezeket a kísérleti formákat főleg gyógyszerkísérletekben alkalmazzák. Egyszerű vak próbában a kísérletben részt vevő betegek nem tudják, hogy milyen gyógyszert kapnak (placebót vagy a hatásosnak gondolt gyógyszert), míg kettős vak próbában sem a betegek, sem az orvosok nem tudják, ki milyen szert kap. Az egyes betegek által kapott gyógyszereket ilyenkor kódszámok jelzik, és csak a kísérlet befejezésekor fejtik meg a kódot, és értékelik a kísérletet. Ezek a kísérleti formák az orvos, ill. a beteg szubjektivitásának torzító hatását igyekeznek kivédeni. Ez a kísérleti típus számít tudományosan a legkorrektebbnek, de alkalmazási lehetősége meglehetősen korlátozott. A kísérlet kezdetén a kísérletre alkalmas betegeket felvilágosítják, többek között részletesen elmondják, hogy az egyes csoportok milyen kezelésben fognak részesülni, de azt is közlik: a véletlen fogja eldönteni, hogy ki milyen kezelést kap majd. Így a beteg úgy egyezik bele a kísérletbe, hogy nem tudja, hogy pontosan milyen kezelést fog kapni. Eme bizonytalansági tényező miatt sok beteg nem egyezik bele az ilyen kísérletben való részvételbe. Ez azonban a kísérlet elvégezhetőségét és tudományos hitelét veszélyezteti, mert egyrészt nem gyűlik össze a kísérlethez szükséges számú alany, másrészt megszűnik a kísérletben résztvevők kiválasztásának random jellege, hiszen nagyszámú visszautasítás esetén azok, akik mégis beleegyeznek, lehet hogy speciálisan nagy rizikóvállalási hajlandóságú, erkölcsű stb. emberek, vagyis az így kapott eredmények egyre kevésbé lesznek általános érvényűek, általánosíthatóak.

Prerandomizáció minden csoport teljes felvilágosításával. Ez a kísérleti forma az előző hiányosságainak a kiküszöbölésére jött létre. Ha ugyanis egyszerű randomizáció esetén a betegek beleegyezése azért kicsi, mert nem tudják, hogy tulajdonképpen milyen kezelésbe egyeznek is bele, akkor a beleegyezési ráta növelhető, ha a betegeket még az informálás és a beleegyezés előtt randomizálják (innen a prerandomizáció elnevezés), és a felvilágosítás során már minden betegnek meg tudják mondani, hogy ő konkrétan milyen kezelésben fog részesülni. Itt tehát megszűnik az egyszerű randomizációt jellemző bizonytalanság, a beteg tudja, hogy mibe egyezik bele, és így nagyobb lesz a beleegyezési hajlandóság. Ebben a kísérleti formában a beteggel nemcsak azt közlik, hogy ő milyen kezelést fog kapni, hanem azt is, hogy a többi csoport milyen kezelésben részesül. Ezzel a módszerrel a betegek hozzájárulási aránya kétségtelenül növelhető, így a kísérleti személyek toborzása ilyenkor könnyebb. A módszer hátránya azonban, hogy nem vak, így mind a beteg, mind az orvos szubjektivitásának torzító hatása jelentős lehet. Az utóbbi nemcsak a kísérlet értékelését torzíthatja el, hanem már a beteg felvilágosítását is. Mivel az orvosnak érdeke, hogy a beteg a kísérletben részt vegyen, ezért öntudatlanul is torzíthatja az információkat a beteg tájékoztatásakor. Például a standard terápiát kapó beteg tájékoztatásakor túlhangsúlyozhatja a másik csoport által kapott kezelés kísérleti jellegét, annak rizikóit, a veszélyek ismeretlen voltát, annak lehetőségét, hogy az új terápia rosszabb lesz a réginél stb. A kísérleti terápiát kapó betegnek pedig hangsúlyozhatja a felvilágosítás során a standard terápia eddig bebizonyosodott hátrányait, kudarcait, és túlhangsúlyozhatja, hogy a korábbi vizsgálatok alapján milyen nagy reményeket fűznek az új, kísérleti terápiához. A betegnek az ilyen módon való öntudatlan manipulálása azonban kiküszöbölhető úgy, hogy minden beteg ugyanazt a tájékoztató anyagot (például brosúrát, videokazettát stb.) kapja.

Ennek a kísérleti módszernek további hátránya, hogy mivel a betegek nemcsak a saját, hanem a többi csoport kezelését is ismerik, előfordulhat, hogy a kísérlet kezdetén vagy akár később is a betegek egy része (általában a standard terápiát kapók közül) át akar kerülni a másik csoportba. Ha az ilyen kérés túl nagy számban fordul elő, ez lehetetlenné teheti a kísérlet folytatását, hiszen így az eredetileg random megoszlás megszűnik, és a kísérlet tudományosan hiteltelenné válik. A kérés megtagadása pedig erkölcsileg nem lenne helyes, hiszen senkit sem lehet akarata ellenére egy adott kezelésben részesíteni. Ennek a problémának a kiküszöbölésére ajánlotta ZELEN[27] a következő módszert.

Prerandomizáció csak az egyik csoport felvilágosításával. Ilyenkor a randomizáció után a betegeknek azt a csoportját, amelyik a standard kezelést kapja, nem világosítják fel arról, hogy egy randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben vesznek részt, amelynek a standard terápiát kapó csoportjába kerültek.

A beteggel ilyenkor úgy bánnak, mintha a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben részt nem vevő beteg lenne. Természetesen ilyenkor is felvilágosítják az illető standard terápia előnyeiről, hátrányairól, csak azt nem közlik vele, hogy ő ezt a terápiát egy randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet keretében kapja, ahol előzőleg randomizációval döntötték el, hogy melyik csoportba fog kerülni. A kísérleti csoportba randomizált betegek azonban teljes felvilágosítást kapnak, elmondják nekik a standard és a kísérleti csoport kezelését, továbbá azt is, hogy randomizációval döntötték el, hogy melyik beteg milyen csoportba kerüljön. Ha az ilyen kísérleti csoportba randomizált beteg a kísérleti kezelésbe nem egyezne bele, átkerülhet a kontrollcsoportba, amelyik a standard terápiát kapja. Ezzel a módszerrel jelentősen csökkenthető a standard terápiát visszautasítók (a kísérleti csoportba átjelentkezők) száma, hiszen a standard kezelésben részesülők eleve nem is tudnak az alternatív kísérleti terápia lehetőségéről. Erkölcsileg helyes-e így kísérletezni?

A kérdésre igennel válaszolók általában azzal érvelnek, hogy mivel a kontrollcsoport tagjai standard kezelést kapnak, ezért a randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletnek ez a formája ugyanolyan, mintha a kísérlet vezetői kontrollcsoportként régebben kezelt betegek kórlapjait használnák fel retrospektív adatgyűjtésre.

A kísérlet e formájával szemben azonban több szakmai és etikai érv vetődik fel. A szakmai ellenvetés az, hogy az ilyen módon létrehozott két csoport tudományosan nem hasonlítható össze, mert ha a standard kezelést kapók nem tudják, hogy egy kísérletben vesznek részt, a terápiás csoport résztvevői viszont igen, akkor jelentős és felbecsülhetetlen placebohatás-különbségek alakulhatnak ki, amelyek a kísérlet korrekt értékelését lehetetlenné teszik. Az etikai ellenvetés pedig a következő: Ha a standard terápiát kapó csoport tagjait felvilágosították volna arról, hogy kísérletben vesznek részt, és létezik egy alternatív terápiás csoport is, akkor a betegek egy része vagy átjelentkezett volna oda, vagy nem. Ha nem, akkor felesleges volt az elhallgatás, és helytelen is, hiszen etikailag mindenképpen megnyugtatóbb a teljes informálás. Ha viszont igen, akkor az információ elhallgatásával tulajdonképpen rákényszerítették a betegeket a standard terápiára, hiszen tényleges autonómiája egy betegnek csak akkor van, ha választási lehetőséget kap, vagyis ismeri az alternatívákat[28]. Mivel emberkísérletezés során a kényszer minden formája etikailag elfogadhatatlan, ezért nem lehet csodálkozni, hogy ZELEN javaslata megjelenése után szinte azonnal heves kritikában részesült, ezért e módszer szerint nagyobb kísérletet eddig nem végeztek[29].

Prerandomizáció részleges felvilágosítással. Itt a kísérletre alkalmas betegeket randomizálják, majd ismertetik velük azt a terápiát, amelyet az a csoport kap, amelybe sorolták őket. De a betegeket nem tájékoztatják arról, hogy

randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletben vesznek részt, amelynek több csoportja van, és ők e több csoport egyikébe lettek beosztva, és a besorolás random módon történt. Nem tájékoztatják őket az alternatív terápiák lehetőségéről sem.

Ez a kísérleti forma azonban, mint látható, nem tesz eleget a korrekt felvilágosítás követelményeinek, ezért etikailag nem helyeselhető. Mint KOPELMAN[30] írja, az ilyen kísérleti elrendezésnél többfajta lehetőség van. Vagy mindkét csoport terápiája standard terápia, és ezek hatékonyságát kívánják a kísérletben összehasonlítani, vagy az egyik kísérleti, a másik standard, vagy pedig mind a kettő kísérleti terápia. Ha több standard terápia létezik, ezek mindegyikéről joga van a betegnek tudni; ha csak egy van, akkor a kísérleti csoportba soroltaknak joguk van tudni, hogy standard terápia is létezik; ha pedig nincs standard terápia, akkor is tudniuk kell a betegeknek az alternatív és egyforma sikerrel kecsegtető terápiás lehetőségekről.

Elhalasztott beleegyezés. Bizonyos állapotokban (például eszméletlenség, intenzív terápia bizonyos esetei stb.) nincs lehetőség a beteg beleegyezésének megszerzésére. Ha ilyenkor mégis randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet végeznek, ez csak a beteg beleegyezése nélkül lehetséges, és tőle csak utólag, a kísérlet elvégzése után szerezhető meg a beleegyezés. Mivel ez már természetesen csak formális beleegyezés lehet, ezért ez a kísérleti forma lényegében a betegtájékoztatás nélküli randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet kategóriájába tartozik, amelyet viszont csak a beteg nagyon csekély fokú veszélyeztetése esetén lehet indokoltnak tartani.

*

Ez a dolgozat lényegesen kibővített változata az Orvosi Hetilapban (130. évfolyam, 18. szám, 1989. április 30. pp. 923–927) „A Randomizált Kontrollcsoportos Klinikai Kísérletek etikai kérdései" címmel megjelent tanulmányomnak.

Jegyzetek a 15. fejezethez*

[1]*Linder, F., Forrest, H.* (1968): The Propagation of Listers Ideas. Surgery, Gynecology and Obstetrics 1968. 127, 1081–1086. Cit. *Baum, M.* (1983): Commentary. Journal of Medical Ethics 1983, 9 (p. 93)

[2]*Baum, M.* (1983): i. m. (p. 93)

[3]*Barnes, B. A.* (1977): Discarded Operations: Surgical Innovation by Trial and Error. In: *Bunker, J. P. et al. (eds.)* (1977): Costs, Risks and Benefits of Surgery. New York, Oxford University Press Chapter 8. Cit: *Baum, M.* (1983): i. m. (p. 93)

*Rövidítések: i. m.: idézett m; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[4]*Schaffner, K. F.* (1986): Ethical Problems in Clinical Trials. The Journal of Medicine and Philosophy, 1986. Nov. Vol. 11. No. 4. (p. 298)
[5]*Juvancz I., Paksy A.* (1982): Orvosi Biometria. Budapest, Medicina (p. 155)
[6]*Vaisrub, N.* (1985): Manusript Review from a Statistician's Viewpoint. Journal of American Medical Association. 253. (21) pp. 3145–3147) (Cit: *Kopelman, Loretta* (1986): Consent and Randomized Clinical Trials: Are There Moral or Design Problems? The Journal of Medicine and Philosophy. Vol. 11. No. 4. Nov. 1986. p. 324)
[7]*Juvancz I., Paksy A.* (1982): i. m. (p. 67)
[8]*Clayton, D.* (1982): Ethically Optimized Designs. British Journal of Clinical Pharmacology. 13 (pp. 469–480)
[9]*Friedman, L. M., Furberg, C. D., DeMets, D.L.* (1985): Fundamentals of Clinical Trials. (2 nd ed.) PSF. Publishing Company, Inc. (p. 30)
[10]Ibid. (p. 175)
[11]Ibid. (p. 28)
[12]*Káldor A.* (1973): A klinikai farmakológia elvei és módszerei. A gyakorló orvos és a gyógyszer. In: *Trencséni T.* (szerk.) (1973): A gyakorló orvos enciklopédiája. Budapest: Medicina II. köt. (p. 2366)
[13]*Friedman, L. M., Furberg, C. D., DeMets, D.L.* (1985): i. m. (p. 84)
[14]*Sacks, H. et. al:* Are Uncontrolled clinical Studies Ever Justified? The New England Journal of Medicine. Vol. 303. No. 18.
[15]*Kolata, G. B.* (1980): Dilemma in Cancer Treatment. Science, Vol. 209. 15 August. (p. 1980)
[16]*Harris, J. R., Hellman, S., Kinne, D. W.* (1985): Limited Surgery and Radiotherapy for Early Breast Cancer. The New England Journal of Medicine 1985, 313 (pp. 1365–1368) (Cit: *Kopelman, Loretta* (1986): i. m. (p. 324)
[17]*Friedman, L. M., Furberg, C. D., DeMets, D.L.* (1985): i. m. (pp. 4–5)
[18]*Beauchamp, T. L., Childress, J. F.* (1983): Principles of Biomedical Ethics. (2nd ed.) Oxford University Press (pp. 318–319)
[19]Editorial: Ethics, Philosophy and Clinical Trials. Journal of Medical Ethics. 1983. No. 2. (p. 60)
[20]*Czeizel E.* (1983): Egy orvosgenetikus etikai gondjai. Budapest, Medicina (p. 31)
[21]*Veatch, R. M.:* Longitudinal Studies, Sequential Design and Grant Renewals: What to Do with Preliminary Data? IRB (4) 1979. (pp. 1–3). (Cit: *Schaffner, K. F.* (1986): i. m. (p. 303)
[22]*Friedman, L. M., Furberg, C. D., DeMets, D.L.* (1985): i. m. (p. 18)
[23]Ibid. (p. 62)
[24]Ibid.
[25]Ibid. (p. 176)
[26]*Kopelman, Loretta* (1986): i. m. (pp. 331–341)
[27]*Zelen, M.* (1979): A New Design for Randomized Clinical Trials. New England Journal of Medicine 1979, 300 (p. 1242–1245)
[28]*Marquis, D.* (1986): An Argument that all Prerandomized Clinical Trials Are Unethical. The Journal of Medicine and Philosophy. Vol. 11. No. 4. 1986. (p. 372)
[29]Ibid. (p. 375)
[30]*Kopelman, Loretta* (1986): i. m. (pp. 339)

16. fejezet – A betegek jogai

(Könyvünk e fejezete keretében – ha nincs külön utalás arra, hogy egy adott betegjog jogilag elismert-e Magyarországon – normál szedéssel fogjuk jelölni a nemzetközi szakirodalomban elfogadott, de az új egészségügyi törvényben (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről) nem vagy nem a maguk egészében elismert betegjogokat. Így ezek hazánkban ma csak morális jogoknak tekintendők, de nem törvényadta jogok. Dőlt betűs szedéssel jelöljük viszont a hazai jogi szabályozás által is teljes egészében elismert betegjogokat, melyek tehát Magyarországon egyben törvényadta jogok is. Ezeknél római számmal utalunk az adott jogot megfogalmazó törvényi helyre, míg az arab számozás a jognak a szakirodalomban való megfogalmazása forrására utal. Természetesen meghagytuk a normál szedést akkor, amikor kifejezetten utalunk arra, hogy az adott szabályozás Magyarországra vonatkozik.)

Aki komolyabb betegséggel kórházba kerül, különösen kiszolgáltatott helyzetben van. Néha még legalapvetőbb életfunkciói fenntartásához is az ápoló-, illetve a kezelőszemélyzet segítségére van szüksége. Számos vonatkozásban szinte a gyermeki függés állapotába kerül, és nagy a kísértés ilyenkor, hogy gyermekként is bánjanak vele. Ebben az állapotban a beteg általában nem tud kiállni legalapvetőbb szabadságjogaiért sem, és noha azokat természetesen a kórházban sem veszíti el, nem mindig tartják őket tiszteletben, ő maga pedig nem tud érvényt szerezni nekik. Nem véletlen, hogy az utóbbi években nemzetközileg az a tendencia figyelhető meg, hogy az alapvető emberi jogokat, illetve szabadságjogokat az egészségügyi ellátással kapcsolatban újrafogalmazzák, és azokat mint általános betegjogokat deklarálják. Ilyen betegjogi törvény már több országban született (például Finnország, Hollandia, Egyesült Királyság), másutt pedig most állnak megfogalmazás alatt. 1994-ben az Egészségügyi Világszervezet állította össze a betegek jogainak egy európai tervezetét, amelyet modellnek javasolt az egyes országok betegjogi törvényei megfogalmazásához[1]. Ugyancsak 1994-ben fogalmazta meg az Európa Tanács annak a Bioetikai Konvenciónak a tervezetét, amely a legfőbb bioetikai problémák területén egyfajta konszenzus létrehozására törekedett, és amelynek megállapításai számos ponton egybecsengenek az Egészségügyi Világszervezet betegjogi ajánlásaival[2].

Magyarországon az új egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről) II. fejezete foglalkozik a betegek jogaival, s számos – nemzetközileg széles körben elismert – betegjogot emelt be a hazai joganyagba.

MIÉRT VAN SZÜKSÉG A BETEGEK JOGAINAK A MEGFOGALMAZÁSÁRA

A kórház mint bürokratikus szabályok szerint működő intézmény dehumanizáló hatása. A mai fejlett orvosi technológia radikálisan átalakította az orvos–beteg viszonyt. A régi falusi „doktor bácsi", aki születésétől kezdve ismerte a betegét és annak értékrendszerét, vallási meggyőződését, sajnos már a múlté. Ma egy súlyosabb beteg általában egy technikailag jól felszerelt kórházba kerül, ahol jól képzett szakemberek egész hada fogja kezelni őt. Így a régi kétszemélyes beteg–orvos viszony helyébe mára a beteg–egészségügyi team, illetve a beteg–intézmény viszony lépett. A beteg kezelése során egy egész kórházi bürokráciával találkozik. Mindez azonban a gyógyítást elszemélyteleníti és dehumanizálja. Bizonyos felszínes hasonlóságok is kimutathatók a kórházak és az ún. totális intézmények (például börtön, munkatábor) között. Ahogyan más totális intézménybe sem önként mennek az emberek, kórházba is sokszor egy hirtelen rosszullét, betegség okozta szükséghelyzet kényszeríti őket. A kórházban a beteget legtöbbször megfosztják ruháitól, és kórházi „egyenruhát" adnak rá, szobájába – amelyet másokkal meg kell osztania – bárki kopogás nélkül beléphet. Ápolók, orvostanhallgatók, orvosok sokszor magyarázat nélkül megalázó és fájdalmas vizsgálatoknak vetik őt alá, és ezek eredményeiről gondos feljegyzéseket készítenek. Ezekbe a kórházban úgyszólván bárki betekinthet, kivéve a beteget. Ebben a rendkívül kiszolgáltatott helyzetben a beteg nem támaszkodhat a rokonaira, barátaira, akik érzelmi támogatást nyújthatnának neki, mert a látogatásokat erősen korlátozzák[3]. Természetesen a kórház egészében nem totális intézmény, hiszen végső soron minden a beteg érdekét hivatott szolgálni ott, mégis – ha csak néhány elemében is – a totális intézményekre emlékeztet. Az idegen kórházi környezet és nem utolsósorban saját testi állapota megfélemlíti a beteget, és nem tud, nem is mer jogaiért kiállni.

A beteg kiszolgáltatottsága. Az egészségügyi intézmények szigorú bürokratikus szabályai – noha retorikai szinten mindenütt a betegek érdekeit szolgálják – a valóságban sokszor az egészségügyi személyzet érdekeit védik. Sokszorosan igazolt tény, hogy az egészségügyi rendszer legkiszolgáltatottabb szereplője a beteg[4], ezért az ő jogai sérülnek a legkönnyebben. A kórház, mint a legtöbb intézmény, csak szigorú bürokratikus szabályok szerint tud működni, amelyek a betegellátást szükségszerűen elszemélytelenítik. Ehhez még hozzájárul a kórházi személyzet túlhajszoltsága, kialvatlansága, az egészségügyi munka természetéből óhatatlanul következő stressz, az ügyeletek. Mindezek a (főleg fiatal) orvosok, nővérek, ápolók olyan mértékű kimerültségéhez vezethetnek, amely sokukat – vizsgálatok szerint – az öngyilkosság gondolatáig is eljuttathatja. (Mindez az orvosok jogai deklarálásá-

nak a szükségességére is rámutat. Sok országban ezért törvény védi a kezdő orvosokat például a túlterhelés ellen. New York államban a fiatal orvos által – ügyeletekkel együtt – ledolgozható munkaidőt heti 80 órában maximálták, előírva azt is, hogy aktív (alvást lehetővé nem tévő) ügyeleti szolgálata 12 óránál, az időnkénti alvást is lehetővé tevő ügyelete 24 óránál egyvégtében nem lehet több[5].)

A kórház személyzete a stressz miatt egy idő után „allergizálódhat" a betegekre, akikben – a kimerültség hatására – minden bajuk okozóját, egyfajta „ellenséget" látnak[6]. A személyzet úgy próbál – legtöbbször öntudatlanul – védekezni a túlterhelés ellen, hogy igyekszik a betegek nagyobb együttműködését akár kényszerrel is biztosítani. Ez a gyakorlatban legtöbbször bizonyos információk elhallgatásával érhető el, amelyek ismeretében a beteg esetleg (jogosan) panaszkodna, okvetetlenkedne. Egészségügyi szociológusok számos tipikus orvos–beteg „játékot" írtak le, amelyekben a kezelőszemélyzet saját hibájáért a beteget vádolja, vagyis a nem kellő ügyességgel, körültekintéssel végrehajtott beavatkozás okozta kényelmetlenségért a beteg szervezetét, betegségét, viselkedését teszi „felelőssé".

Példák[7]:

Beteg: Miért nem sikerült a vérvétel?
Orvos: Mert rosszak a vénái.
(Valóság: Mert nem vagyok elég ügyes.)

Beteg: Miért tartott az operáció olyan sokáig?
Orvos: Mert túl sok vért vesztett.
(Valóság: Mert elrontottam a műtétet.)

Beteg: Miért kell újabb vizsgálatokat végezni?
Orvos: Mert nagyon makacs fertőzése van.
(Valóság: Mert nem tudom diagnosztizálni a betegségét.)

Beteg: Miért estem vissza?
Orvos: Mert nagyon gyenge a szervezete.
(Valóság: Mert túl korán abbahagytam a kezelést.)

Természetesen az ilyen típusú párbeszédekben az orvosnak gyakran igaza van. A probléma az, hogy az orvos által hangoztatott tipikus kifogások mindig felhozhatók, akár igazak, akár nem, és alkalmasak arra, hogy a kezelés során elkövetett valódi hibákért is a beteget tegyék felelőssé.

Nem szabad elfelejteni, hogy az információ hatalom, így az információ megosztása a hatalom megosztása, az információ visszatartása pedig a hatalom monopoli-

zálása. A nem tájékozott beteg kevésbé ismeri a lehetőségeit, így kevésbé „követelődzhet", kevésbé akarhat mást, mint amit a kórházi rutin előír. Így például a betegek legtöbbször nincsenek tudatában, hogy bármely orvosi beavatkozást joguk van visszautasítani, hogy kezelési alternatívák létezésekor joguk van mindegyikről tájékoztatást kapni, és közöttük választani stb.[8] Az információk elhallgatása tehát a beteget belekényszeríti az orvos által egyedüli lehetőségként felajánlott alternatívába.

Az sem világos sok beteg előtt, hogy számos kórházban, egészségügyi intézményben nemcsak gyógyítás, hanem oktatás és kutatás is folyik. Így – noha a beteg azt tételezi fel, hogy minden beavatkozást az ő érdekében végeznek – a vizsgálatok egy része esetleg oktatási vagy kutatási célokat szolgál. Ez elfogadható, ha ebbe a beteg beleegyezik, ha azonban ezt a beleegyezést információk elhallgatásával kikényszerítik, az a beteg jogait súlyosan sérti[9].

További és az egészségügyben szinte önmagát kínáló lehetőség a beteg „megzsarolása" is. Ennek enyhébb formája az, amikor a nem engedelmeskedő beteget megfenyegetik azzal, hogy nem fog meggyógyulni, noha ez sokszor nem igaz. Azzal is megfenyegethető azonban, hogy el fogják bocsátani a kórházból, vagy más kórházba helyezik át. (Például egy oktatókórházban, ahol a beteg nem szeretne egy gyakorlatlan orvostanhallgatótól egy újabb injekciót kapni, azt mondják neki, hogy ha nem egyezik bele abba, hogy orvostanhallgatók vizsgálják, illetve kezeljék, akkor elbocsátják. Ez a fenyegetés azért hatékony, mert a legtöbb beteg úgy gondolja, hogy csak az őt ellátó kórházban, csak az őt ellátó orvos tud neki megfelelő kezelést adni, így az elbocsátás számára halálos fenyegetést jelent. Ezért nem mer tovább ellenkezni, kénytelen-kelletlen engedelmeskedik, mert úgy érzi, nincs más választása, noha magában neheztel ezért orvosaira.) A kórházi személyzet általában a mindenbe beletörődő, engedelmeskedő, nem kérdező, gyermekien passzív beteget tekinti „jó betegnek". Ezzel szemben a kérdező, a saját kezelésében aktívan részt venni akaró, a magát orvosaival egyenrangúnak érző és jogaiért kiálló beteget „rossz betegnek" tarják, és a vizsgálatok szerint az ilyen beteg több nyugtatót kap, gyakoribb, hogy pszichiátriai konzíliumot kérnek az esetében, és általában hamarabb bocsátják el[10]. Ezért van az is, hogy az orvos kollégát általában rossz betegnek tartják.

A betegjogok deklarálása azt a célt szolgálja, hogy a mai elidegenedett beteg–intézmény kapcsolatot humanizálja, és a beteget az orvos egyenrangú partnerévé tegye. El kell érni, hogy a beteg ne a gyógyítás passzív elszenvedője, ne a gyógyítási folyamat tárgya legyen, hanem saját kezelésének aktív és felelős résztvevője és az orvos egyenrangú partnere, aki segíthet az orvosnak abban, hogy az ne kényszerüljön magányos döntéshozatalra a beteget érintő fontos kérdésekben. A betegjogok érvényesítése akadályozhatja csak meg, hogy a modern medicina személytelen és dehumanizálódott iparággá alacsonyodjék le[11]. A betegjogok elis-

merésekor abból kell kiindulnunk, hogy az az orvos–beteg kapcsolat a legjobb, amelyben a beteg jogait tiszteletben tartják[12]. A betegjogok deklarálása segíti a beteget abban, hogy az őt kezelő egészségügyi team felelős résztvevője legyen, aki orvosától elvárja jogainak tiszteletben tartását, ugyanakkor ő is tiszteletben tartja annak jogait, és azokat a szabályokat is, amelyek saját vagy betegtársai gyógyulásához szükségesek. Így a betegjogok deklarálása olyan közös mércét jelent, amelyhez mind az orvos, mind a beteg tartani tudja magát. Csökkenti a beteg kiszolgáltatottságát az orvossal és elsősorban a kórházi bürokráciával szemben, ugyanakkor csökkenti az orvos kiszolgáltatottságát is, aki a hierarchikusan szerveződő egészségügyi rendszerben felettesei és a betegek ellentétes elvárásai között őrlődhet. Annak világos és explicit deklarálása, hogy a beteg mit várhat el orvosától, egyben annak deklarálása is, hogy mi az, ami nem várható el. A betegjogok megfogalmazása ezáltal védi az orvost, illetve az egészségügyi személyzetet a beteg esetleg nem megalapozott igényeitől, a felesleges perektől is[13].

A BETEGJOGI MEGKÖZELÍTÉS SZEREPE A PATERNALISZTIKUS ORVOS–BETEG VISZONY ÁTALAKÍTÁSÁBAN

A „jogok nyelve” nagy szerepet játszott abban, hogy olyan aszimmetrikus emberi viszonyok átalakuljanak, melyekre hagyományosan az egyik fél törvény által is biztosított alávetettsége és kiszolgáltatottsága volt a jellemző. Gondoljunk csak arra, mennyit változott például az utóbbi száz évben a tanár–diák, a nő–férfi, a szülő–gyermek, a börtönőr–fogoly, a rendőr–gyanúsított stb. viszony[14]. Az orvos–beteg viszonyt is hagyományosan az aszimmetria jellemzi. A tradicionális, paternalisztikus orvos–beteg kapcsolat a beteg gyermeki alávetettségével és az orvos iránti feltétlen bizalmával jellemezhető egyfelől, az orvos jóindulatú, ámde szigorú, parancsoló, leereszkedő és atyáskodó attitűdjével másfelől, amelyben a beteget nem tekinti partnerének. Ezt a hozzáállást jól tükrözte az e század hatvanas éveiig uralkodó, „kódex-etikának” nevezett etikai megközelítés is. Erre az volt a jellemző, hogy orvostársaságok, orvosi kamarák orvosetikai kódexekben fogalmazták meg az orvos kötelességeit. Mivel azonban az orvostársaságoknak a betegek nem tagjai, így ez kizárólag az orvosok nézőpontját tükrözte, és a betegek elvárásai nem érvényesülhettek bennük. A paternalszitikus szellemiség jó tükrözője volt az 1972-es magyar egészségügyi törvény is, amelyben szinte kizárólag csak a beteg kötelességeiről esett szó, jogairól alig. Az orvosi ellátás során érvényesítendő alapvető emberi szabadságjogokra ez a törvény még csak nem is utalt (ilyenek például a személyiségi jogok, a személyi integritáshoz való jog, amely szerint egyedül a beteg jogosult dönteni, hogy beleegyezik-e az orvosi beavatkozásba vagy sem). A törvény az orvosi beavatkozást sokszor intézkedésnek nevezte, az orvos

utasítási jogáról beszélt, egyszóval az orvos fölérendeltségét sugallta a beteggel szemben[15]. A betegjogok elismerése nagy szerepet játszhat eme paternalisztikus orvos–beteg viszony átalakításában, és ezáltal az orvosi ellátás javításában is[16]. Számos betegjog elismerése valósult meg Magyarországon a jelenleg hatályos új egészségügyi törvényben. (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.)

ÚJABB TENDENCIÁK

A hetvenes évektől kezdve nemzetközileg az a tendencia figyelhető meg, hogy a betegek egyre inkább szeretnének beleszólni abba, hogy milyen normák alapján lássák el őket, szeretnék, ha az ő elvárásaik is hatást gyakorolnának az egészségügy működésére. Ekkortól terjedt el a betegjogok nyelve: amit korábban az orvosok kötelességei oldaláról orvostársaságok fogalmaztak meg, azt ettől kezdve a betegek jogaiként deklarálták betegjogi szervezetek, egyesületek, illetve egyre inkább a törvényhozás is. Így amíg korábban elsősorban bizonyos speciális, különösen kiszolgáltatott helyzetben lévő betegcsoportok jogait fogalmazták csak meg (például kísérleti alanyok, elmebetegek stb.), újabban előtérbe került az általános, az egészségügy minden területén és minden betegre érvényes betegjogok megfogalmazása. Olyan új betegjogok is megjelentek, melyeket korábban nem ismertek el. Ilyen például a betegnek az a mind több országban deklarált joga, hogy hozzáférhessen a róla készült orvosi feljegyzésekhez. Új mechanizmusokat is kidolgoztak, amelyek a hagyományos polgári vagy büntetőbírósági peres eljáráson kívül más lehetőségeket is biztosítanak a betegjogok gyakorlati érvényesítéséhez (például ombudsman, betegjogi képviselő, választott bíróság, betegügyvéd stb. közreműködése[17]).

AZ ÁLTALÁNOS BETEGJOGOK MEGFOGALMAZÁSÁNAK ELŐNYEI

A betegjogok fontosságára már eddig is több nemzetközi deklaráció hívta fel a figyelmet. Ilyen az Európa Tanács „Ajánlások a Betegek és a Haldoklók Jogairól" című 1976-os és az Európai Gazdasági Közösség „Kórházi Betegjogi Charta" című 1979-es állásfoglalása, idesorolható továbbá az Orvosok Világszövetségének „A betegek jogai" c. lisszaboni deklarációja. Ezek a deklarációk azonban leginkább a betegjogok egy-egy aspektusával foglakoznak, nem tekinthetők általános betegjogi deklarációnak[18]. Egy ország jogrendszere azonban általában akkor is számos garanciát tartalmaz a betegek jogait illetően, ha külön betegjogi törvényt nem fogadott el. Számos olyan nemzetközi emberi jogi egyezmény létezik, amelyik az aláíró országokat kötelezi bizonyos alapvető jogok tiszteletben tartására. Ilyen jól ismert nemzetközi egyezmények például:

- Az Emberi Jogok Egyetemes Deklarációja (1948).
- Az Emberi Jogok és Alapvető Szabadságjogok Európai Egyezménye (1950).
- A Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (1966).
- A Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (1966).
- Az Európai Szociális Charta (1961).

Ezeken kívül a legtöbb ország alkotmánya, illetve polgári törvénykönyve is tartalmaz olyan általános emberi jogi alapelveket, amelyeket értelemszerűen az egészségügyi ellátás során is tiszteletben kell tartani. Az említett nemzetközi, illetve hazai emberi jogi előírások alapján tehát fontos általános elv minden embernek az élethez, az egészséghez, a személyiség integritásához és az emberi méltósághoz való joga. E jog alapján senkit sem lehet kínzásnak, kegyetlen, megalázó, lealacsonyító bánásmódnak alávetni[19]. Mindenkinek joga van élete fontos kérdéseiben szabadon, önállóan dönteni (önrendelkezéshez való jog), joga van testi és szellemi integritásának, személye biztonságának védelmére. Mindenkinek joga van arra, hogy magánéletét, erkölcsi, kulturális értékeit tiszteletben tartsák. Alapvető jogaink közé tartozik a gondolat, a lelkiismeret és a vallás szabadságára való jogunk is stb.

Mindezek azonban túlságosan általános elvek, és egy ország jogrendszerében túl szétszórtan találhatók meg ahhoz, hogy egy laikus számára áttekinthetők legyenek. Ezért van fontos szerepe a betegjogok deklarásának, mert ez egyrészt az egészségügy körülményeire konkretizálva egyértelműen megfogalmazza, hogy például milyen jogokat jelent az emberi méltóság védelme egy kórházban, másrészt a betegjogok deklarálásának fontos információs szerepe is van: csak az tud élni a jogaival, aki ismeri is azokat. Így az általános betegjogok megfogalmazása fontos lépés a beteg számára ahhoz, hogy ezek érvényesülését az egészségügyben el is várja, tiszteletben tartásukat meg is követelje[20]. Ezt a véleményt a WHO Európai Regionális Irodája is magáévá tette, amikor az 1991 szeptemberi 41. ülésén megfogalmazta az „Egészséget mindenkinek" program 38. célkitűzését az etikáról. Ebben a határozatban azt hangsúlyozta, hogy az egészségpolitika, illetve a kutatáspolitika prioritásainak a meghatározásakor az etikai elvek és az emberi jogok tiszteletének kiemelt szerepet kell kapnia[21].

FENNTARTÁSOK A BETEGJOGI MEGKÖZELÍTÉSSEL SZEMBEN

Sokan úgy érzik, hogy a jogok nyelvének használata megrontja az orvos–beteg viszonyt, az orvosokat önvédelemre, a defenzív medicina gyakorlására kényszeríti, és szükségtelenül ellenségessé teszi az egészségügyi ellátás bizalmon alapuló

légkörét. Azt is mondják, hogy a betegjogok deklarálása orvosellenes, az orvosokkal szembeni bizalmatlanság kifejeződése, és ha megfogalmazásuk indokolt, akkor a méltányosság azt követelné, hogy az orvosok hasonló jogait is rögzítsék.

Valójában azonban jogokat akkor szoktunk megfogalmazni, amikor standardot, etalont akarunk felállítani, és az addig kaotikus, homályos elvárásokat egyértelmű követelményekkel szeretnénk helyettesíteni. Ez vezetett az élet egyéb területein is jogok deklarásához. A jogok rögzítése azonban általában nem valakik ellen, hanem inkább valakiknek a védelmében szükséges. Senki nem gondolja például, hogy a gyermeki jogokat rögzítő ENSZ deklaráció szülőellenes, a nők jogainak deklarálása férfiellenes lenne. Így a betegek jogainak megfogalmazása sem orvosellenes, hanem inkább olyan alapelveket rögzít, amelyek referenciaként szolgálhatnak mind az orvos, mind a beteg számára. Azért sem orvosellenesek a betegjogi törvények, mert végső soron minden igazi orvos beteg- és nem orvospárti, így ami a betegeknek érdekében áll, az definíciószerűen nem lehet idegen az orvosi hivatás ethoszától sem[22]. Mint láttuk, a beteg egyenjogúságának az elismerése és a beteg bevonása saját gyógyításába a jó orvos–beteg viszony elengedhetetlen eleme a modern medicinában, így az ezt előmozdító betegjogi megközelítés ma már a jó betegellátás része.

Ami az orvosok jogainak a deklarálását illeti, az orvosok kiszolgáltatottsága és túlterheltsége kétségtelen tény, a magyar egészségügyi rendszer szociológiai vizsgálata is ezt igazolta[23]. A vizsgálatok szerint azonban az orvosok elsősorban egymással szemben és nem a betegekkel szemben kiszolgáltatottak. A kiszolgáltatottság megszüntetésére szükség van, mivel azonban a legkiszolgáltatottabb helyzetben kétségtelenül a beteg van, és a jogokat mindig a kiszolgáltatottabb fél oldaláról szokták megfogalmazni, ezért került előtérbe a betegjogi megközelítés. A tapasztalat szerint azonban ez az orvosok jogaira is felhívja a figyelmet, és mint láttuk, bizonyos orvosjogok megfogalmazásához is elvezet. A továbbiakban általában betegjogokról fogunk beszélni, holott nyilvánvaló, hogy az egészségüggyel nemcsak beteg emberek kerülnek kapcsolatba. A kozmetikai műtétre, abortusra, sterilizációra, védőoltásra stb. váró állampolgár nem beteg a szó orvosi értelmében. A rövidség kedvéért mégis megtartjuk a „betegjog” megjelölést egyrészt azért, mert az egészségügyben tapasztalható emberi jogi problémák legnagyobb része mégis leginkább beteg emberekkel kapcsolatos, másrészt azért, mert az elnevezés jól elkülöníti az egészségügyben felvetődő és igen speciális emberi jogi problémákat más területek más természetű problémáitól.

A jog szót kétféle értelemben lehet használni. Lehet beszélni törvényadta jogról, amely egy adott ország törvényhozása által megfogalmazott és elfogadott jogot jelent, és amelyik valamilyen formában a jogrendszer keretei között általában ki is kényszeríthető. Beszélhetünk azonban morális jogokról is. Az erkölcsi jogok még nem feltétlenül törvényadta jogok, vagyis lehetséges, hogy egy adott országban

még nem deklarálták azokat. Ugyanakkor olyan indokolt igényeknek tekinthetők, amelyek törvényadta joggá való deklarálása helyeselhető és elvárható lenne. A továbbiakban a jog szót ebben a második értelemben mint erkölcsi jogot fogjuk használni. Azokat az elveket próbáljuk megfogalmazni, amelyek egy modern, demokratikus, pluralista társadalomban indokolt elvárásnak tekinthetők a betegek részéről az egészségügyi ellátással szemben.

A továbbiakban megkíséreljük a főbb betegjogok áttekintését az egészségügy különböző területein. Még egyszer hangsúlyozzuk, hogy a jog szót az erkölcsi jog értelmében használjuk. Ezért az itt felsorolt jogok a jogok egyfajta idealizált listájának tekinthetők, amelyek minél teljesebb megvalósítására célszerű törekedni, de amelyek még nem mind tekinthetők törvényadta jognak bizonyos egészségügyi rendszerekben. Mint már említettük, a Magyarországon a jog által teljes egészében elismert betegjogokat dőlt betűs szedéssel fogjuk jelezni, s forrásukra római számmal való hivatkozással utalunk.

BETEGJOGOK

A megfelelő szintű egészségügyi ellátáshoz való jog

A legalapvetőbb betegjog, amely minden más betegjog alapja, az egészségügyi ellátáshoz való jog. Eszerint *mindenkinek joga van az állapota által megkívánt megfelelő szintű egészségügyi ellátáshoz*[I] fizetőképességtől függetlenül. Ezt a jogot mind az ENSZ, mind a WHO számos deklarációja rögzíti. Az egészségügyi ellátás megfelelő szintje természetesen függ az adott ország gazdasági fejlettségétől, az egészségügyi rendszer által felhasználható gazdasági, anyagi és emberi erőforrások nagyságától. *Az egészségügyi ellátásnak folyamatosan és diszkriminációmentesen kell hozzáférhetőnek lennie minden állampolgár számára*[24, II].

Ha egy beteget nem lehet azonnal a szükségesnek ítélt orvosi kezelésben részesíteni, akkor vagy más egészségügyi intézménybe kell őt utalni, vagy az adott intézmény várakozási listájára kell helyezni.[III] *Ilyen esetben tájékoztatni kell őt a várakozás okáról és várható időtartamáról.*[IV] *Sürgős szükség esetén azonban a betegnek joga van arra, hogy azonnali ellátást kapjon, fizetőképességétől függetlenül.*[V] A sürgősségi ellátás nem szenvedhet késedelmet a beteg biztosított voltának, illetőleg fizetőképessége megállapításának céljából[25]. *Sürgős szükség esete áll fenn minden olyan sérülés vagy akut megbetegedés esetén, amely azonnali ellátás nélkül halálhoz vagy súlyos egészségkárosodáshoz vezethet.*[LXXVIII] (Ilyen például a szív- vagy légzésmegállás, a shock, az erős vérzés, az akut pszichotikus reakció stb.[26])

Amennyiben egy orvosi eljárás ritka, mindenki számára nem elérhető, a betegeknek joguk van arra, hogy a kiválasztás igazságos és diszkriminációmentes legyen[27,VI]

A betegeknek – az adott egészségügyi rendszer biztosította korlátok között – joguk van orvosuk[VII] és az egészségügyi intézmény szabad megválasztására[28]. Joguk van továbbá az egészségügy minden szintjén közös képviseletre minden olyan kérdés eldöntésekor, amely egészségügyi ellátásukat érinti (például az egészségügyi prioritások megfogalmazásakor, a szolgáltatások értékelésénél stb.[29]).

A betegeknek joguk van arra, hogy a lehetőségekhez mérten magas színvonalú egészségügyi ellátást kapjanak. *Az egészségügyi ellátás során nem szabad a betegek között bőrszínük, nemzetiségük, vallásuk, nemük, szexuális irányultságuk, korukat, családi állapotuk, testi vagy szellemi fogyatékosságuk, betegségük* vagy fizetőképességük *alapján hátrányos megkülönböztetést tenni*[30, VIII].

A beteg joga emberi méltósága tiszteletben tartásához

A betegnek joga van arra, hogy vele az egészségügyi intézményben tisztelettel és megbecsüléssel bánjanak.[IX] *A kórházban is joga van rokonaival, ismerőseivel levélben vagy telefonon kapcsolatot tartani, jogában áll látogatókat fogadni.*[X] *Joga van arra, hogy az általa vagy neki küldött leveleket ne bontsák fel,*[LXXIX] és joga van látogatóival négyszemközti beszélgetésre is.

A betegnek joga van arra, hogy vallási meggyőződésének megfelelő egyházi személlyel a kórházban találkozhassék.[XI]

Kiskorú gyermek szüleinek és haldokló beteg rokonainak joguk van a nap 24 órájában *a beteg mellett tartózkodni*[31,XII].

Szülő nőnek joga van arra, hogy férje vagy egy általa választott személy a vajúdás és a szülés alatt vele lehessen. Joga van továbbá arra, hogy szülés után újszülöttje – amennyiben az egészséges – vele lehessen.[XIII]

A betegnek joga van rá, hogy a kórházban – ha erre elegendő hely van – saját ruháit, eszközeit magánál tarthassa és használhassa..[XIV]

A betegnek joga van arra, hogy ne végeztessenek vele olyan szolgáltatásokat, amelyekre kezelése szempontjából nincs szükség. (A betegeknek ezt a jogát a hatályos egészségügyi törvény explicit módon csak pszichiátriai betegek esetén ismeri el.[154].)

Ha a beteg az őt ellátó egészségügyi személyzettől valamilyen tájékoztatást vagy ellátást kér, joga van arra, hogy kérésére azonnali, megfelelő választ kapjon.[32].

A betegnek joga van arra, hogy kezelése során fizikai vagy kémiai eszközökkel őt cselekvésében feleslegesen ne korlátozzák. Erre csak sürgős szükség esetén kerülhet sor a beteg vagy a betegtársak védelmében.[XV] *A korlátozó eszközök alkalmazását azonban csak a beteg kezelőorvosa rendelheti el, írásban, pontosan megjelölve annak alkalmazási idejét.*[33, LXXX.]

A betegeknek joguk van megfelelő fájdalomcsillapításra is[XVI], és arra, hogy méltóságban halhassanak meg.

A beteget a kórházból elbocsátani vagy más intézménybe áthelyezni csak orvosi indokkal lehet, állapotának a javítása céljából[34]. *Ha a beteg ebbe nem egyezik bele, joga van egy másik orvos szakvéleményét beszerezni arról, hogy elbocsátása vagy áthelyezése orvosilag indokolt-e.*[XVII] *A betegnek joga van hozzá, hogy az intézményből való elbocsátásáról legalább egy nappal előbb tájékoztassák, hogy elég ideje maradjon elbocsátásáról egy általa választott személyt értesíteni.*[XVIII]

A betegnek joga van az egészségügyi intézményt bármikor elhagyni.[XIX] Ha azonban ez orvosilag nem javasolt, nyilatkozat kérhető tőle, amelyben tanúsítja, hogy a kórházat orvosi tanács ellenére hagyta el[35].

A tájékozott beleegyezés joga

A legtöbb orvosi beavatkozás a beteg testi vagy szellemi integritásának olyan súlyos megsértését jelenti, amely a beteg beleegyezése nélkül bűncselekménynek (például könnyű vagy súlyos testi sértésnek) minősülne. Több ország jogrendszere a beteg beleegyezése nélkül végzett orvosi beavatkozást ennek megfelelően bűncselekménynek is tekinti (például Ausztria, Németország, Luxemburg, Portugália)[36].

A cselekvőképes betegnek önrendelkezési joga van, ezért szabadon eldöntheti, hogy fordul-e orvoshoz, és ha igen, milyen beavatkozásokat enged meg, illetve utasít vissza.[XX] *A betegnek joga van arra, hogy a kezelését érintő minden döntésben részt vegyen. A döntés joga végső soron mindig a betegé, az orvos csak tanácsot adhat, de a beteg helyett nem dönthet.*[XXI] A beteg megalapozottan dönteni azonban csak akkor tud, ha előzőleg a diagnosztikus és terápiás alternatívákról tájékoztatták.

A beteg tájékoztatása. A beteget tájékoztatni kell a következőkről[37]:

1. *A diagnózishoz szükséges beavatkozások*[XXII]
2. *Betegsége diagnózisa.*[XXIII]
3. *Betegségét milyen módszerekkel lehet kezelni, és az egyes kezelési alternatíváknak melyek az előnyei, hátrányai, és a következményei.*[XXIV]
4. *Melyek a kezelésnek, illetve a kezelés visszautasításának közvetlen és közvetett veszélyei.*[XXV]
5. *Hogyan végzik a kezelést, mennyi ideig tart, milyen fájdalmakkal, kellemetlenségekkel fog járni.*[XXVI]
6. *Mi a betegség kezelés nélküli prognózisa, és mi a prognózis kezeléssel.*[XXVII]
7. *Melyek a kezelés során javasolt gyógyszerek hatásai és mellékhatásai, az együtt felírt gyógyszereknek melyek az ismert keresztreakciói.*[LXXXI.]
8. *Milyen lesz a beteg állapota a kezelés után, és milyen további gondozásra vagy kezelésre szorul majd rá.*[XXVIII]

A betegnek az információkat laikus számára is érthető módon kell megadni.[XXIX] *Nem szabad elhallgatni előle azt, ha egy beavatkozásnak komoly veszélyei (például bénulás, halál stb.) vannak..*[XXX] El kell mondani neki, hogy mekkora esély van a kezelés sikerére, és hogy mit tekint az orvos sikeres kezelésnek[38].

Egy beavatkozás elvégzése előtt a betegnek joga van tudni, hogy az azt végző orvosnak, illetve intézménynek abban mekkora tapasztalata van: végeztek-e már máskor is ilyen beavatkozást, és ha igen, milyen gyakran fordultak elő komplikációk , s ha igen, melyek voltak azok? (Az USA-ban például 1985 óta évente publikálják 6000 kórház diagnosztikus kategóriák szerinti mortalitási adatait. Ez természetesen önmagában még nem dönti el, melyik kórház milyen eredményesen gyógyít, mégis fontos információ a betegek számára[39].)

Ha a beavatkozást orvostanhallgató végzi, a betegnek joga van ezt tudni[XXXI], és azt is, hogy a hallgató csinált-e már korábban ilyen beavatkozást, és ha igen, hányszor.[40]

A betegnek joga van tudni, hogy a számára javasolt beavatkozás kísérleti jellegű-e, és ha igen, akkor léteznek-e a kórházban vagy máshol a javasolthoz hasonló indikációjú, de nem kísérleti beavatkozások.[XXXII]

A betegnek joga van tudni, hogy egy beavatkozást az ő érdekében végeznek-e, vagy pedig elsősorban oktatási, illetve továbbképzési célból végzik azt el rajta[41]. [LXXXII].

Minden betegnek joga van ismerni az őt vizsgáló vagy kezelő egészségügyi dolgozók nevét és szakmai beosztását.[XXXIII]

Ha egy orvos úgy érzi, hogy betege tájékoztatása (például rossz prognózisú betegségének diagnózisáról) a beteg számára súlyos kárt okozna, akkor több országban megengedik azt, hogy az ún. terápiás privilégiumra hivatkozva az orvos ne a beteget, hanem hozzátartozóját informálja ilyenkor. Ez a gyakorlat azonban kritizálható, hiszen a „súlyos kár" fogalmát tágan használva sérti a beteg jogait, hiszen erre hivatkozva bármiféle információ eltitkolható előle. Ezért etikailag elfogadhatóbbnak tűnik ilyenkor a beteg „nyílt" nem tájékoztatása. Ilyenkor az orvos azt mondja a betegnek, hogy nem szeretné őt riasztó információkkal terhelni, és ezért szívesebben beszélné meg a kezelés részleteit az általa megnevezett hozzátartozóval vagy baráttal. Ha azonban a beteg ebbe nem egyezik bele, hanem ragaszkodik a teljes tájékoztatáshoz, akkor belátási képességgel rendelkező betegtől a felvilágosítás nem tagadható meg.

A betegnek általában joga van ahhoz, hogy kifejezett kérésére ne tájékoztassák.[XXXIV] Ilyenkor visszaáll a hagyományos paternalisztikus orvos–beteg viszony, és az orvos azt teszi, amiről úgy gondolja, hogy a betegnek a legjobb. A betegnek ez a joga azonban nem abszolút. Senki nem mondhat le teljesen önrendelkezési jogáról. (JOHN STUART MILL hasonlatát használva a szabad ember nem mondhat le teljesen a szabadságáról a szabadság nevében, így például nem adhatja el ma-

gát rabszolgának.) Vannak országok (például Svájc), ahol az informálásról való teljes lemondást még a beteg kérésére sem engedik meg, hiszen ezzel a beteg az önrendelkezési jogáról mondana le. A betegnek azonban ilyenkor joga van ahhoz, hogy kérésére csak általánosságban tájékoztassák. *A beteg általában nem mondhat le az informálásról például fertőző betegségben, amikor tudnia kell betegségéről ahhoz, hogy mások egészségét védeni tudja (például HIV-pozitív beteg)*,[XXXV] nem terápiás beavatkozások során (például kozmetikai műtét, művi abortus), ahol csak a beteg dönthet, hogy vállalja-e az azzal járó kockázatot, ehhez azonban azt előzőleg meg kell ismernie[42], vagy amikor a beavatkozás olyan komoly mellékhatásokkal, komplikációkkal járhat, amelynek vállalásáról az orvos egyedül nem dönthet[43].

A betegnek joga van megnevezni azt a személyt (akinek nem kell a beteg rokonának lennie), akit tájékoztatni kell állapotáról, ha ő maga nem kívánja a tájékoztatást.[XXXVI] *A beteg megjelölheti azt a személyt is, aki dönthet a beteg helyett akkor is, ha az már nem lesz döntésre képes állapotban.*[XXXVII] Döntése során azonban a beteg korábbi kívánságait, illetve értékrendjét kell figyelembe venni (ez az ún. helyettesített döntés elve)[44].

A beteg beleegyezése. *Semmiféle orvosi beavatkozást nem szabad a beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezése nélkül elvégezni.*[XXXVIII] *Kivételt csak akkor lehet tenni, ha a beteg – állapota miatt (például eszméletlenség) – nem képes beleegyezést adni, hozzátartozói pedig nem érhetők el. Ilyenkor – hacsak az ellenkezőjére nincs bizonyíték a beteg előzetes akaratnyilvánításából – a beteg beleegyezése feltételezhető, és eszerint kell eljárni.*[XXXIX] Ez annyira szigorú követelmény, hogy a beleegyezés nélküli orvosi beavatkozás több országban bűncselekmény (testi sértés), illetve annak minden következményéért az orvost teszik felelőssé még akkor is, ha a beavatkozást szigorúan a szakma szabályai szerint hajtotta végre. (Ilyen a szabályozás például Ausztriában[45].) A beteg beleegyezése azonban jogilag csak akkor számít érvényesnek, ha tájékozott és specifikus, vagyis ha előzőleg felvilágosították a kérdéses beavatkozás előnyeiről, hátrányairól, veszélyeiről is, és minden egyes beavatkozásba külön-külön egyezett bele. Nem fogadható el az a gyakorlat, amelynek során a beteggel egy általános beleegyező nyilatkozatot íratnak alá, amelyben előre beleegyezését adja mindenbe, amit vele a kórházban tesznek majd. Ez az általános beleegyezés jogilag és erkölcsileg nem tekinthető érvényesnek. *Kockázatos (invazív) beavatkozás előtt a betegnek a beleegyezést írsában kell megadnia.*[XL] *Csekély veszéllyel járó, nem invazív beavatkozás előtt a beteg ráutaló magatartása vagy szóbeli beleegyezése is elfogadható.*[XLI] A betegnek nemcsak az orvosi beavatkozásba, hanem a beavatkozást végző orvos személyébe is bele kell egyeznie. Így, ha a beteg beleegyezett abba, hogy a műtétet egy adott orvos végezze el, és az operációt a beteg elaltatása után mégis egy másik orvos végezte, akkor ez sem etikailag, sem jogilag nem fogadható el. (Ezt a gyakorlatot az USA-ban

„szellemsebészetnek" – ghost-surgery –, nálunk „sub nomine" műtétnek nevezik[46].)

Ha egy sebészi beavatkozás során a műtét kiterjesztése válhat szükségessé, ezt előzőleg meg kell beszélni a beteggel, és a lehetséges kiterjesztéseket illetően a hozzájárulását kell kérni. Ha a kiterjesztés szükségessége nem volt előre látható, akkor az operáló orvos csak akkor terjesztheti ki a műtétet, ha azt valóban sürgős szükség diktálja. Általában nem szabad műtéti kiterjesztés címén a beteg beleegyezése nélkül olyan beavatkozást végezni, amely egy szerv elvesztéséhez vagy funkciókiesésé-hez vezet[47, XLII].

A kezelés visszautasításának joga. Számos országban elfogadott alapelv, hogy cselekvőképes (kompetens) beteg minden orvosi kezelést visszautasíthat, beleértve az életmentő kezeléseket is. Ilyenkor általában pszichiáternek kell megállapítania, hogy a beteg elméje ép, és megérti döntése következményét. A beteget ilyenkor fel kell világosítani arról, mi lesz a kezelés visszautasításának az eredménye, és meg kell próbálni meggyőzni, hogy fogadja el a kezelést. Ha azonban ez nem sikeres, a beteg visszautasítását még akkor is tiszteletben kell tartani, ha ez előreláthatólag a halálát idézi elő. Az USA-ban számos precedens értékű bírói döntés született, amelyik ezt az elvet erősítette meg, de ezt sok európai országban is elfogadják. (Ilyen például Németország, Svájc, Svédország, Hollandia. Franciaországban a jogértelmezés szerint a beteg döntését még akkor is el kell fogadni, ha az életmentő orvosi beavatkozást kifejezetten azzal a szándékkal utasítja el, hogy meghaljon[48].) Magyarországon ezt a törvény nem fogadja el, nálunk közvetlen életveszélyben megengedhetőnek tartják a beteg életének a megmentését még a beleegyezése nélkül is.[142] Kivételt képez ez alól a szabály alól az, amikor olyan beteg utasít el életmentő vagy életfenntartó beavatkozást, aki „...olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan." Ilyen esetben – bizonyos alaki előírások s bizonyos procedurális szabályok betartásával – a beteg Magyarországon is visszautasíthat életmentő, ill. életfenntartó beavatkozásokat.[143] Ugynevezett „élő végrendeletben" a beteg – későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére – visszautasíthat bizonyos életfenntartó, ill. életmentő beavatkozásokat Magyarországon akkor is, ha „...gyógyíthatatlan betegségben szenved és betegsége következtében önmagát fizikailag ellátni képtelen, illetve fájdalmai megfelelő gyógykezeléssel sem enyhíthetők."[144]

Cselekvőképes beteg tehát általában bármely orvosi beavatkozást bármikor, indoklás nélkül visszautasíthat. Nem lehet a beteget pusztán annak alapján csökkent belátási képességűnek tartani, és őt hozzájárulása nélkül kezelni, mert döntését az orvos ésszerűtlennek ítéli. Ennek elfogadásával a beteg beleegyezési joga nem jelentene egyebet, mint azt a jogát, hogy mindig egyetértsen orvosával[49]. A beteg dön-

tését tarthatja az orvos ésszerűtlennek vagy egyenesen ostobának, ettől azonban még el kell azt fogadnia, hiszen egy belátási képességgel rendelkező embernek még ostoba döntéseket is joga van hozni[50].

A legnehezebb a gyakorlatban a beteg belátási képességének a megállapítása, vagyis annak eldöntése, hogy a beteg ésszerűtlennek tűnő döntését elfogadja-e az orvos cselekvőképes ember döntésének, vagy tekintse-e azt a cselekvőképtelenség jelének, és kezdeményezze-e a beteg döntésének helyettesítését? Általános szabályként annyi mondható, hogy a beteg döntése akkor fogadható el cselekvőképes ember döntéseként, ha a beteg döntése valószínű következményeit felmérni képes[51], ha megértette, hogy mi történne vele, ha elfogadná a kezelést, és mi lesz az eredménye annak, ha visszautasítja.

Mint azt már láttuk, a beteg nemcsak egy beavatkozást utasíthat vissza, hanem azt is, hogy a beavatkozást egy adott személy (például egy adott sebész, orvostanhallgató stb.) végezze el. Így a beteg kötheti a beavatkozásba való beleegyezését ahhoz a feltételhez, hogy azt egy bizonyos személy végezheti csak el[52].

Ha a beteg egy beavatkozást visszautasít, nem szabad az ebbe való beleegyezésre rákényszeríteni. Nem szabad például azt mondani, hogy ha nem egyezik bele a kérdéses kezelésbe, akkor semmiféle kezelést (például fájdalomcsillapítást) sem kap[XLIII], és nem szabad azzal sem fenyegetni, hogy ha nem engedi, hogy orvostanhallgatók vizsgálják, akkor elbocsátják a kórházból. Mint láttuk, sok esetben ez a beteg halállal való megfenyegetésével egyenlő, hiszen egy oktatókórház felszereltsége általában jobb, szakembergárdája különösen magasan képzett, így a beteg némi joggal érezheti úgy, hogy kényszerítik a beleegyezésre, hiszen másutt nem biztos, hogy ugyanúgy meggyógyulna. Ugyanez érvényes arra az esetre is, ha a beteg elutasítja a részvételt egy kísérletben. Általánosan tehát elmondható, hogy a nem beleegyező beteget nem szabad megbüntetni, fenyegetéssel, nyomással a beavatkozás elfogadására kényszeríteni, hanem egy alternatív, számára elfogadható orvosi beavatkozást kell felajánlani a számára[53]. A beteg tehát például visszautasíthatja, hogy orvostanhallgatók vizsgálják vagy végezzenek el rajta egyszerűbb beavatkozásokat, és ragaszkodhat hozzá, hogy kellő gyakorlattal rendelkező orvos lássa őt el[54]. Mivel azonban a betegbemutatás az orvosképzés fontos része, törekedni kell rá, hogy a beteg együttműködését megnyerjék, például úgy, hogy az oktatást a legképzettebb szakemberek végzik, akik jelen vannak a betegvizsgálatnál. Így a beteg számára az orvosképzésben való részvétel előnyt is jelenthet, hiszen így olyan tapasztalt orvos vizsgálatában részesül, amely ellátáshoz egyébként nem feltétlenül jutna hozzá. A beteg részvételét az orvosképzésben tehát ösztönzéssel, meggyőzéssel és nem kényszerrel kell elnyerni.

Abból azonban, hogy a beteg bármilyen gyógyszert, diagnosztikus vagy terápiás beavatkozást visszautasíthat, nem következik, hogy olyan kezelést kérhet, amilyet csak akar. *A beteg orvosilag rossz kezelést nem követelhet.*[LXXXIII] *Az orvos nem*

köteles olyan kezelést adni vagy beavatkozást végezni, amely lelkiismeretével nem egyeztethető össze.[XLIV] *A beteg beleegyezése nemcsak az orvosi beavatkozásokba szükséges, hanem teste bármely eltávolított anyagának a tartósításához vagy felhasználásához is*[55], [XLV].

Kiskorú beleegyezése. Az általános szabály az, hogy kiskorú helyett annak törvényes képviselőjét tájékoztatják, és ő egyezik bele az orvosi beavatkozásokba. Ezért a gyerek kórházi felvétele esetén jogos igény, hogy *a szülő* a nap 24 órájában *a gyermeke mellett lehessen.*[LXXXIV] Erre egyrészt a gyermek érzelmi támogatása miatt van szükség, másrészt azért, hogy a szülő tájékozott beleegyezést adhasson a szükségessé váló beavatkozásokba. Enélkül – gyermek kezelésekor –a tájékozott beleegyezés joga formálissá válik. Az állandóan jelen lévő szülő figyelni tudja gyermeke reakcióit, értelmezni tudja azokat, és így képes ténylegesen is a tájékozott beleegyezés jogát gyakorolni. A szülőnek joga van gyermeke mellett lenni minden orvosi beavatkozásnál, műtét esetén pedig az anaesthesia kezdetéig, illetve műtét után a gyermek eszméletre térésekor[56].

A mai tendencia az, hogy *lehetőség szerint a kiskorút is fel kell világosítani a szükséges orvosi beavatkozásokról,*[LXXXV] és ehhez a hozzájárulását meg kell szerezni. Nem terápiás beavatkozáshoz (például csontvelő explantációjához) a kiskorú beleegyezése nélkül a beavatkozás nem végezhető el. Általában 16–18 év között szoktak beszélni érett kiskorúról, aki már sok országban orvosi beavatkozásokba önállóan is beleegyezhet, illetve azokat szülői jóváhagyás nélkül is visszautasíthatja. 12–16 éves kor között a gyermek szellemi érettségétől függ, hogy véleményét milyen súllyal veszik figyelembe az orvosi kezelés során. Nem célszerű azonban éles korhatárt húzni. Jobb ehelyett azt mondani, hogy a kiskorú beleegyezése – szellemi érettsége függvényében – figyelembe veendő, még 12 éves kor alatt is.

Ha kiskorú törvényes képviselője megtagadja az engedélyt olyan orvosi beavatkozásba, amelyik a kiskorú életének megmentéséhez vagy súlyos károsodásának megelőzéséhez szükséges, akkor bíróság adhat engedélyt a kiskorú kezelésére, illetve rendelhet ki ideiglenesen gondnokot a kiskorú érdekeinek képviseletére. Ha erre nincs idő, a gyermek életének a megmentése szülői beleegyezés nélkül is megengedhető[57]. Ha sürgős szükség esete nem áll fenn, akkor meg kell várni a beavatkozással a bíróság döntését.

Magyarországon kiskorú beteg törvényes képviselője nem utasíthat el olyan orvosi beavatkozást, melynek elmaradása a kiskorú súlyos vagy maradandó egészségkárosodását eredményezné.[145]

Ha azonban a törvényes képviselő olyan kiskorú életmentő vagy életfenntartó kezelését utasítja el, aki orvosi kezelés ellenére is gyógyíthatatlan és halálhoz vezető betegségben szenved, akkor bíróság jogerős határozata szükséges eme visszautasítás tiszteletben tartásához. A jogerős határozat megszületéséig a kezelőorvos köteles mindent megtenni a beteg gyógyítása, életének fenntartása érdekében.[146]

Az orvosi feljegyzésekhez való hozzáférés joga

Egy viszonylag „új" betegjog, amelyet egyre több ország ismer el, az, hogy a beteg hozzáférhessen a róla szóló teljes orvosi dokumentációhoz. Ez magában foglalja a betegről készült valamennyi orvosi leletet, kórlapot, decursust, vizsgálati jegyzőkönyvet stb. *Az orvosi iratok tulajdonosa ugyan a kórház, hiszen a leleteket a kórház által vásárolt papírra írták, ugyanakkor az azokon levő információ tulajdonosa a beteg*[58, XLVI]. Ebből a megkülönböztetésből az következik, hogy *a beteg a róla készült minden orvosi feljegyzésbe betekinthet, illetve ha ez nem elegendő, akkor – általában saját költségén – minden iratról fénymásolatot csináltathat, és azt elviheti.*[XLVII]

A betegnek számos oka lehet arra, hogy a róla készült orvosi feljegyzéseket elolvassa. Ennek segítségével jobban megértheti betegségét és kezelését, így az iratokba való betekintés jogának jelentős egészségnevelő szerepe van. Nem elhanyagolható szempont az sem, hogy a *beteg ily módon ellenőrizni tudja a róla szóló adatok (például anamnézis) pontosságát, kijavíttathat például egy rosszul írt vércsoportot stb. (A rossz adatot úgy javítják ki, hogy azt – az olvashatóság megőrzésével – egyszer áthúzzák, majd dátumozva és szignálva melléírják a jó adatot*[59, XLVIII].)

Az iratokba való betekintés jogának fontos gyakorlati jelentősége az, hogy segíthet a beteg indokolatlan félelmének eloszlatásában. Az iratait elolvasva saját szemével győződhet meg például arról, hogy valóban nincs rákja stb.[60]

Az USA legtöbb tagállamában ma már a beteg törvényadta joga az orvosi iratokba való betekintés, illetve az, hogy bármely iratáról fénymásolatot készítsen[61]. Ezt a jogot csak pszichiátriai betegnél szokták korlátozni, bár ott is kedvező tapasztalatok vannak a nagyobb nyíltság előnyös hatásairól. Ahol a betegek e jogát elismerik, ott az orvos–beteg kapcsolat javul, és a betegek általában elégedettebbek lesznek orvosaikkal. Massachusettsben például már 1946 óta törvényadta joguk a betegeknek az irataikba való betekintés, és az azóta eltelt hosszú idő alatt sem tapasztaltak ezzel kapcsolatban káros hatást[62]. Sőt a vizsgálatok szerint a beteg iratbetekintési joga javítja azok pontosságát, hiszen az orvos eleve úgy írja azokat, hogy tudja, a beteg el fogja őket olvasni. Ez a gyakorlat jelentősen csökkentette az orvosok elleni perek számát is, hiszen azok egyik jelentős motívuma éppen az volt, hogy a beteg betekinthessen az orvosi iratokba. Ezért olyan javaslat is született, hogy a betegekről szóló minden lelet eleve indigóval készüljön, és minden így elkészült irat második példányát a beteg automatikusan, kérés nélkül kapja meg[63].

Az orvosi iratokba való betekintés, illetve az azokról való fénymásolat készítésének joga az USA-n kívül egyre több európai országban is törvényadta jog. Így rendelkezik a törvény Ausztriában[64], Dániában[65], Finnországban[66], Németországban, Izraelben[67], Hollandiában, Norvégiában[68], Svédországban[69] és Svájcban[70]. 1998. január 1. óta ez a jog törvényadta jog Magyrországon is.[147] Néhány ország-

ban *az orvos megtagadhatja az iratok bizonyos részeinek a megmutatását akkor,* ha úgy érzi, hogy ebből a betegnek komoly kára származna, továbbá akkor is, *ha azok egy harmadik személy adatait is tartalmazzák, amelyeket természetesen az orvosi titoktartás véd.*[XLIX] Ha azonban az iratokba való betekintést a beteg érdekeire való hivatkozással megtagadják, akkor biztosítani kell, hogy a beteg helyett azokba az általa kijelölt személy (hozzátartozó) betekinthessen[71]. (Magyarországon a hatályos egészségügyi törvény szerint a beteg érdekében csak pszichiátriai betegek esetén és ilyenkor is csak kivételesen korlátozható a beteg egészségügyi dokumentáció megismerési joga.[148])

A kórháznak a betegről készült orvosi dokumentációt meg kell őriznie.[L] Minél tovább lehetséges ez, annál jobb, hiszen később ez a tudományos kutatás számára nagyon értékes adatforrássá válhat. A legtöbb országban törvényesen előírják azt a minimális időt, amelynek tartamára az orvosi dokumentációt meg kell őrizni. (Magyarországon ez az egészségügyi dokumentáció esetén minimálisan 30 év, zárójelentés esetén pedig legalább 50 év.[155]) Etikailag az a helyes, ha az iratok kiselejtezése előtt a betegnek azokat felajánlják, hátha meg akarja őrizni őket[72].

A hozzátartozók számára fontos lehet az elhunyt családtag orvosi irataiba való betekintés. Számos országban ezt megengedik, ha az illető ez ellen még életében nem tiltakozott. Itt is egyfajta „feltételezett beleegyezés" érvényesül: *az elhunyt örökösének vagy családtagjainak joguk van az elhunyt orvosi dokumentumaiba betekinteni, ha ezt ő még életében nem tiltotta meg.*[LI] Ez a szabály érvényes Ausztriában[73], Franciaországban[74], Svájcban[75] s Magyarországon is. Kiskorú irataiba természetesen a szülő tekinthet bele.

Az orvosi titoktartáshoz és a magánszférához való jog

A titoktartás elve az orvos oldaláról úgy fogalmazható meg, hogy ő a beteg vizsgálata, kezelése során szerzett bizalmas információkat senkivel nem közölheti, aki közvetlenül nem vesz részt annak gyógykezelésében. A magánszférához való jog pedig azt jelenti, hogy mindenkinek joga van – a törvény által megszabott határok között – a róla szóló információkat más számára hozzáférhetetlenné tenni[76], illetve azt eldönteni, hogy magáról másoknak mennyi információt ad[77].

Az orvosi titoktartás kötelessége az orvoslás régi, már HIPPOKRATÉSZ óta elismert elve, hiszen egy betegség diagnosztizálása csak akkor lehetséges, ha a beteg a panaszait őszintén feltárja. Mivel a beteg nem mindig tudja, hogy orvosi szempontból mely információk jelentősek, ezért lehetőség szerint mindent el kell mondania, amit tud, még akkor is, ha ez számára kellemetlen. Erre a beteg azonban csak akkor hajlandó, ha számíthat az orvos titoktartására[78].

Ugyanakkor a mai egészségügyi rendszerekben, amikor egy beteg kezelését nem egyetlen orvos, hanem szakemberek egész hada végzi, a titoktartás általában nem

azt jelenti, hogy csak a beteg orvosa fog tudni a bizalmas információkról. Egy oktatókórházban orvostanhallgatók, ápolók, dietetikusok, gyógytornászok stb. vesznek részt a beteg kezelésében, akiknek feladata a beteg kórlapjába betekinteni a kezelés sikere érdekében. Egy külföldi vizsgálat szerint egy modern kórházban például 75 embernek volt munkaköri kötelessége, hogy a betegek irataiba betekintsen[79]. Ezért a betegeknek meg kell érteniük, hogy egy modern kórházban a titoktartás már nem azt jelenti, mint a régi, kétszemélyes orvos–beteg kapcsolatban, ahol csak a beteg kezelőorvosa ismerte annak bizalmas adatait és senki más. Mivel a mai realitást a betegek is ismerik, ezért sokan közülük húzódoznak attól, hogy valóban kényes információk (pszichiátriai betegség, HIV-pozitivitás, AIDS) a kórlapra kerüljenek. Részben ezért is fontos, hogy a beteg maga is betekinthessen orvosi irataiba, és az azokban lévő téves információ törlését, kijavítását, helyesbítését, pontosítását kérhesse, hiszen ezek az információk kiszivároghatnak, és a beteg számára kárt okozhatnak[80].

Mivel a betegnek az orvosi leleteibe való betekintési joga ma már széles körben elismert, ezért ANNAS némi malíciával úgy fogalmaz, hogy néhány évvel ezelőtt még az volt a szabály, hogy egy kórházban mindenki betekinthet a beteg irataiba, a beteget kivéve, mára a szabály így hangzik: a kórházban mindenki betekinthet a beteg irataiba, beleértve a beteget is[81].

A fő szabály az, hogy a beteg adatait – hacsak a törvény másként nem rendelkezik – bizalmasan kell kezelni, és azokat csak a beteg kezelésében részt vevő személyek számára szabad hozzáférhetővé tenni.[LII]

A beteg magánszférához való joga arra is kiterjed, hogy csak azok lehessenek jelen vizsgálatánál, akik ahhoz feltétlenül szükségesek, illetve akik jelenlétét a beteg megengedi.[LIII] *Joga van a betegnek arra, hogy csak addig legyen ruhátlanul, amíg az a vizsgálat szempontjából szükséges*[82, LIV]. *Joga van arra, hogy vizsgálatát, kezelését – ha ő nem akarja – mások ne láthassák vagy hallhassák, vagyis azt magánszférájának a tiszteletben tartásával bonyolítsák le*[LV] (például ne egy prostatamasszázs alatt törölje fel a takarító néni a követ, ne kiabálva kérdezzék a béltükrözésre váró betegtől mindenki füle hallatára a folyosón, hogy hatott-e a beöntés, a végbélvizsgálatot ne a 12 ágyas kórteremben végezzék, a többi 11 beteg jelenlétében, a nagyothalló betegtől ne a kórteremben vegyék fel az anamnézist, kiabálva kérdezve őt, hogy volt-e nemi betegsége, a vaginalis vizsgálatra váró asszonyokat ne vetkőztessék meztelenre percekkel az orvos érkezése előtt időkímélés céljából, egy beteg betegségének orvosi részleteit ne a liftben beszéljék meg stb.). A titoktartás elvét sok esetben sértette az a régebbi magyarországi gyakorlat is, hogy a lázlapot a beteg ágyának végére akasztották, és így az bárki (például látogatók) számára hozzáférhető volt[83].

Vannak országok, ahol az orvosi titoktartás megszegése bűncselekménynek számít (például Izrael)[84].

Mikor kötelező az orvos számára a titoktartás megszegése

Az egyes országok konkrét jogi rendelkezései eltérőek, erkölcsileg azonban a következő eseteket különíthetjük el.

Közérdek. Erre való hivatkozással indokolható az, hogy *statisztikai, nyilvántartási stb. célból az orvosnak adatokat kell szolgáltatni például születésről és halálesetről (születési, illetve halotti anyakönyvi kivonat)*[LVI]. *Emiatt áll fenn általában bejelentési kötelezettség fertőző betegségekről,*[LVII] és ez az indoka annak is, hogy az orvos sok országban bizonyos bűncselekményeket jelenteni köteles (gyermekek elleni bűncselekményeket, mint például a bántalmazás, az elhanyagolás, vagy bizonyos bűncselekmények eredményeként létrejött sérüléseket, például golyó ütötte seb ellátásakor)[85]. Magyarországon az orvosnak – amennyiben nem hivatalos személyként tevékenykedik (például tisztiorvosként) vagy orvosi tevékenységét nem hatósági szerv működése körében végzi – csak azokat a legsúlyosabb bűncselekményeket kell feljelentenie (például összeesküvés, merénylet), amelyek feljelentésére minden magyar állampolgár amúgy is köteles. Általában azonban az állami egészségügyi szolgálat orvosát és a magánorvost Magyarországon nem terheli bűncselekmény feljelentésének kötelezettsége. Mivel azonban ez állampolgári joga, így a bűncselekményt feljelentő orvos nem marasztalható el orvosi titoktartás megsértése címén. Magyarországon tehát az orvosok általában a tudomásukra jutott bűncselekmények feljelentése tekintetében mérlegelési joggal rendelkeznek: feljelentést tehetnek, de ez nem kötelességük[86].

Ez alól a szabály alól azonban fontos kivétel, hogy Magyarországon a kezelőorvosnak a rendőrségen be kell jelentenie azon személy személyazonosító adatait, akit 8 napon túl gyógyuló sérüléssel az orvos első ízben lát el, s a sérülés feltehetően bűncselekmény következménye.[149]

Bírósági, hatósági megkeresés. A törvény által szabályozott feltételek között bíróságok és más hatóságok hozzájuthatnak bizonyos orvosi iratokhoz. Vannak országok, ahol orvos – bizonyos rendkívüli esetektől eltekintve – nem köteles bíróság előtt vallomást tenni, felfedve így betegei titkait (például Dániában[87], Németországban[88]), illetve csak büntetőügyben kötelezhető vallomástételre, polgári peres eljárásban vagy közigazgatási hatóság felkérésére nem (például Ausztriában[89]). Magyarországon a törvény szélesebb körben teszi kötelezővé az orvosnak azt, hogy bizonyos szervek írásbeli megkeresésére részükre a betegek egészségügyi, ill. személyazonosító adatatait átadja (pl. a büntetőügyeken kívül polgári és közigazgatási ügyekben is, továbbá szabálysértési eljárás során stb.)[90].

Mások életének, egészségének veszélyeztetettsége. E szabály szerint, ha a beteg más életét veszélyezteti, és a titoktartástól való eltekintés mások életét megmentheti, akkor a titoktartás megszegése az orvos részéről erkölcsileg s sokszor jogilag is kötelező. Ilyen eset az, amikor az orvos a HIV-pozitív beteg szexuális partnereit felkutatja, illetve nekik a beteg HIV-fertőzöttségének tényét megmondja, ha a beteg maga erre nem hajlandó. Az is ide sorolható, ha például egy pszichiátriai beteg mondja el orvosának, hogy valakit meg akar ölni, és a fenyegetés hihető. *Ilyenkor az orvosnak lépéseket kell tennie a potenciális áldozat védelmére, és így el kell tekintenie a titoktartástól*[91,LVIII].

Kivételek az orvosi titoktartás alól

Tudományos-szakmai érdek. *Az intézményvezető vagy az adatvédelmi felelős engedélyével tudományos kutatás céljából a tárolt adatokba be lehet tekinteni. Ezekről azonban személyazonosító adatokat is tartalmazó másolat nem készíthető, s az eset tudományos célú közlésénél is figyelemmel kell lenni arra, hogy az érintett személyazonossága ne legyen megállapítható.*[92]

A beteg saját érdeke. *Erre való hivatkozással lehet közölni bizonyos adatokat – a beteg hozzájárulása nélkül is – a beteg további ápolását, gondozását végző személlyel, ha ez szükséges a beteg egészségi állapota romlásának megakadályozásához.*[LIX] Bizonyos országokban a titoktartási kötelezettség annyira szigorú, hogy a beteg beleegyezése nélkül az orvos a családtagoknak sem mondhatja el a beteg betegségének diagnózisát, prognózisát (ilyen például az USA, Hollandia, Belgium[93], Finnország[94]). Ilyenkor a hozzátartozók kérdésére az orvos csak általánosságokra szorítkozhat (például a beteg állapota kielégítő, változatlan stb.) *A beteg még azt is megtilthatja, hogy az érdeklődőkkel például telefonon közöljék, hogy az adott intézményben tartózkodik*[LXXXVI].(Magyarországon kívül ilyen a szabályozás például Monacóban és Ausztriában is.) Ilyenkor nevét nem írják ki a kórterem előtti táblára (például Ausztriában[95]).

A jelenleg érvényes törvények szerint a betegnek Magyarországon is „... joga van arról nyilatkozni, hogy betegségéről, annak várható kimeneteléről kiknek adható felvilágosítás, illetve kiket zár ki egészségügyi adatainak részleges vagy teljes megismeréséből.”[96] Ilyen jellegű nyilatkozat hiányában azonban a beteg közeli hozzátartozója megismerheti a beteg egészségügyi dokumentációját, abba betekinthet, illetve arról másolatot kaphat.[97]

A beteg beleegyezése. A beteg írásban felmentést adhat az orvosnak a titoktartási kötelezettség alól, illetve beleegyezhet a magánszférájába való betekintésbe.

Ezen az alapon elfogadható, hogy a beteg vizsgálatánál például oktatási célból olyanok is jelen lehessenek, akikre a beavatkozás elvégzéséhez nem lenne szükség. Hangsúlyozni kell azonban, hogy erre – ha az oktatást nem egészségügyi szakemberképzésre kijelölt intézményben végzik – csak a beteg beleegyezésével van lehetőség[98].

SPECIÁLIS BETEGCSOPORTOK JOGAI

A továbbiakban néhány speciális helyzetben lévő betegcsoport jogait vesszük szemügyre. Részletesen csak a terhes anyák, a kísérleti alanyok és a rákbetegek jogairól fogunk beszélni. Hangsúlyozni kell azonban, hogy ezek önkényesen kiragadott példák, és a sort folytatni lehetne például a krónikus betegek, az elmebetegek, a haldoklók stb. jogaival. Voltaképpen minden betegség sajátos, sokszor csak arra az egyetlen betegségre jellemző emberi problémákat vet fel az adott betegségben szenvedők, illetve az őket kezelők számára, és ez indokolja, hogy részükre speciális betegjogok kerüljenek megfogalmazásra. Ez a gyakorlatban így is van, hiszen se szeri, se száma a szakirodalomban a speciális betegkategóriákat képviselő betegegyesületek által megfogalmazott betegjogoknak. Ezek nagyon fontos dokumentumok, jól kiegészíthetik egy ország általános betegjogi deklarációját. Érthető módon azonban ilyen részletekre terjedelmi korlátok miatt nem térhetünk ki. Meg kell elégednünk ezért a fenti néhány betegcsoport speciális jogainak az áttekintésével, amellyel azt szeretnénk bzonyítani, hogy minden egyes betegség külön figyelmet érdemel, és minden egyes betegcsoport esetén a betegjogok egy konkretizált listája fogalmazható meg.

(Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről a betegek jogait általában tárgyalja, s külön, nevesítve – érthető módon – csak egy-egy esetben beszél speciális betegcsoportok jogairól. Mivel az általános betegjogokról már volt szó, ezért az alábbiakban dőlt betűs szedéssel csak akkor jelölöm az adott morális jogot törvényadta jogként is elismerő magyar jogforrást, ha az nem általában, hanem kifejezetten az adott betegcsoportra konkretizálva ismeri el az adott jogot.)

A terhes anyák jogai. Egy nő semmiféle orvosi kezeléséhez (beleértve a sterilizációt) sem szükséges férje beleegyezése, hiszen teste felett minden állampolgár saját maga rendelkezik[99].

A terhes anyának, mint bárki másnak, joga van arra, hogy bárkinek megtiltsa, hogy őt megvizsgálja. Joga van megtiltani, hogy például orvostanhallgató, kezdő orvos stb. vizsgálja meg. Ha egy anya úgy egyezik bele egy vizsgálatba, hogy azt hiszi, orvos vizsgálta meg, holott például csak orvostanhallgató az illető, akkor

ilyenkor a beleegyezést megtévesztéssel érték el, és így az nem számít érvényes beleegyezésnek[100].

A következőkben néhány fontos szempontot emelünk ki a „The Pregnant Patient's Bill of Rights" („A terhes anyák jogai") című dokumentumból, amelynek célja a szülészeti osztályok gyakorlatának a megváltoztatása volt[101].

A terhes anyának joga van arra, hogy bármely gyógyszer beadása vagy bármely beavatkozás előtt tájékoztassák őt annak rá vagy magzatára gyakorolt hatásairól, mellékhatásairól, előnyeiről, hátrányairól, veszélyeiről. A terhes nőnek joga van tudni, hogy a terhesség, illetve a szülés alatt alkalmazott bármely gyógyszer – direkt vagy indirekt módon – káros lehet a meg nem született gyermekre. Joga van tudni, hogy a legtöbb gyógyszer bevezetését megelőzően – etikai okból – nem végeztek kontrollcsoportos követéses vizsgálatot arra vonatkozóan, hogy az adott gyógyszer terhesség alatti szedése milyen módon befolyásolja a megszületendő gyerek testi és szellem fejlődését.

A terhes nőnek joga van ahhoz, hogy még terhessége korai stádiumában tájékoztassák őt azokról a lehetőségekről (például szülés-előkészítő tanfolyamok), amelyek segíthetnek neki abban, hogy a terhességével járó fizikai és szellemi stresszel, kényelmetlenségekkel könnyebben megbirkózzon, s így kevésbé legyen szüksége olyan gyógyszerekre vagy beavatkozásokra, amelyek számára vagy magzata számára veszélyesek lehetnek.

A terhes anyának joga van bármely gyógyszert vagy beavatkozást visszautasítani.

A terhes anyának minden beavatkozás előtt joga van tudni, hogy az elsősorban az ő vagy inkább a magzata érdekében szükséges-e, illetve esetleg egy olyan választható beavatkozásról van-e szó, amelyet oktatási, kutatási, kényelmi vagy egyéb okból végeznek.

A terhes anyának joga van arra, hogy az orvossal való megbeszélés alapján olyan vajúdási, illetve szülési testhelyzetet válasszon, amelyik a legkevésbé megterhelő a maga vagy a magzata számára.

A terhes anyának joga van ismerni azoknak a személyeknek a nevét és a szakképzettségét, akik neki gyógyszert adnak, vagy akik rajta beavatkozást végeznek.

Az anyának joga van arra, hogy újszülöttjét, ha az egészséges, betegágya mellett helyezzék el (rooming-in rendszer)[LX], és az újszülöttet annak igényei és ne a kórházi osztály rutinja szerint táplálhassa.

Az anyának joga van arra, hogy írásban tájékoztassák annak a személynek a nevéről, aki gyermekét világra segítette.

Az anyának joga van arra, hogy tájékoztassák minden olyan ismert tényről újszülöttje állapotával és gondozásával kapcsolatban, amely neki vagy az újszülöttnek a későbbiekben nehézséget fog okozni.

Az anyának joga van arra, hogy hozzáférjen saját és újszülött gyermeke teljes orvosi dokumentációjához, beleértve a nővér és az ápoló feljegyzéseit is, és hogy ezeket a kórház megőrizze a gyermek nagykorúságáig, illetve ha ezeket az iratokat a kórház meg akarja semmisíteni, akkor azokat előzőleg ajánlja fel neki.

A kísérleti alanyok jogai orvosi kísérletek során. Kísérletnek az minősül, amikor az orvos eltér a standard orvosi gyakorlattól azért, hogy tudományos módszert használva új, általánosítható ismereteket szerezzen[102].

Minden kísérlet legalapvetőbb kérdése az, hogy szükség van-e egyáltalán az elvégzésére? Ez függ a korábbi kutatásoktól, a kísérlet során várható haszontól és kockázattól, a létező alternatíváktól stb. *Ezeket az adatokat a kísérleti tervben fel kell tüntetni*[LXI]*, és azt egy kutatásetikai bizottságnak jóvá kell hagyni.*[LXII] Csak a kutatásetikai bizottság jóváhagyása után szabad a kísérleti alanytól a kísérletben való részvételhez tájékozott beleegyezést kérni. Így biztosítható, hogy csak etikusan megtervezett kísérletekhez kérjék a kísérleti alany beleegyezését. A kísérleti alany beleegyezése önmagában ugyanis nem tesz egy erkölcsileg kifogásolható kísérletet elfogadhatóvá[103].

A kutatásetikai bizottságnak azt kell vizsgálnia a kísérleti protokoll alapján, hogy a kutatók minimalizálták-e a kísérleti alanyok kockázatát, és az arányban áll-e a kísérlet által elérhető haszonnal, illetve tudással. Fontos továbbá, hogy a kísérleti alanyok kiválasztása igazságos legyen (külföldi vizsgálatok szerint az oktatókórházakban szegény betegeken sokkal gyakrabban kísérleteznek, mint középosztálybeli és gazdag betegeken)[104].

Természetesen az erkölcsileg leggondosabban megtervezett kísérlet is elfogadhatatlan, ha ahhoz nem szerezték meg a kísérleti alanyok tájékozott beleegyezését. A beleegyezésnek önkéntesnek, pressziómentesnek kell lennie. Ezért tilos sok országban (például Ausztria, Magyarország[105, 106]) börtönben lévő foglyokon – még beleegyezésükkel is – kísérleteket végezni, hiszen pressziómentes beleegyezésük megkérdőjelezhető.

A kísérlet előtti tájékoztatásnak minimálisan a következőkre kell kiterjednie[107]:

1. *Fel kell hívni a figyelmet, hogy kísérletről van szó, meg kell magyarázni annak célját, és azt, hogy várhatóan mennyi ideig kell majd abban a kísérleti alanynak részt vennie.*[LXIII] *El kell mondani, hogy milyen beavatkozásokat fognak végezni,.*[LXIV] és ezek közül konkrétan melyek számítanak kísérletinek és melyek standard beavatkozásnak.
2. *Fel kell sorolni, melyek az alany által így vállalt veszélyek, illetve kellemetlenségek.*[LXV]
3. *Melyek a kísérletből az alany vagy mások számára várható előnyök.*[LXVI]
4. *A kísérletben alkalmazott kezelésen kívül milyen alternatív, bevált, standard kezeléseket lehetne alkalmazni az adott beteg kezelésére.*[LXVII]

5. Milyen mértékben lesznek a kísérlet során az alanyra vonatkozó adatok bizalmasak.
6. *Ha a kísérletnek vannak reális veszélyei, és azok bekövetkeznek, akkor milyen módon lehet az így létrejött állapotot kezelni, és kap-e a kísérleti alany kártalanítást az esetleges károkért.* .[LXVIII] (Németországban például a kísérleti alanyokat biztosítani kell, és ha valaki a kísérlet eredményeként károsodik, kártérítést vagy kártalanítást kell neki fizetni, attól függően, hogy a károsodás felróható-e a kísérletezőnek (kártérítés) vagy nem (kártalanítás)[108]. Magyarország is alapvetően ezt a szabályozást vette át.[150]) Automatikusan kártalanítást kap minden, az egészségügyben károsodást szenvedett beteg – felelősségtől függetlenül – a felelősséget nem kutató (no-fault) biztosítással rendelkező országokban (például Svédország, Finnország, Norvégia, Dánia).
7. *Meg kell adni azok nevét, akik megkereshetők, ha a kísérleti alanynak kérdései lennének a kísérlettel kapcsolatban.*[LXIX] Azt is el kell mondani, kihez fordulhat az illető, ha jogait megsértve érzi, illetve kihez fordulhat, ha kártérítési igénye van.
8. Ha a kísérlet elvégzéséért a kísérlet vezetőjének egy gyógyszergyár pénzt fizet, ezt a kísérleti alanynak joga van tudni.
9. *Fel kell hívni a kísérleti alany figyelmét, hogy a kísérletben való részvétel önkéntes, az abba való beleegyezést bármikor, indoklás nélkül visszavonhatja anélkül, hogy azért büntetéssel vagy valamilyen előny megvonásával sújtanák.*[LXX]

Kiskorún, értelmi fogyatékoson vagy elmebeteg nagykorún csak terápiás kísérletet szabad végezni, amelybe a törvényes képviselőnek kell beleegyeznie. Egyre több országban használják azonban a korábban már említett szabályt, miszerint ilyenkor a kiskorú beleegyezésére is szükség van a kísérlet elvégzéséhez. Hollandiában például 12–18 év közöttiek esetén a kiskorú beleegyezését is megkövetelik a kísérletben való részvételhez a törvényes képviselő beleegyezésén túl[109]. Ugyanez a szabály vonatkozik elmebetegekre és értelmi fogyatékosokra is. Magyarországon a jogi szabályozás hasonló azzal a különbséggel, hogy a törvény kivételesen és bizonyos feltételekkel megengedi cselekvőképtelen vagy korlátozottan cselekvőképes személyen nem-terápiás kísérlet végzését is, abban az esetben, ha az a kísérleti személyre „...a minimálist jelentősen meg nem haladó kockázattal és enyhe igénybevétellel jár."[151]

A rákbetegek jogai. Az angol Cancerlink deklarációja nyomán a következő főbb jogokat különíthetjük el[110]:

A rákbetegnek joga van arra, hogy – tapintatos módon – megmondják neki diagnózisát, és bevonják őt a kezelését érintő minden döntésbe. Ehhez arra van szükség, hogy elmondják neki a létező kezelési alternatívákat, azok előnyeit, hátrányait, mellékhatásait.

A rákbetegnek joga van bármely kezelést visszautasítani, illetve kiegészítő terápiákat igénybe venni anélkül, hogy emiatt további orvosi kezelését megszüntetnék.

A rákbetegnek joga van ahhoz, hogy munkába állása, alkalmazása, előléptetése kizárólag képességeitől, illetve tapasztaltságától függjön és ne a betegsége előrehaladását illető feltételezésektől. Joga van arra is, hogy tudomást szerezhessen a környezetében elérhető, rákbetegeket támogató szolgáltatások, önsegítő csoportok, szakemberek létéről és elérhetőségéről.

Végül minden rákbetegnek joga van arra, hogy mind őt, mind családját tájékoztatással, illetve támogatással hozzásegítsék ahhoz, hogy állapotát el tudja fogadni.

A BETEGJOGOK ÉRVÉNYESÍTÉSE

Megpróbáltuk felsorolni a legalapvetőbb általános betegjogokat. A betegjogok puszta deklarálása azonban nem elegendő. Megfelelő mechanizmusok kidolgozására van szükség, amelyekkel a betegjogok a mindennapi gyakorlatban érvényesíthetők. Enélkül minden deklaráció holt betű marad. Azért különösen fontos a betegjogok érvényesülésének mechanizmusait megalkotni, mert a betegek – kiszolgáltatott helyzetükből adódóan – általában nem tudnak maguk kiállni a jogaikért. Ezért, amíg az élet legtöbb területén mindenki saját maga tekinthető saját jogai természetes védelmezőjének, amely jogokért való öntudatos kiállás egyben a legfőbb biztosíték arra, hogy azokat nem fogják gyakran megsérteni, erre a kiállásra a legtöbb beteg ember már csak egészségi állapota miatt sem képes. A hozzátartozók jöhetnek még ilyenkor szóba, de a beteg függő helyzete miatt ők is kiszolgáltatottak, továbbá sok betegnek nincs hozzátartozója, aki érdekeit képviselné. A betegek jogainak legfontosabb szószólója sokszor a nővér, az ápoló, azonban ő az orvos alárendeltje, és így hiányzik a betegek jogai melletti kiálláshoz szükséges függetlensége. Ezért különösen fontos a betegjogok érvényesülését biztosító mechanizmusok kidolgozása. A betegjogok érvényesítésére több lehetőség van:

1. A betegek tájékoztatása saját jogaikról.
2. A beteget segítő betegjogi képviselők, ombudsmanok, beteg-ügyvédek, kórházi etikai bizottságok stb. alkalmazása az egészségügyi intézményekben.
3. A betegek számára megfelelő nem bírói, mintegy per előtti panaszelbírálási mechanizmusok kidolgozása (például választott bíráskodás, betegjogi bíróság stb.).
4. Bírói eljárás szokásos polgári per vagy büntető eljárás formájában.
5. A felelősséget nem kutató eljárási formák bevezetése minden, az egészségügyben károsodást szenvedett beteg automatikus kártérítésével.
6. Etikai-fegyelmi testületek eljárása.

A betegek tájékoztatása saját jogaikról. A betegjogok érvényesítésének első és legalapvetőbb feltétele, hogy a betegek tudjanak arról, milyen jogaik vannak. Ezt technikailag úgy lehet megoldani, hogy egy országban a törvény által elismert, deklarált betegjogokat érdemes megfogalmazni laikusoknak szóló formában is, úgy hogy az a jogban nem jártas nagyközönség számára is érthető legyen. Az így megfogalmazott betegjogi deklaráció egy-egy példányát pedig ki kell függeszteni minden egészségügyi intézmény minden egyes kórtermében, ill. érdemes az intézménybe belépő minden betegnek is automatikusan egy nyomtatott példányt adni belőle.[111]

A betegjogi képviselő, illetve a kórházi ombudsman intézménye. A betegjogok hatékony védelméhez és gyakorlásához az szükséges, hogy minden egészségügyi intézményben állandóan (napi 24 órán keresztül) elérhető legyen (vagy személyesen, vagy telefonon) a betegjogi képviselő. *A betegjogi képviselő az a személy, aki segíti a beteget abban, hogy jogait megismerje és érvényesíthesse*[112, LXXI]. *Fő feladata az, hogy védje a betegek jogait, kiváltképpen azokét, akik különösen védtelen helyzetben vannak (például gyerekek, fogyatékosok, magányosok, szegények stb.).*[LXXII] Segítenie kell abban, hogy a beteg az orvosok partnere lehessen, ugyanakkor el kell oszlatnia az orvosi technika és az orvos gyógyítási lehetőségei tekintetében érvényesülő kritikátlanul optimista várakozásokat is. Sok beteg ugyanis ma azt gondolja, hogy az ember egyfajta bonyolult gép, az orvos pedig magasan kvalifikált szerelő, aki – ha nem képes megjavítani a gépet – biztosan benne van a hiba[113].

A gyakorlatban a betegjogi képviselő feladata az, hogy segítse a beteget, hogy orvosi dokumentációjához kérésére hozzájusson, és ahhoz megjegyzéseket fűzhessen.[LXXIII] *Segít a betegnek panaszai szakszerű megfogalmazásában.*[LXXIV], szakértőket kérhet fel, hogy a beteg által kifogásolt orvosi ellátás színvonalát megvizsgálják, *adott esetben értesíti az egészségügyi hatóságokat, és vizsgálat lefolytatását javasolja.*[LXXV], a beteg számára ügyvédet fogad[114]. A betegjogi képviselőnek részt kell vennie a kórházi ellátás minőségét vizsgáló bizottság munkájában is. *Joga van arra, hogy a beteg* kérésére konzíliumot hívjon, vagy *felhatalmazása alapján panaszt tegyen a kórház vezetőjénél*[LXXVI], vagy megkeresse annak jogászát[115]. Mint látható, a betegjogi képviselő konkrét ügyekben is eljár. Ez azonban sok súrlódás forrása lehet kórházon belül, szembeállíthatja a kórház dolgozóit a betegjogi képviselővel. Ezért – bár az USA-ban a betegjogi képviselő az elterjedtebb – Európában szívesebben alkalmaznak a kórházak ombudsmanokat. A kórházi ombudsman – aki általában nem jogász – abban különbözik a betegjogi képviselőtől, hogy nem konkrét panaszokat vizsgál ki, hanem – figyelve az intézmény napi tevékenységét – *kijelöli a betegjogok szempontjából problematikus területeket, nyilvánosságra hozza a gyakoribb betegjogi sérelmeket, és javaslatokat tesz arra, hogy ezt a kórházi gyakorlat milyen módosításával lehet orvosolni.*[LXXXVII] A kórházi ombudsman arra biztatja a betegeket, mondják el véleményüket arról, hogyan kel-

lene változtatni a kórházi szabályokon, ill. a házirenden. (Ausztriában például külön formanyomtatványt alkalmaznak erre a célra[116].) Így a kórházi ombudsman csak feltárja a problémákat, intézkedési joga azonban nincsen. Ennek hátránya, hogy az ombudsman fontos konkrét döntésekben nem vesz részt, előnye azonban, hogy nem alakul ki az az ellentéten alapuló viszony a kórház személyzetével, amely a betegjogi képviselő alkalmazásakor létrejön. A gyakorlatban természetesen az ombudsman és a betegjogi képviselő szerepei kombinálhatók, így a két funkció közötti különbség elmosódik. Fontos, hogy *akár betegjogi képviselőt, akár ombudsmant alkalmaz a kórház, fizetését nem szabad a kórháztól kapnia*[LXXVII], mert akkor nagy a kísértés, hogy ahhoz legyen lojális[117]. Mindkét funkció ereje abban van, hogy a kórháztól független, alapvetően a betegjogokat képviselő személyről van szó, akinek feladata az elégedetlen beteg panaszainak kivizsgálása, illetve az ilyen panaszok megelőzése. A jól működő betegjogi képviselő – az USA tapasztalatai alapján – a hozzá forduló beteg panaszaira az esetek kb. 90%-ában megoldást talál pusztán azzal, hogy összehívja az érintetteket (a beteget, a kezelőorvost, az ápolót, a hozzátartozókat stb.)[118]. A konfliktusok oka legtöbbször az orvos és a beteg közötti kommunikáció zavara, amely a betegjogi képviselő közvetítésével megoldható. Így ennek a mechanizmusnak az az előnye, hogy az orvosok és a kórházak elleni perek tekintetében ugyanazt a szerepet játssza, mint az egészségügyben a megelőzés. Ha a beteg panasza a betegjogi képviselő fellépése eredményeként helyben megoldódik, akkor nem kell bírósághoz fordulni, amely eljárás – a sokszor kockán forgó komoly kártérítési összegek miatt – nem mindig biztosíthat olyan tárgyilagos hozzáállást a felek részéről, amelyet egy betegjogi képviselő irodája biztosítani tud. Így ez a megoldás előnyös lehet a betegeknek, akik panaszaikra gyors orvoslást találnak, de a kórházaknak is, amelyek hírnevét megtépázhatja a gyakori per, az azt kísérő publicitás.

Európában az ombudsman intézménye az elterjedtebb. Ausztriában már 1975 óta működnek egészségügyi ombudsmanok[119], de ez az intézmény elterjedt Észak-Európában, az ombudsman intézménye „őshazájában" (Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország), továbbá Svájcban is[120]. Izraelben az egészségügyi minisztérium mellett működik az ombudsman irodája, amely az egészségügy bármely területéről benyújtott betegpanaszok kivizsgálására szolgál[121]. Ausztria bizonyos részein elterjedt a betegjogi képviselőhöz némileg hasonló beteg-ügyvéd intézménye is[122]. Magyarországon az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 2000. január 1-jétől vezeti be az egészségügybe a betegjogi képviselő intézményét.

Kórházi etikai bizottságok. Ezek nem elsősorban fegyelmi ügyeket elbíráló testületek, mint amilyenek ezek a bizottságok hagyományosan Magyarországon voltak, hanem továbbképző és konzultatív céllal létrehozott bizottságok, amelyek feladata segítséget nyújtani a kezelés és az ápolás kapcsán az adott egészségügyi

intézményben felvetődő etikai problémák megoldásában. Alapvetően kétféle etikai bizottság különíthető el. A kutatásetikai bizottságok feladata a kórházban végzett orvosi kísérletek etikai engedélyezése és ellenőrzése. Vizsgálják, hogy teljesül-e a kísérleti alanyok tájékozott beleegyezése, megfelelő-e a kísérlet során a várható haszon : kár, kockázat : haszon arány stb.[123] A másik csoportba az általános kórházi etikai bizottságok tartoznak, amelyek feladata a kórházi gyakorlat során gyakrabban előforduló etikai problémákban nyújtott „konzílium". Ezek közül az egyik leggyakoribb annak eldöntése, hogy terminális állapotban lévő, gyógyíthatatlan beteg további életfenntartó kezelése, illetve ennek megszüntetése az egyes konkrét esetekben etikailag elfogadható-e, milyen szempontok szerint intézzék a várható életminőséget jelentősen rontó, de az élettel nem összeegyeztethetetlen fejlődési rendellenességgel világra jött újszülöttek kezelését stb.[124] További gyakori probléma még az élő végrendeletekkel kapcsolatos döntések területe (például elfogadják-e egy konkrét esetben a beteg – még egészségesen hozott – azon döntését, hogyha gyógyíthatatlan betegség végstádiumába kerül, ne hosszabbítsák meg szenvedését heroikus orvosi beavatkozásokkal). A kórházi etikai bizottságok feladatai közé nemcsak a kórházban a kezelés során felvetődő etikai problémák tartoznak, hanem a kórház személyzetének etikai továbbképzése is. Egy hasonlat szerint, ahogyan kórházakat hozunk létre az egészségi állapotban bekövetkező katasztrófák megfelelő kezelésére, ugyanúgy etikai bizottságokat létesítünk az etikai katasztrófák elhárítására[125].

Mivel az ilyen problémák megoldásához a megfelelő szakmai (orvosi) felkészültségen túl nagyon sokféle etikai, vallási, filozófiai, jogi szempont elfogulatlan, tárgyilagos figyelembevétele szükséges, ezért az etikai bizottság összetételének biztosítania kell ezt a sokszempontú elemzést. Általában tagjai között van orvos, ápoló, teológus, ügyvéd, orvosetikus vagy filozófus, továbbá egy laikus is, aki a társadalmat képviseli. Ha a beteg kéri, általában ő is részt vehet az üléseken, de a bizottságnak lehetőséget kell adni az eset zártkörű megvitatására is a kellőképpen nyílt vita biztosítása végett[126].

Ugyanakkor nem igazán helyénvaló az ilyen etikai bizottságot bizottságnak nevezni, mert a bizottságok általában döntési joggal rendelkeznek, a kórházi etikai bizottság azonban csak konzultatív, tanácsadó testület, fórum a felvetődő etikai kérdések nyílt, kötetlen megbeszélésére, ugyanakkor nem dönt az orvos helyett, így nem csökkenti annak felelősségét betegeivel szemben.

A kórházi etikai bizottság jól kiegészítheti a betegjogi képviselő vagy az ombudsman munkáját. Nemcsak az USA-ban gyakoriak, hanem számos európai országban is széles körben működnek a kórházak szintjén. Nagyon sok országban a parlament vagy a kormány mellett is működnek vegyes összetételű, orvosokból, bioetikusokból, filozófusokból, teológusokból, jogászokból és laikusokból álló bioetikai tanácsadó testületek, amelyek feladata nemcsak az, hogy konkrét morális

problémákban állást foglaljanak vagy a törvényhozás számára tanácsadó testületként funkcionálhassanak, hanem az is, hogy évente konferenciák szervezésével az etikai kérdések nyilvános vitáját elősegítsék[127]. Az 1997. évi CLIV. törvény Magyarországon is létrehozta a modern kórházi orvosetikai bizottságokat. A törvény a már ismertetett alapelveket követi: vegyes összetételű bizottság létrehozását írja elő (vagyis e bizottságok már nemcsak orvosokból állnak), s a bizottság feladatává teszi – egyebek mellett – a betegjogok érvényesítésében való közreműködést, valamint a különböző intézményi etikai ügyekben való állásfoglalást.[152]

Választott bíróság, illetve betegjogi bíróság. Mindkét forma a betegek panaszainak nem bírói úton való kivizsgálása és tárgyalása. A választott bíróság intézménye a kisebb jelentőségű ügyek tárgyalására hivatott, nagyobb horderejű ügyek tárgyalása bíróságra tartozik. Választott bíróság esetén a vitázó felek bíróság által kijelölt vagy a törvény által előírt döntőbírót jelölnek ki. Ausztriában például az orvosszövetség keretében működik választott bíróság, amelynek költségeit az orvosszövetség állja[128]. A feleknek nem kell elfogadniuk a választott bíróság döntését, és ilyen esetben bírósághoz fordulhatnak. A választott bíróság elnöke Ausztriában például általában jogász, két másik tagja közül az egyik a biztosító orvosa, a másik egy egészségügyi hatóság orvos szakembere[129].

Dániában alakult ki a betegpanaszok tárgyalására a Patients' Board of Complaints (kb. betegpanaszok tanácsa), amelynek elnöke jogász, két másik tagja pedig az orvosok és a betegek képviseletét ellátó egy-egy személy. A panaszok e tanács elé kerülnek, amelyik az ügy kivizsgálása után javaslatot tesz a probléma rendezésére. A felek ezt nem kötelesek elfogadni és az ombudsmanhoz vagy bírósághoz fordulhatnak[130].

Olaszországban jött létre a betegpanaszok tárgyalására a Betegjogi Bíróságok rendszere. A Betegjogi Bíróság lehet helyi, regionális vagy országos szintű. Tagjai között szerepelnek a kórházi személyzet képviselői, jogászok, újságírók. Az általuk tárgyalt ügyeknek csak kb. 10%-át továbbítják végül is bírósághoz, a többi megoldható a Betegjogi Bíróság hatáskörében[131]. Hasonló testületek más néven Svédországban is működnek (County Council's Confidence Board)[132]. Magyarországon az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 2000. január 1.-vel létrehozta a közvetítői tanács intézményét, melynek feladata a „...beteg és az egészségügyi szolgáltató között felmerülő jogviták peren kívüli..." megoldása.[153]

A betegjogok érvényesítése bírósági eljárással. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos panaszok orvoslásának jogi útja kettős célt szolgál. Feladata egyrészt az, hogy a betegek az elszenvedett sérülésért kártérítést kapjanak, de feladata az is, hogy a további orvosi gondatlanság megelőzésével az egészségügyi ellátás színvonalát javítsa[133].

A bírósági eljárás előnye az, hogy azzal fizetteti meg a betegnek okozott kárt, aki azt gondatlanságával előidézte. Vagy az orvossal (illetve az őt alkalmazó kórházzal) közvetlenül, vagy – ha az orvosnak, illetve az intézménynek biztosítása van – közvetve, a biztosítótársaságon keresztül. Így a kárt az fizeti, aki azt okozta, a kártérítés az orvos vagy az intézmény gondatlansága „adójaként" is felfogható. Ez a későbbiekben motiválni fogja őt a gondosabb munkára.

A betegpanaszok jogi útra terelésének ellenzői az USA gyakorlatát szokták elrettentő példaként felhozni, amelynek pereskedési járványa máshol nem látott méreteket ért el. Ez – érvelnek – végső soron nemcsak az orvosnak, hanem a betegnek is árt, hiszen az egészségügyet megdrágítja, az orvost pedig a defenzív medicina irányába kényszeríti. Az USA gyakorlata – folytatódik az okfejtés – elsősorban az ügyvédeknek kedvez, akik ott a „contingency fee" rendszere alapján kapják a tiszteletdíjukat: a bíróság által a betegnek megítélt kártérítés összegének kb. harmada illeti meg őket. Így az ügyvédnek érdeke, hogy minden tudomására jutott műhibagyanús esetet bíróság elé vigyen, és a perben kártérítést csikarjon ki[134]. Az ellentábor szerint azonban az USA-ban a defenzív medicina oka nem elsősorban az orvosok elleni perek nagy száma, hanem a „fee for service" rendszer (az orvos tételenkénti díjazása), ami az orvosokat felesleges beavatkozásokra ösztönzi, hiszen minél több beavatkozás és vizsgálat elvégzésében teszi őket anyagilag érdekeltté. A pereskedési kedvet egy mindenkire kiterjedő biztosítási rendszer így nagymértékben csökkentené az USA-ban, hiszen a károsodást szenvedett beteg legtöbbször azért perel, hogy legalább a károsodás gyógyításához szükséges költségek ne őt terheljék[135]. Az ügyvédek díjazásának az USA-beli rendszere pedig – pártolói szerint – azért igazságos, mert a betegnek csak nyertes perben kell fizetnie, és akkor van miből, vesztes per után viszont csak minimális költség terheli őt. Így a jogorvoslat lehetősége a szegény betegek számára is hozzáférhető, ami a rendszer erénye[136]. A statisztikák szerint még az USA-ban is csak minden 25., illetve 50. gondatlanság eredményeként kárt szenvedett beteg ügye kerül bírósághoz, illetve részesül kártérítésben. A rendszer pártolói szerint a probléma megoldását az jelentené, ha az orvosi szakma hatékonyabb mechanizmust dolgozna ki a gyógyításra alkalmatlan orvosok kiszűrésére. Ennek hiányában még mindig a jogi út a leghatékonyabb megoldás a beteg kártérítésére és az orvosi munka minőségének a javítására[137].

A valóságban a jogi úton való kártérítési formától önmagában az orvosnak nem kell félnie, hiszen megfelelő jogi szabályozás esetén a beteg nem jogos kártérítési igényét úgyis elutasítják, és így az egészségügyet nem éri kár, jogos igény esetén pedig a kártérítési kötelezettség az orvost a jövőben gondosabb munkára ösztönzi majd, és így az egészségügyi ellátás színvonalát emeli.[138] A betegek panaszainak jogi úton való orvoslása – furcsa módon – inkább a betegeknek hátrányos. Ugyanis egy kártérítésért indított bírósági per során a betegnek kell bizonyítania, hogy kára az orvos hibája vagy gondatlansága következtében jött létre. Mivel azonban

általában nagyon nehéz bizonyítani az orvos hibája és a létrejött kár közötti okozati összefüggést, ezért az ilyen pereket nehéz megnyerni. Ez mindenkinek rossz, hiszen az orvost meghurcolják, a beteg pedig – kára ellenére – kártérítés nélkül marad. Ezért több országban áttértek a felelősséget nem kutató, automatikus kártérítés rendszerére.

A felelősséget nem kutató (no-fault) rendszer. Ilyenkor az egészségügyben károsult betegek mindenképpen kártérítést kapnak, függetlenül attól, hogy orvosi gondatlanság vezetett-e állapotukhoz vagy nem. Ebben a rendszerben mindenki kártérítést kap, aki károsodása miatt rászorul (például egy szülési sérült gyerek esetén kártérítés jár a szülőnek, függetlenül attól, hogy a sérülést a „természet" hozta létre vagy az orvosi gondatlanság.)[139]

Noha ezt a rendszert azzal szokták kritizálni, hogy mivel a beteg per nélkül is kártérítést kap, így per hiányában nincs elég ösztönzés az orvosok számára a hibák kiküszöbölésére, a magasabb színvonalú munkára, mégis, nyilvánvaló előnyei miatt több országban bevezették. Ilyen rendszer működik Új-Zélandban, Dániában, Finnországban, Norvégiában, Svédországban. Ezt olyan biztosítás formájában valósítják meg, ahol minden praktizáló orvos kötelezően fizeti a rendszer biztosítási díját, az így létrejött alap pedig fedezetet nyújt minden, az egészségügyben kárt szenvedett beteg per nélküli kártalanítására.[140]

Etikai-fegyelmi eljárások. A betegpanaszok kivizsgálásnak hagyományos módja az orvosi kamarák, ill. egyesületek orvosetikai-fegyelmi bizottságai által lefolytatott eljárások voltak. Ez a szakma önszabályozását jelenti az etikai standardok betartása érdekében. A valóságban azonban ez a módszer nem mindig hatékony, hiszen nem pártatlan testület dönt az orvos és a beteg vitájában, hanem kizárólag orvosok. Ezért a kritikusok szerint az ilyen etikai-fegyelmi bizottságok csak az orvosok „nyugodt" életét biztosítják, hiszen alapvetően az orvosok érdekeit képviselik, és nem nyújtanak igazi garanciát a betegek panaszainak a kivizsgálására.[141]

KONKLÚZIÓK

Mint láttuk, a betegjogok érvényesítésének, a betegjogi panaszok „kezelésének" hagyományosabb módjai (a kórház igazgatójának tett bejelentés, bíróságok, etikai-fegyelmi eljárások) ma relatíve alárendelt jelentőségűek, és a tendencia az, hogy speciális módszereket dolgozzanak ki, melyek az egészségügy sajátos viszonyaihoz alkalmazkodva jobban biztosítják a betegjogok mindennapi érvényesülését. Ez egyszerűbb esetben azt jelenti, hogy a kórházban egy panaszirodát létesítenek a betegpanaszok bejelentésére és kivizsgálására. Ma azonban egyre gyakoribb, hogy

a betegek jogait intézményesen védő, előre kidolgozott eljárási szabályok szerint dolgozó betegjogi képviselőket, ombudsmanokat alkalmaznak. Gyakori az is, hogy különböző nem-bírósági úton próbálják a betegek panaszait kivizsgálni (etikai bizottságok, betegügyvéd, betegjogi bíróságok, stb.) A tendencia mindenképpen az, hogy a betegjogok területén éppúgy a megelőzés szelleme érvényesüljön, mint ahogyan az a medicinában már régóta szokásos. Arra kell törekedni, hogy lehetőleg még a kórházban megoldódjon a beteg jogaival, panaszaival kapcsolatos problémája. A magas színvonalú egészségügy nemcsak a beteg megfelelő gyógykezelését jelenti, hanem emberi jogainak, méltóságának a tiszteletben tartását is. Ennek elérését nagymértékben segíti a betegjogok deklarálása és az érvényesítésére szolgáló mechanizmusok kidolgozása.

Jegyzetek a 16. fejezethez*

[1]Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Iroda (1994): Nyilatkozat a betegek jogainak támogatásáról Európában. (Amszterdam, 1994. március 28–30.) (Kézirat)
[2]European Council, Directorate of Legal Affairs (1994): Draft Convention for the protection of Human Rights and dignity of the Human being with regard to the application of biology and medicine: Bioethics Convention, and explanatory report. (Council of Europe, Strasbourg, July 1994)
[3]*Annas, G. J.* (1989): The Rights of Patients. The Basic ACLU Guide to Patient Rights. An American Civil Liberties Union Handbook. (2nd ed.) Carbondale–Edwardsville, Southern Illinois University Press (pp. 2–3)
[4]Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve (1993): The Rights of Patients in Europe. A Comparative Study. (Published on behalf of the World Health Organization Regional Office for Europe. Deventer–Boston, Kluwer Law and Taxation Publishers (p. 4)
[5]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 33, note 4)
[6]Ibid. (p. 30)
[7]Ibid. (p. 269)
[8]Ibid. (p. 14)
[9]Ibid. (p. 19)
[10]Ibid. (p. 32)
[11]Ibid. (p. xiii)
[12]Ibid. (p. xiv)
[13]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. xi)
[14]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 14)
[15]*Ádám Gy.* (szerk.) (1990): Egészségügyi Jogi Kézikönyv. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest. (p. 17)
[16]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. xiii)
[17]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 3)
[18]Ibid. (p. viii-ix)
[19]*Ádám Gy.* (1990): i. m. (pp. 21–22)
[20]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 6)

*Rövidítések: i. m.: idézett mű; ibid.: ugyanott; cit.: idézi; p.: oldal.

[21]Ibid. (p. 10)
[22]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. xiv)
[23]*Losonczi Ágnes* (1986): A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben. Budapest, Magvető.
[24]Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Iroda (1994): Nyilatkozat a betegek jogainak támogatásáról Európában. (p. 16)
[25]ANNAS, G. J. (1989): i. m. (p. 285)
[26]Ibid. (p. 52)
[27]Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Iroda (1994): Nyilatkozat a betegek jogainak támogatásáról Európában. (p. 17)
[28]Ibid.
[29]Ibid. (p. 16)
[30]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 285)
[31]Ibid. (p. 284)
[32]Ibid.
[33]Ibid. (p. 285)
[34]Ibid. (p. 288)
[35]Ibid. (pp. 9–12)
[36]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 180)
[37]Ibid. (pp. 45–46)
[38]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 286)
[39]Ibid. (p. 106)
[40]Ibid. (p. 23)
[41]Ibid. (p. 286)
[42]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 41)
[43]Ibid. (p. 47)
[44]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (pp. 9–12)
[45]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 7)
[46]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 109)
[47]Ibid. (p. 110)
[48]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 12)
[49]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 89)
[50]Ibid. (p. 98)
[51]Ibid. (p. 90)
[52]Ibid. (p. 109)
[53]Ibid. (p. 287)
[54]Ibid. (p. 23)
[55]Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Iroda (1994): Nyilatkozat a betegek jogainak támogatásáról Európában. (p. 14)
[56]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 116)
[57]Ibid. (p. 112)
[58]Ibid. (p. 163)
[59]Ibid.
[60]Ibid. (p. 166)
[61]Ibid. (p. 164)
[62]Ibid. (p. 167)
[63]Ibid.
[64]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 49)
[65]Ibid. (p. 50)
[66]Ibid. (p. 51)

[67]Ibid. (p. 53)
[68]Ibid. (p. 55)
[69]Ibid. (p. 56)
[70]Ibid. (p. 57)
[71]Ibid. (p. 61)
[72]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 170)
[73]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 49)
[74]Ibid. (p. 52)
[75]Ibid. (p. 57)
[76]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 176)
[77]Ibid. (p. 180)
[78]Ibid. (p. 177)
[79]Ibid. (p. 178)
[80]Ibid. (p. 179)
[81]Ibid. (p. 178)
[82]Ibid. (p. 38)
[83]*Ádám Gy.* (1990): i. m. (p. 52)
[84]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 163)
[85]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 181)
[86]*Ádám György* (szerk.) (1990): Egészségügyi Jogi Kézikönyv. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. (p. 57)
[87]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 93)
[88]Ibid. (p. 86)
[89]Ibid. (p. 84)
[90]1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 23. §
[91]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 184)
[92]1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 21. § (1) bek.
[93]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (pp. 75–76)
[94]Ibid. (p. 66)
[95]Ibid. (p. 83)
[96]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 25. § (2) bek.
[97]1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 7. § (4) bek.
[98]1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 17. § (1) bek.
[99]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 123)
[100]Ibid. (p. 124)
[101]Ibid. (pp. 135–138)
[102]Ibid. (p. 142)
[103]Ibid. (p. 148)
[104]Ibid. (pp. 147–149)
[105]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 120)
[106]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 161. § (3) bek.
[107]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (pp. 151–152)
[108]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 124)
[109]Ibid. (p. 125)
[110]Cancerlink: Daclaration of Rights of people with cancer.

[111]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (pp. 282–283)
[112]Ibid. (p. 259)
[113]Ibid. (p. 251)
[114]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 140)
[115]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (pp. 261–262)
[116]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 134)
[117]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 264)
[118]Ibid. (p. 268)
[119]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 133)
[120]Ibid. (p. 141)
[121]Ibid. (p. 137)
[122]Ibid. (p. 135)
[123]*Rosner, F.* (1985): A survey of the development of hospital ethics committees. JAMA, 1985, 253. (p. 2693)
[124]*Fost, N., Cranford, R. E.* (1985): Hospital Ethics Committees. JAMA, 1985. 253. (p. 2687)
[125]*Rosner, F.* (1985): i. m. (p. 2693)
[126]*Fost, N., Cranford, R. E.* (1985): i. m. (p. 2687)
[127]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 146)
[128]Ibid. (p. 133)
[129]Ibid. (p. 134)
[130]Ibid. (p. 135)
[131]Ibid. (p. 138)
[132]Ibid. (p. 140)
[133]*Whelan, C. J.* (1988): Litigation and complaints procedures: objectives, effectiveness and alternatives. Journal of Medical Ethics. 1988, 14 (pp. 70–76)
[134]*Annas, G. J.* (1989): i. m. (p. 248)
[135]Ibid. (p. 255)
[136]Ibid. (p. 248)
[137]Ibid. (p. 250)
[138]*Whelan, C. J.* (1988): i. m (pp. 70–76)
[139]Ibid.
[140]*Leenen, H., Gevers, S., Pinet, Geneviéve* (1993): i. m. (p. 154)
[141]*Whelan, C. J.* (1988): i. m. (pp. 70–76)
[142]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 17. § (2) bek. b) pont.
[143]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 20. § (3) bek.
[144]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 22. § (1) bek. c) pont.
[145]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 21. § (1) bek.
[146]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 21. § (2) bek.
[147]1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről.
[148]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 193. §
[149]1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 24. § (1) bek.
[150]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 164. §
[151]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (5) bek. b) pont.
[152]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 156. § (5), (6) bek.
[153]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 34. § (1) bek.
[154]1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 195 § (1) bek.
[155]1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 30. § (1) bek.

[I.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 7. § (1) bek.
[II.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 7. § (1) bek.
[III.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 9. § (1), (2) bek.
[IV.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 9. § (3) bek.
[V.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 6. §
[VI.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 9. § (4) bek.
[VII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 8. § (1) bek.
[VIII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 7. § (4) bek.
[IX.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 10. § (1) bek.
[X.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 11. § (2) bek.
[XI.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 11. § (6) bek.
[XII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 11. § (3), (4) bek.
[XIII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 11. § (5) bek.
[XIV] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 11. § (7) bek.
[XV.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 10. § (4) bek.
[XVI.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 6. §
[XVII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 8. § (3) bek.
[XVIII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 12. § (4) bek.
[XIX.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 12. § (1) bek.
[XX.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 15. § (1), (2) bek.
[XXI.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 15. § (3) bek.
[XXII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (2) bek. b) pont.
[XXIII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (2) bek. a) pont.
[XXIV].1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (2) bek. c), f) pont.
[XXV.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (2) bek. c) pont.
[XXVI.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (2) bek. g) pont.
[XXVII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (2) bek. c) pont.
[XXVIII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (2) bek. g), h), i) pontok.
[XXIX.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (8) bek.
[XXX.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (2) bek. c) pont.
[XXXI.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (6) bek.
[XXXII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (3) bek. b), e) pontok.
[XXXIII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (6) bek.
[XXXIV.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 14. § (1) bek.
[XXXV].1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 14. § (1) bek.
[XXXVI.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 14. § (2) bek.
[XXXVII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 16. § (1) bek. a) pont.
[XXXVIII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 15. § (3) bek.
[XXXIX.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 17. § (1) bek.
[XL.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 15. § (5) bek.
[XLI.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 15. § (4) bek.
[XLII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 18. §
[XLIII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 23. § (2) bek.
[XLIV.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 131. § (5) bek. a) pont.
[XLV].1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 19. § (1) bek.
[XLVI.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 24. § (2) bek.
[XLVII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 24. § (3) bek.
[XLVIII.] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 24. § (4) bek.

[XLIX] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 24. § (5) bek.
[L] 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 30. § (1) bek.
[LI] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 24. § (9) bek., és1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 7. § (5) bek.
[LII] 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 8. §
[LIII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 25. § (5) bek.
[LIV] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 10. § (7) bek.
[LV] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 25. § (6) bek.
[LVI] 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 20. § (3) bek.
[LVII] 1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről. 13. §
[LVIII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 25. § (3) bek. b) pont.
[LIX] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 25. § (4) bek.
[LX] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 11. § (5) bek.
[LXI] A népjóléti miniszter 31/1998. (VI.24.) NM rendelete az orvosbiológiai kutatásokról szóló 11/1987. (VIII. 19.) EüM rendelet módosításáról. 2. számú melléklet.
[LXII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (6) bek.
[LXIII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (3) bek. b) pont.
[LXIV] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (3) bek. c) pont.
[LXV] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (3) bek. c) pont.
[LXVI] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (3) bek. d) pont.
[LXVII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (3) bek. e) pont.
[LXVIII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (3) bek. f) pont.
[LXIX] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (3) bek. g) pont
[LXX] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 159. § (3) bek. a) pont
[LXXI] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 30. § (1) bek.
[LXXII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 30. § (5) bek.
[LXXIII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 30. § (2) bek. a) pont.
[LXXIV] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 30. § (2) bek. b) pont.
[LXXV] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 30. § (2) bek. c) pont
[LXXVI] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 30. § (2) bek. c) pont.
[LXXVII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 32. § (2) bek.
[LXXVIII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 3. § i.)
[LXXIX] Ptk. 81. §
[LXXX] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 10. § (5) bek.
[LXXXI] 1998. évi XXV. törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekről. 12. §, és 22.§ (2) bek.
[LXXXII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (2) bek. c.) pont.
[LXXXIII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 7. § (1) bek.
[LXXXIV] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 11. § (4) bek.
[LXXXV] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 13. § (5), (8) bek.
[LXXXVI] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 11. § (2) bek.
[LXXXVII] 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. 30. § (4) bek.

Függelék

1. A HIPPOKRATÉSZI ESKÜ

Esküszöm az orvos Apollónra, Aszklépioszra, Hügeiára, Panakeiára, az összes istenre és istennőre, őket híva tanúul, hogy erőmhöz és belátásomhoz mérten teljesíteni fogom eskümet és alábbi kötelezettségemet.

Az orvostudományban mesteremet ugyanolyan tiszteletben részesítem majd, mint szüleimet; megosztom vele megélhetésemet, és ha nélkülöz, gondoskodni fogok ellátásáról; fiait saját fivéreimnek fogom tekinteni, és ha ők is el akarják sajátítani az orvostudományt, fizetség és szerződés nélkül megtanítom majd nekik.

Gondom lesz rá, hogy a tudományt, a szóbeli és minden más felvilágosítást ismertessem fiaimmal és mesterem gyermekeivel, valamint azokkal a tanítványokkal, akiket szerződés és az orvosi törvény alapján tett eskü kötelez, de (rajtuk kívül) senki mással sem.

Az életmódra vonatkozó szabályokat a betegek hasznára kamatoztatom majd erőm és belátásom szerint, megóva őket a bajtól és a kártevéstől.

Senkinek sem adok majd mérget, még ha kéri is; sőt még csak ilyen tanácsot sem adok neki. Hasonlóképp egyetlen asszonynak sem adok magzatelhajtó méhgyűrűt.

Tisztán és szeplőtlenül fogom eltölteni életemet, gyakorolni mesterségemet.

Nem alkalmazok vágást még akkor sem, ha az illetők kőtől szenvednek is; az ilyen feladatot azoknak hagyom meg, akik ebben szakemberek.

Bármely házba lépek is be, azért megyek oda, hogy hasznára legyek a betegeknek, tartózkodva minden szándékos jogtalanságtól és kártevéstől, főleg attól, hogy nemi visszaélést kövessek el nők vagy férfiak testén, legyen szó akár szabadokról, akár rabszolgákról.

Foglalkozásom gyakorlása közben vagy azon kívül bármit is látok, illetve hallok az emberekkel való érintkezés során, aminek nem szabad nyilvánosságra kerülnie, arról hallgatni fogok, és azt mint titkot őrzöm.

Ha teljesítem és nem szegem meg eskümet, adassék meg nekem, hogy örömömet lelhessem életemben és hivatásomban, mindig elismerésben részesüljek minden ember részéről; ha viszont fogadalmamat megsértem és hamisan esküszöm, akkor az ellenkező sors jusson nekem osztályrészül.

Forrás: Havas László, Németh Béla, Ritoók Zsigmond (1991): Válogatások a Hippokratészi Gyűjteményből. Gondolat, Budapest (pp. 17–18.)

2. A GENFI DEKLARÁCIÓ

(World Medical Association, 1948. Módosítva 1968-ban, 1983-ban és 1994-ben)

Az orvosi hivatás tagjai közé való felvételemkor:

Ünnepélyesen fogadom, hogy életemet az emberiség szolgálatának fogom szentelni;

Megadom tanítóimnak a nekik járó tiszteletet és hálát;

Lelkiismerettel és méltósággal fogom gyakorolni hivatásomat;

Betegem egészsége lesz legfőbb szempontom;

Tiszteletben fogom tartani a rám bízott titkokat, még betegem halála után is;

Minden erőmből arra fogok törekedni, hogy az orvosi hivatás méltóságát és nemes hagyományait megőrizzem;

Kollégáimat testvéreimnek fogom tekinteni;

Nem fogom megengedni, hogy betegemmel kapcsolatos kötelességeimet annak kora, betegsége vagy fogyatékossága, hitvallása, etnikai származása, neme, nemzetisége, politikai meggyőződése, faji hovatartozása, szexuális irányultsága vagy társadalmi helyzete befolyásolja;

Az emberi élet iránt, annak kezdetétől fogva, a legnagyobb tiszteletet fogom tanúsítani még fenyegetés hatása alatt is, s orvosi tudásomat nem használom az emberiesség törvényei ellenében;

Fentieket ünnepélyesen fogadom, becsületszavamra, szabad elhatározással.

Forrás: The World Medical Association, Inc. (1994): Handbook of Declarations. (17.A)
(Saját fordítás)

3. AZ ORVOSI ETIKA NEMZETKÖZI KÓDEXE

(World Medical Association,1949. Módosítva 1968 és 1983)

Az orvosok általános kötelességei

Az orvos magatartásával hivatása legmagasabb szintű elvárásainak igyekezzen megfelelni.

Az orvos ne engedje meg, hogy az anyagi haszonszerzés indítéka befolyást gyakoroljon szakmai döntéseire, melyeknek szabadon és függetlenül hozott, a betegek érdekét szolgáló döntéseknek kell lenniük.

Az orvosi gyakorlat minden formájában arra kell törekedni, hogy a beteg szakszerű orvosi ellátást kapjon. Ezt az orvosnak együttérzéssel és az emberi méltóság tiszteletbentartásával kell nyújtania, teljes technikai és morális függetlenségben.

Az orvos legyen becsületes betegeivel és kollégáival, s leplezze le azokat az orvosokat, akik szakmailag vagy erkölcsileg nem megfelelőek, vagy akik másokat rászednek vagy becsapnak.

Etikátlan viselkedésnek tartjuk a következőket:

a) Az orvos önreklámozása, kivéve ha azt az adott ország törvénye és Orvosi Kamarája megengedi.

b) Pénzt vagy egyéb kedvezményt adni illetve elfogadni kizárólag abból a célból, hogy hozzá beteget küldjenek illetve ő beteget küldjön másokhoz.

Az orvos tartsa tiszteletben a betegek, a kollégák és a többi egészségügyi dolgozó jogait, s őrizze meg a beteg titkait.

Az orvos kizárólag a beteg érdekeit tarthatja szem előtt, amikor olyan orvosi ellátásban részesíti őt, mely gyengítheti annak testi vagy lelki állapotát.

Az orvos tanúsítson nagy elővigyázatosságot, amikor nem-szakmai fórumokon orvosi felfedezésekről, új technikákról illetve kezelési formákról nyilatkozik.

Az orvos csak arról adjon igazolást, aminek fennállásáról személyesen meggyőződött.

Az orvos kötelességei a betegek iránt

Az orvos tartsa mindig szem előtt, hogy kötelessége az emberi élet megőrzése.

Az orvos teljes elkötelezettséggel tartozik betegének, szakmája minden eszközét felhasználva annak kezelésekor. Ha egy vizsgálat vagy kezelés meghaladja az orvos képességeit, egy másik orvost kell hívnia, aki rendelkezik a szükséges jártassággal.

Az orvos abszolút titoktartási kötelezettséggel rendelkezik mindazzal kapcsolatban, amit betegéről megtudott, még annak halála után is.

Az orvos tekintse az elsősegélynyújtást emberbaráti kötelességének, kivéve, ha meggyőződött róla, hogy mások akarnak és tudnak is ilyen segítséget nyújtani.

Az orvosok kötelességei egymás iránt

Az orvos úgy viselkedjen kollégáival, ahogy szeretné, hogy azok viselkedjenek ővele.

Az orvos ne csábítsa magához kollégái betegeit.

Az orvos tartsa be az Orvosok Világszövetsége (World Medical Association) által elfogadott „Genfi Deklaráció" alapelveit.

Forrás: The World Medical Association (1994): Handbook of Declarations. 17.A
(Saját fordítás)

4. A HELSINKI DEKLARÁCIÓ

(Ajánlások embereken végzendő orvosbiológiai kutatásokat végző orvosok számára.)
(World Medical Association 1964. Módosítva 1975, 1983, 1989, 1996)

BEVEZETÉS

Az orvos hivatása az emberek egészségének védelme. Az orvos tudásának és lelkiismeretének e küldetés végrehajtását kell szolgálnia.

Az Orvosok Világszövetségének Genfi Deklarációja a következő szavakkal kötelezi az orvost: „Betegem egészsége lesz legfőbb szempontom." Az Orvosi Etika Nemzetközi Kódexe pedig deklarálja: „Az orvos kizárólag a beteg érdekét tarthatja szem előtt, amikor olyan orvosi ellátásban részesíti őt, mely gyengítheti annak testi vagy lelki állapotát."

Az embereken végzett orvosbiológiai kutatás célja diagnosztikus, terápiás vagy profilaktikus eljárások javítása, vagy a betegségek etiológiájának és patogenezisének jobb megértése legyen.

A jelenlegi orvosi gyakorlatban a legtöbb diagnosztikus, terápiás vagy profilaktikus eljárás kockázattal is jár. Ez különösen vonatkozik az orvosbiológiai kutatásokra.

Az orvostudomány haladása a kutatáson nyugszik, melynek vésző soron részben embereken való kísérletezésen kell alapulnia.

Az orvosbiológiai kutatások területén döntő különbség van a beteg számára alapvetően diagnosztikus és terápiás célokat szolgáló kutatás, s a tisztán tudományos, a kísérleti alany számára közvetlen diagnosztikus vagy terápiás értékkel nem rendelkező kutatás között.

Különös óvatossággal kell eljárni az olyan kutatások végzésénél, melyek befolyást gyakorolhatnak a környezetre. A kísérletekhez használt állatok jóllétének biztosítására gondot kell fordítani.

Mivel a tudományos ismeretek növelésének és az emberi szenvedések mérséklésének szempontjából alapvető fontosságú, hogy a laboratóriumban elvégzett kísérletek eredményeit embereken is alkalmazzák, az Orvosok Világszövetsége

a következő ajánlást készítette el minden, az emberen történő orvosbiológiai kísérletet végző orvos számára. Az ajánlást a jövőben is rendszeresen felül kell vizsgálni. Hangsúlyozni kell, hogy az alább megfogalmazott normák csak vezérfonalat jelentenek a világ orvosai számára. Az orvosokat ez nem menti fel saját országuk törvényei által meghatározott büntetőjogi, polgári jogi és etikai felelősségük alól.

I. ALAPELVEK

1. Az emberen végzett orvosbiológiai kutatásokat a tudomány általánosan elfogadott alapelvei szerint kell elvégezni. A kutatásnak megfelelően elvégzett laboratóriumi és állatkísérleteken, továbbá a szakirodalom alapos ismeretén kell alapulnia.

2. Minden emberen végzett kísérlet tervét és kivitelezésének módját egy kísérleti tervezetben jól érthetően le kell írni. Ezt azután be kell nyújtani egy külön e célra kinevezett, a kutatótól és a kutatás költségeit fedezőktől független bizottsághoz, hogy az a kísérleti tervet áttanulmányozhassa, ahhoz megjegyzéseket fűzzön illetve további útmutatást adjon. A bizottság tevékenységének összhangban kell lennie annak az országnak a törvényeivel, illetve rendelkezéseivel, melyben a kísérletet végzik.

3. Emberen való orvosbiológiai kísérletet csak tudományosan képesített személyek végezhetnek a klinikumban jártas orvos felügyelete alatt. A kísérleti alanyokért mindig az orvos felelős, s soha nem a kísérleti alany, noha ő a kísérletbe beleegyezését adta.

4. Embereken orvosbiológiai kutatásokat csak akkor szabad végezni, ha a kísérlet céljának fontossága arányban áll a kísérleti alany elkerülhetetlen kockázatával.

5. Minden emberen való orvosbiológiai kutatás megtervezése előtt gondosan mérlegelni kell, hogy a kísérlet a kísérleti alanyok illetve mások számára milyen várható veszélyekkel, s ezekhez képest milyen előrelátható haszonnal jár. A kísérleti alany érdeke mindig előbbrevaló, mint a tudomány és a társadalom érdeke.

6. Mindig tiszteletben kell tartani a kísérleti alany jogát sértetlenségének megőrzéséhez. Minden óvintézkedést meg kell tenni a kísérleti alany magánszférájának a tiszteletben tartásáért, s azért, hogy a vizsgálat hatása az alany fizikai és szellemi sértetlenségére és személyiségére minimális legyen.

7. Az orvos csak akkor végezhet emberen orvosbiológiai kutatást, ha meggyőződött arról, hogy az azzal járó veszélyek előreláthatóak. Abba kell hagynia bárminemű kísérletet, ha annak veszélyeit nagyobbnak találja lehetséges előnyeinél.

8. Kutatási eredményeinek publikálásakor az orvos felelős azok pontosságáért. Nem szabad olyan kutatásról szóló beszámolót közlésre elfogadni, melyet nem eme Deklaráció elvei szerint folytattak le.

9. Minden emberen végzendő kísérlet előtt a lehetséges kísérleti alanyokat megfelelően tájékoztatni kell a kísérlet céljáról, módszeréről, várható hasznáról s lehetséges veszélyeiről s az esetlegesen vele járó kellemetlenségekről is. A kísérleti alanyt tájékoztatni kell arról, hogy szabadon visszautasíthatja a kísérletben való részvételt, illetve megszakíthatja a kísérletben való további részvételét annak bármely szakaszában. Az orvosnak ezt követően kell megkapja – lehetőleg írásban – a kísérleti alany szabadon adott tájékozott beleegyezését.

10. A kísérletbe való tájékozott beleegyezés elnyerésekor az orvosnak különös gondossággal kell eljárnia, ha a kísérleti alany tőle függő helyzetben van, illetve ha beleegyezésére feltehetőleg kényszer hatása alatt kerül sor. Ilyen esetben a tájékozott beleegyezést olyan orvosnak kell kérnie, aki nem vesz részt a kísérletben, és aki teljes mértékben független a kísérletezők és az alany közötti hivatalos kapcsolattól.

11. Ha a kísérleti alany jogilag cselekvőképtelen, a tájékozott beleegyezést az ország jogszabályainak megfelelően törvényes képviselőjétől kell megszerezni. Ha a kísérleti személy fizikai vagy szellemi állapota lehetetlenné teszi, hogy tájékozott beleegyezést adjon, vagy ha az alany kiskorú, akkor felelős hozzátartozója engedélye helyettesíti a kísérleti alanyét, összhangban az ország törvényeivel.

Ha a kiskorú gyermek képes tájékozott beleegyezést adni, akkor törvényes képviselője beleegyezésén kívül az ő beleegyezését is el kell nyerni.

12. A kísérleti tervnek mindig tartalmaznia kell az összeállításakor figyelembevett etikai szempontokat is, s utalnia kell arra, hogy a jelen Deklarációban lefektetett etikai elvekkel összhangban van.

II. A SZAKMAI ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS ORVOSI KÍSÉRLET (Klinikai kutatás)

1. A beteg kezelése során az orvos szabadon alkalmazhat új diagnosztikus és terápiás eljárást, ha ez megítélése szerint a beteg életének megmentése, szenvedéseinek enyhítése vagy egészségének helyreállítása reményével kecsegtet.

2. Az új eljárás lehetséges előnyeit, veszélyeit és a vele járó kellemetlenségeket össze kell hasonlítani az adott időben létező legjobb diagnosztikus és terápiás eljárások előnyeivel.

3. Minden orvosi kísérletben minden beteg számára – beleértve a kontrollcsoportban levő betegeket is, ha van kontrollcsoport – biztosítani kell a bizonyítottan legjobb diagnosztikus és terápiás eljárásokat. Ez nem zárja ki hatástalan placebo alkalmazását olyan vizsgálatokban, amelyekben nem létezik bizonyítottan hasznos diagnosztikus vagy terápiás módszer.

4. Ha a beteg visszautasítja a kísérletben való részvételt, ennek nem szabad befolyást gyakorolnia az orvos–beteg kapcsolatra.

5. Ha az orvos lényegesnek tartja, hogy ne kérjen tájékozott beleegyezést, akkor ennek különleges indokait fel kell tüntetnie a kísérleti tervezetben, melyet a független bizottsághoz benyújt.[I, 2)]

6. Az orvos összekapcsolhatja a beteg szakszerű kezelését az új ismeretek szerzését szolgáló orvosi kísérlettel, de csak akkor, ha ezt a kísérlet lehetséges diagnosztikus vagy terápiás értéke a beteg számára indokolja.

III. EMBEREN VÉGZENDŐ NEM-TERÁPIÁS ORVOSBIOLÓGIAI KÍSÉRLETEK (Nem-klinikai orvosbiológiai kutatás)

1. Emberen végzett, tisztán tudományos célú orvosi kísérlet esetén is az az orvos kötelessége, hogy a kísérleti alany életének és egészségének védelmezője maradjon.

2. A kísérleti alanyok önkéntesek legyenek; vagy egészséges emberek vagy olyan betegek, akiknek betegsége nincs kapcsolatban a kísérlet céljával.

3. A kutatónak vagy a kutatócsoportnak abba kell hagynia a kísérletet, ha megítélése vagy megítélésük szerint annak folytatása káros lehet a kísérleti alany számára.

4. Az emberen folytatott kísérletek esetén a tudomány vagy a társadalom érdeke soha nem lehet előbbrevaló a kísérleti alany jólléténél.

Forrás: Bulletin of Medical Ethics. Number 128. May 1997. (pp. 8-9.)
(Saját fordítás)

5. EMBEREN VALÓ ORVOSBIOLÓGIAI KUTATÁSOK NEMZETKÖZI IRÁNYELVEI

Orvostudományok Nemzetközi Szervezeteinek Tanácsa (Council for International Organizations of Medical Sciences, CIOMS), együttműködésben az Egészségügyi Világszervezettel (WHO)
(1993)
(Részletek)

Általános etikai elvek

Minden emberen végzett kísérletet három alapvető etikai elv betartásával kell végrehajtani. Ezek: az ember tisztelete, a jótékonyság és az igazságosság elve. Általánosan elfogadott, hogy ezen – erkölcsileg egyformán fontos – elvek szerint kell lelkiismeretesen elkészíteni a tudományos kutatási terveket. Eltérő körülmények között ezek az elvek különbözőképpen fejeződhetnek ki, s egymáshoz viszonyítva más-más fontosságúak lehetnek, illetve alkalmazásuk eltérő döntésekhez és cselekedetekhez vezethet. A jelen irányelvek ezen elveknek az emberen való kísérletezéssel kapcsolatos alkalmazására irányulnak.

Az ember tiszteletének az elve legalább két alapvető etikai vonatkozást foglal magában, melyek:

- A személy autonómiájának a tisztelete, mely azt követeli, hogy azokkal, akik személyes választásaik kapcsán mérlegelésre képesek, önrendelkezésre való képességük tiszteletben tartásával bánjunk.
- A csökkent vagy korlátozott autonómiával rendelkező személyek védelme, mely azt követeli, hogy a másoktól függő vagy kiszolgáltatott embereket megvédjük a visszaélésektől, ill. a nekik okozható kártól.

A jótékonyság elve arra az erkölcsi kötelességre utal, mely szerint a lehető legtöbb jót és a legkevesebb kárt, ill. rosszat kell létrehozni. Ebből az elvből következnek azok a szabályok, melyek szerint a kutatás kockázata ésszerű arányban kell álljon annak várható hasznával, a kutatási tervnek megfelelőnek s a kutatóknak hozzáértőknek kell lenniük mind a kísérlet kivitelezése, mind a kísérleti alanyok jólléte megvédése szempontjából. A jótékonyság elve továbbá megtiltja a személyeknek való szándékos károkozást; az elv ezen vonatkozását néha külön elvként mint a „Ne árts!" parancsát szokták megfogalmazni.

Az igazságosság elve arra az erkölcsi kötelességre utal, miszerint minden emberrel erkölcsileg helyesen, illetve megfelelően kell bánnunk, s mindenkinek azt kell adnunk, ami jár neki. Az emberen való kísérletezés etikája kapcsán ez az elv

elsősorban az **osztó igazságosság elve** formájában jelentkezik. Ez a kísérletben való részvétel előnyeinek, ill. terheinek igazságos elosztását kívánja meg. Ezen előnyök, ill. terhek eloszlásában való különbség csak akkor elfogadható, ha az a személyek közötti erkölcsileg lényeges különbségeken alapul; egy ilyen lényeges különbség a kiszolgáltatottság. A „kiszolgáltatottság" kifejezés azt az állapotot jelöli, amelyben valaki képtelen érdekei védelmére annak következtében, hogy nem képes tájékozott beleegyezést adni, vagy nem képes más módon orvosi ellátáshoz jutni, ill. egyéb, drágán elérhető szükségletét kielégíteni. Ide tartozik az is, ha valaki túl fiatal vagy alárendelt tagja egy hierarchikusan felépülő csoportnak. Ennek megfelelően speciális intézkedésekkel kell gondoskodni a kiszolgáltatott helyzetű emberek jogainak és jóllétének a védelméről.

Az irányelvek

Az alanyok tájékozott beleegyezése

1. számú irányelv: Egyéni tájékozott beleegyezés

Minden emberen végzendő orvosbiológiai kísérlet során a kutatónak meg kell szereznie a kísérleti alany előzetes tájékozott beleegyezését, illetve ha az alany nem képes tájékozott beleegyezést adni, akkor a szükséges felhatalmazással rendelkező képviselőjének a tájékozott beleegyezését.

2. számú irányelv: A majdani kísérleti alanyoknak adandó alapvető információk

Mielőtt valakinek a beleegyezését kérnénk a kísérletben való részvételre, a kutatónak a következő információkat kell nyújtania olyan nyelven, melyet a jövendő kísérleti alany megért:

- Azt, hogy az illetőt kísérleti alanyként egy kísérletben való részvételre kérik fel, s hogy mi ennek a kísérletnek a célja és a módszere.
- Várhatóan mennyi ideig lesz szükség a kísérleti alany részvételére.
- Milyen haszon várható a kísérlet eredményétől a kísérleti alany vagy mások számára.
- A kísérletben való részvétel milyen előre látható kockázattal vagy kényelmetlenséggel jár a kísérleti alany számára.
- A kísérletben vizsgálni kívánt eljáráson vagy kezelésen kívül milyen más eljárások vagy kezelési formák lennének ugyanolyan hasznosak a kísérleti alany számára.
- Milyen mértékig lesz biztosítva a kísérleti alannyal kapcsolatos adatok titkossága.

- Milyen mértékig köteles a kutató – ha köteles egyáltalán – a kísérleti alany számára orvosi ellátást nyújtani.
- Azt, hogy bizonyos típusú, a kísérlettel kapcsolatos károsodás esetén ingyenes kezelést biztosítanak a kísérleti alany számára.
- Azt, hogy a kísérleti alany, annak családja illetve eltartására szoruló hozzátartozói kártérítést kapnak-e, ha az alany kísérleti károsodás eredményeként maradandó fogyatékosságot szenved vagy meghal.
- Azt, hogy az illető szabadon visszautasíthatja a kísérletbe való beleegyezést, illetve beleegyezését a kísérlet során bármikor szabadon visszavonhatja anélkül, hogy ezért megbüntetnék vagy olyan előny elvonásával sújtanák, melyre egyébként jogosult lenne.

3. számú irányelv: A kutatók kötelességei a tájékozott beleegyezéssel kapcsolatban
A kutatóknak kötelességük:

- A tájékozott beleegyezéshez szükséges minden információt megadni a leendő kísérleti alanyok számára.
- Arra bátorítani a leendő kísérleti alanyokat, hogy tegyenek fel kérdéseket, s erre számukra bőséges lehetőséget biztosítani.
- Kizárni az indokolatlan becsapás, megengedhetetlen ráhatás ill. megfélemlítés lehetőségét.
- Csak azt követően kérni tájékozott beleegyezést, miután a leendő kísérleti alanyoknak a kísérletben való részvétel lényeges tényeiről és következményeiről megfelelő ismereteik vannak, s elegendő lehetőségük volt mérlegelni, hogy részt vegyenek-e a kísérletben vagy sem.
- Általános szabályként minden egyes leendő kísérleti alanytól egy aláírt beleegyező nyilatkozatot megszerezni a tájékozott beleegyezés bizonyítására.
- A tájékozott beleegyezést minden egyes kísérleti alanynál megújítani, ha a kísérleti feltételekben, illetve eljárásokban lényeges változások következnek be.

4. számú irányelv: A kísérletben való részvételre való ösztönzés
A kísérleti alanyoknak fizetni lehet a kellemetlenségekért, az eltöltött időért, s meg kell téríteni a kísérletben való részvétellel kapcsolatban felmerült költségeiket; ingyenes egészségügyi szolgáltatásokat is kaphatnak. A fizetség azonban nem lehet olyan nagy, illetve az egészségügyi szolgáltatások nem lehetnek olyan kiterjedtek, hogy a leendő kísérleti alanyokat – jobb meggyőződésük ellenére – a kísérletben való részvételbe való beleegyezésre bírják („megengedhetetlen ráhatás"). A kísérleti alanyok számára biztosított minden kifizetést, költségtérítést és egészségügyi szolgáltatást egy kutatásetikai bizottságnak kell jóváhagynia.

5. számú irányelv: A gyerekeken való kísérletezés

Gyerekeknek a kísérletbe való bevonása előtt a kísérletezőnek biztosítania kell, hogy:

- Gyerekeket ne vonjanak be olyan kísérletbe, mely ugyanolyan jól végrehajtható felnőtteken is.
- A kísérlet célja gyerekek egészségügyi szükségleteivel kapcsolatos fontos ismeret megszerzése legyen.
- Minden egyes gyermek szülője vagy törvényes képviselője beleegyezést adjon.
- Minden egyes gyermek beleegyezését – amennyire azt a gyermek képességei
- megengedik – megszerezzék.
- A gyermek tiltakozását a kísérletben való részvétel ellen mindig tiszteletben tartsák, kivéve ha a kísérleti terv szerint a gyermek olyan terápiát kapna, melynek nincs orvosilag elfogadható alternatívája.
- A nem az adott gyermek kísérleti alany hasznát szolgáló orvosi beavatkozás esetén annak kockázata csekély legyen, és álljon arányban az így megszerezhető tudás fontosságával.
- A terápiás céllal nyújtott beavatkozás legalább olyan előnyös legyen a gyermek kísérleti alany számára, mint bármely más elérhető alternatíva.

6. számú irányelv: Elme- vagy magatartászavarral rendelkező betegeken való kísérletezés

Mielőtt a kutató olyan embereket vonna be a kísérletbe, akik elme- vagy magatartászavaraik miatt nem képesek megfelelő tájékozott beleegyezést adni, a következőket kell biztosítania:

- Nem szabad ilyen kísérletet végezni akkor, ha az ugyanolyan jól kivitelezhető lenne szellemi képességeik teljes birtokában lévő embereken.
- A kísérlet célja az elme- vagy magatartászavarral rendelkező betegek sajátos egészségügyi szükségleteivel kapcsolatos fontos ismeret megszerzése legyen.
- Minden egyes kísérleti alany beleegyezését – amennyire azt képességei lehetővé teszik – megszerezzék, s ha a leendő kísérleti alany egy nem klinikai kísérletben való részvételt visszautasít, azt mindig tartsák tiszteletben.
- Cselekvőképtelen kísérleti alany esetén annak törvényes képviselőjétől, illetve más, megfelelően meghatalmazott személytől szerezzenek tájékozott beleegyezést.
- A nem az adott kísérleti alany hasznát szolgáló orvosi beavatkozás esetén annak kockázata csekély legyen, és álljon arányban az így megszerezhető tudás fontosságával.
- A terápiás céllal nyújtott beavatkozás legalább olyan előnyös legyen a kísérleti alany számára, mint bármely más elérhető alternatíva.

7. számú irányelv: Rabokon való kísérletezés

A súlyos betegségben szenvedő, vagy súlyos betegség kockázatával rendelkező rabokat nem szabad önkényesen megfosztani attól, hogy olyan kísérleti gyógyszerekhez, vakcinákhoz, vagy más anyagokhoz jussanak hozzá, melyek alkalmazása gyógyító vagy megelőző hatással kecsegtet.

8. számú irányelv: Elmaradott csoportokba tartozó alanyokon való kísérletezés

Mielőtt a kutató elmaradott csoportokhoz tartozó kísérleti alanyokat vonna be a kutatásba – akár fejlett, akár fejlődő országban végezzék is azt –, a következőket kell biztosítania:

- Elmaradott csoportokhoz tartozó kísérleti alanyokat általában ne vonjanak be kísérletbe akkor, ha az jól végrehajtható más csoportokban is.
- A kísérlet annak a csoportnak az egészségügyi szükségleteit és prioritásait kell hogy szolgálja, amelyben azt végrehajtják.
- Mindent kövessenek el annak az erkölcsi követelménynek a teljesítésért, hogy az egyes kísérleti alanyok beleegyezése tájékozott legyen.
- A kísérleti tervet tanulmányozza át és hagyja jóvá egy olyan etikai bizottság, melynek tagjai vagy szakértői között olyanok is vannak, akik alaposan ismerik az adott közösség szokásait és hagyományait.

9. számú irányelv: Tájékozott beleegyezés az epidemiológiai kutatások során

Az epidemiológiai kutatások számos formája esetén az egyéni beleegyezés vagy kivihetetlen vagy nem is célszerű. Ilyen esetekben a kutatásetikai bizottságnak kell eldöntenie, hogy etikailag elfogadható-e a kutatást az egyéni tájékozott beleegyezés elnyerése nélkül lefolytatni, illetve hogy a kutató által a kutatási tervben leírt garanciák kielégítőek-e a kísérleti alanyok biztonságának, magánszférája tiszteletben tartásának a védelmére, s az adatok titkosságának a biztosítására.

A kísérleti alanyok kiválasztása

10. számú irányelv: A terhek és az előnyök igazságos elosztása

A kutatásban való részvételre megkért egyéneket vagy csoportokat oly módon kell kiválasztani, hogy biztosítva legyen a kutatás terheinek és előnyeinek igazságos elosztása. Külön indoklás szükséges, ha kiszolgáltatott helyzetű embereket kérnek meg a kutatásban való részvételre. Ha őket a kísérletbe bevonják, akkor a jogaik és jóllétük biztosítására szolgáló eljárásokat különleges szigorral kell alkalmazni.

11. számú irányelv: Terhes vagy szoptató anyák kiválasztása kísérleti alanyként

Terhes vagy szoptató anyák semmilyen körülmények között nem lehetnek nem klinikai kísérlet alanyai, kivéve ha a kísérlet nem jelent a minimálisnál több veszélyt a magzatra, illetve a szoptatott csecsemőre, és ha a kísérlet célja az, hogy új ismereteket szerezzenek a terhességről, illetve a szoptatásról. Általános szabályként elfogadható, hogy terhes, illetve szoptató anyák ne legyenek semmiféle klinikai kísérlet alanyai, kivéve azokat a kísérleteket, melyeknek a célja a terhes vagy szoptató anyák, illetve a magzatok és a szoptatott csecsemők egészségének a védelme vagy javítása, s melyek elvégzésére nem terhes, illetve nem szoptató nők nem lennének megfelelő kísérleti alanyok.

Az adatok titkossága

12. számú irányelv: A titkosság megőrzése

A kutatónak megfelelő biztosítékokat kell kidolgoznia a kísérleti adatok titkossága védelmére. A kísérleti alanyokat tájékoztatni kell a titoktartás lehetőségének esetleges korlátairól, s arról, hogy mik az előrelátható következményei a titoktartás megsértésének.

A kísérleti alanyok kártérítése nem várt károsodás esetén

13. számú irányelv: A kísérleti alanyok kártérítéshez való joga

Azok a kísérleti alanyok, akik a kísérletben való részvétel következtében fizikai károsodást szenvednek, olyan anyagi vagy egyéb segítségre jogosultak, mely méltányos kártérítést nyújt számukra minden ideiglenes vagy maradandó sérülésért vagy fogyatékosságért. Haláluk esetén a tőlük anyagilag függő személyek anyagi kártérítésre jogosultak. A kártérítéshez való jogról nem lehet lemondani.

Jóváhagyási eljárás

14. számú irányelv: A kutatásetikai bizottságok alkotmánya és kötelességei

Minden emberen végzendő kísérlet tervét áttanulmányozás és jóváhagyás céljából be kell nyújtani egy vagy több független tudományos és kutatásetikai bizottsághoz. A kutatónak a kísérlet megkezdése előtt be kell szereznie a kísérleti terv kutatásetikai bizottság általi jóváhagyását.

Az anyagilag külföldről támogatott kísérletek

15. számú irányelv: A támogató és a fogadó ország kötelességei

Anyagilag külföldről támogatott kísérlet két erkölcsi kötelességet von maga után:

- Az anyagi költségeket vállaló külföldi szervezetnek be kell nyújtania a kísérleti tervet a tudományos és kutatásetikai bizottsághoz annak az országnak a normái szerint, melyhez az illető szervezet tartozik. Az elbírálás során alkalmazott etikai normák nem lehetnek kevésbé szigorúak, mint amilyenek akkor lennének, ha a kísérletet az azt anyagilag támogató szervezet országában végeznék.
- Miután a kísérletet anyagilag támogató szervezet országában a kísérleti tervet tudományosan és etikailag jóváhagyták, a fogadó ország megfelelő hatóságainak, beleértve egy országos vagy helyi kutatásetikai bizottságot vagy annak megfelelő szervezetet, meg kell győződniük arról, hogy az elvégezni kívánt kísérlet megfelel-e saját etikai követelményeiknek.

(Saját fordítás)

Forrás: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition. Macmillan Library Reference USA. Simon and Schuster. Macmillan, New York (Simon and Schuster and Prentice Hall International) London–Mexico City–Toronto, Vol. 5. (pp. 2797–2800)

6. AZ ÁLLATOKON VÉGZETT ORVOSBIOLÓGIAI KUTATÁS NEMZETKÖZI IRÁNYELVEI

(Council for International Organizations of Medical Sciences – CIOMS, WHO, 1984)

I. A biológiai ismeretek fejlődése, s az állatok, illetve az ember egészsége és jólléte hatékonyabb védelme szükségessé teszik, hogy különböző fajtájú ép, élő állatokon kísérleteket végezzünk.

II. Amikor lehetséges, más módszereket, pl. matematikai modelleket, számítógépes szimulációt s in vitro biológiai rendszereket kell használni.

III. Állatkísérletet csak akkor szabad végezni, ha kellő mérlegelés előzte meg annak az állatok, ill. az ember egészségére és a biológiai tudományok haladására gyakorolt hatását.

IV. A tudományosan érvényes eredmény eléréséhez szükséges megfelelő minőségű, fajtájú, s a lehető legkevesebb állatot kell kiválasztani.

V. A kutatók és a kutatásban részt vevő más személyek az állatokkal mindig mint érzőképes lényekkel bánjanak, s tartsák etikai kötelességüknek az állatokkal való helyes bánásmódot és azok megfelelő gondozását. Etikai kötelességük az állatoknak okozott fájdalom, kényelmetlenség vagy distressz csökkentésére vagy elkerülésére törekedni.

VI. A kutatóknak abból kell kiindulniuk, hogy azok az eljárások, melyek emberek számára fájdalmasak lennének, fájdalmat okoznak emlősállatoknak is, noha többet kellene tudnunk az állatok fájdalomérzékeléséről.

VII. Az olyan beavatkozások, melyek a pillanatnyinál, ill. a minimálisnál több fájdalmat okoznak, csak megfelelő nyugtatással, fájdalomcsillapítással vagy altatással végezhetők el az elfogadott állatorvosi gyakorlatnak megfelelően. Nem szabad sebészi vagy más fájdalmas beavatkozást végezni gyógyszeresen megbénított, de nem érzéstelenített állatokon.

VIII. Ha a VII. feltétel betartásától eltekintenek, ezt sohasem szabad a kísérletben közvetlenül részt vevő kutatóknak egyedül eldönteniük. Ilyenkor egy megfelelően összeállított bizottság dönt a IV., V., VI. cikkelyek figyelembevételével. A VII. cikkely betartásától nem szabad eltekinteni kizárólag az oktatás vagy a szemléltetés érdekében.

IX. Ha egy kísérlet közben vagy befejeztével az állatot komoly vagy hosszantartó, s nem megszüntethető fájdalom, kényelmetlenség, distressz vagy fogyatékosság érné, az állatot fájdalommentesen meg kell ölni.

X. Az orvosbiológiai kutatások céljára tartott állatok számára a lehető legjobb életfeltételeket kell biztosítani. Az állatok gondozásának általában a laboratóriumi állatok kezelésében jártas állatorvos felügyelete alá kell tartoznia. Az állatorvosi ellátás az állatok számára minden szükséges esetben elérhető kell legyen.

XI. Az állatokat felhasználó intézet vagy tanszék igazgatójának feladata annak biztosítása, hogy a kutatók és a személyzet megfelelő képzettséggel, illetve tapasztaltsággal rendelkezzen az állatokon végrehajtott beavatkozások vonatkozásában. Ezzel kapcsolatban lehetőséget kell biztosítani a házon belüli képzésre, beleértve a gondozandó állat iránti megfelelő és humánus viselkedés oktatását is.

(Saját fordítás)

Forrás: Warren Thomas Reich (ed.) (1995): Encyclopedia of Bioethics. Revised Edition. Macmillan Library Reference USA. Simon and Schuster, Macmillan, New York (Simon and Schuster and Prentice Hall International) London– Mexico City–Toronto, Vol. 5. (pp.2806–2807)

Név- és tárgymutató

A

AARON, H. 176
abortus katolikus megítélése 300, 301
–, késõi 301
–, korai 301, 308, 336
– korlátozásának enyhülése 299
– megítélése, konzervatív 302, 303, 305
– –, liberális 302, 303, 309
– –, mérsékelt 302, 320, 335, 336
– melletti érvelés 294
–, mûvi 293
– tiltása 296
– – anya életének védelmében 299
– – demográfiai okból 296
– – férfi jogának védelmében 297
– – magzat élete védelmében 300
– története 295
abszolút jellegû erkölcsi elv 46
abszolutista erkölcsi rendszer 41
ad hominem érvelés 37
agapizmus 89, 90
ageism 279
ÁGOSTON, SZENT 301, 376–377, 386, 402
agyhalál 306, 324, 479
– megállapítása 481
– – Magyarországon 481
–, neocorticalis 325, 397
agyszületés 330
–, agytörzsi 332
–, corticalis 334
agytörzsi agyszületés 332
aktív eutanázia 405, 415
aktuális kötelesség 56
alaphelyzet 86
alkalmazási idõ 262
alkalmazkodás környezethez 116, 124
alkalmazott etika 29
alku 84
állat erkölcsi státusa 514
„állatgyár" 513
állati szenvedés (lásd még érzõképesség) 540
– szerv beültetése 468
állatkísérlet 512, 531, 538
– alternatívái 546
– erkölcsi megítélése 541
– nemzetközi irányelvei 629
– szabályozása 549
– tudományos értéke 543
állatkísérletet kiváltó mechanikus módszerek 548
állatokkal bánás 512
állatokon végzett orvosbiológiai kutatás nemzetközi irányelvei 629
állattenyésztés 513
–, ipari 513
állatvédelem 549
– Magyarországon 550
állatviadal 514
általános etika 29
általánosítás, hamis 39
AMATUS LUSITANUS 349
analitikus etika 28
anencephal újszülött szervdonor 504
anencephalia 329, 450
animal rightist 521
– welfarist 521
Animals Act 549
ANNAS, G. J. 593
ANSCOMBE 54
antisepsis 557
antiszpécieszizmus 521
– gyakorlati alkalmazása 531
antropomorfizmus 539
AQUINÓI TAMÁS 48, 73–74, 114, 301, 376–377, 386, 388–389, 402, 515
aranyszabály 83
ARISZTOTELÉSZ 31, 73, 106, 298, 300, 375, 514, 518
ARTHUR LEONARD 454
asszisztált öngyilkosság 427

átlelkesülés tana 301
áttétel, pszichoanalitikai 145
AUSTIN, JOHN 31
autonómia 99
– tisztelete 99
autosz 99
axióma, erkölcsi 40

B

Baby Doe eset 454
– – regulációk 455
BACON, FRANCIS 511
beleegyezés 587, 595
–, elhalasztott 573
–, feltételezett 487
–, kiskorú beteg 590
– orvosi beavatkozásba 127
–, pozitív 485
–, tájékozott 127, 585, 623
BELLOC, N. B. 169
BENTHAM, JEREMY 31, 59, 60, 322, 516, 531
BERLIN, ISAIAH 131
beteg érdeke 595
– kiszolgáltatottsága 576
– kiválasztása kezelésre 287
– tájékoztatása 585
– – jogairól 601
– –, felvilágosítás standardjai 131
– –, – tartalma 132–135
betegjogi bíróság 604
– képviselõ 601
betegjogok 575
– érvényesítése 600
– – betegjogi bíróság révén 604
– – bíróságon 604
–, jog egészségügyi ellátáshoz 583
–, – emberi méltóság tiszteletben tartásához 584
–, – kezelés visszautasítására 588
–, – magánszférához 592
–, – orvosi feljegyzések megtekintéséhez 591
–, – orvosi titoktartáshoz 592
–, – tájékozott beleegyezéshez 585
betegjogok megfogalmazása, elõnyök 580
– –, kétségek 581
–, speciális betegcsoportok 596
–, – –, kísérleti alanyok 598
–, – –, rákbetegek 599
–, - –, terhes anyák 596
betegség definíciója 111
bioetika 29, 99
– szerepe 42
biogenetikai alaptörvény 322, 333
"bizonyítás a bizonyítandóval" 36
bizonytalanság orvosi kommunikációban 147
BRESLOW, L.169
BUDA BÉLA 371
BUSH, GEORGE 231

C, CS

cadaver donor 481
– –, hozzátartozó jogai 484
CALLAHAN, DANIEL 171, 278–281
CAMPBELL, A. G. M. 453
CAMUS, ALBERT 379–380
capitation 213
carcinoma 350
Cardozo 274
CATO 376
CBA 187
CICERO 74
civilizációs betegségek 116, 144
CLAYTON, D. 559
CLINTON, WILLIAM 232
COBBE, FRANCES POWER 534
COLEMAN 117
coma dépasse 480
–, irreverzíbilis 325, 397
„conracting in" 485
„– out" 487
consortium 189
corticalis agyszületés 334
cost : benefit analysis 187
Cruelty to Animals Act 549
cselekvõképtelen beteg kezelése 139
– – kezeléséről való lemondás 460
cselekvõképtelenség 136
– megállapítása 137

D

DANIELS, N. 279–281
DARWIN, CHARLES 517, 552
darwini természetfelfogás 517
DAWKINS, R.118
de facto cselekvõképesség 138
– jure cselekvõképesség 138
definitív orvosi technológia 163
Deleon, Diane és Dione, eset 474
demedikalizáció igénye 163
demográfiai változások 160
deon 45
deontológia 45
deontológiai etikai rendszer 45
– – – kritikája 55
– – –, kvázi 55
deprofesszionalizáció 163
DESCARTES, RENÉ 515–516
deskriptív etika 27
diabeteshajlam 117
differenciaelv 203
„differenciális termékenység" 297
distressz 540
diszkomfort 540
DNR 438
„do not resuscitate" 438
DONCEEL, J. F. S. J. 302
DONNE, JOHN 377
donor, élõ 471
– gondozás 482, 493
– kártya 485
DOSZTOJEVSZKIJ, FJODOR 47
Draize-teszt 512, 522
„drapetomania" 122
DRG 214
dualizmus 511
DUFF, R. S. 453
DURKHEIM, ÉMILE 382–383
„dysaesthesia aethiopis" 122

E

egalitariánus felfogás 201
egész-agyhalál 324, 328
egészség definíciója 111
– –, kiterjesztés 162
egészség definíciója, naturalista 112
– –, normativista (szociokulturális) 121, 124
– –, szociokulturális 121
–, egyéni felelõsség problémája 162, 167
– fenntartása 164
– károsító életmód megítélése 167
–, normál 120
– orvosi modellje 112
– utopizmus 162
egészséges életmód jellemzõi 169
egészségnevelés 169
egészségügy költsége 159
–, magán 218
– modernizálódása 158
– szerepe egészség fenntartásában 164
egészségügyi ellátás, ingyenes 161
– – joga 199, 583
– –, közfinanszírozású 204, 211
– –, szabadpiaci 204, 205, 206
– közgazdaságtan 181
egyetemes jog 92
egyszerû beleegyezés 127
EINSTEIN, ALBERT 523
élet alany 537
– meghosszabbítására törekvés 399
– pénzbeli értéke 187
– – –, meghatározása 189
– szentsége 401
életbiztosítás 188
életév, megmenthetõ 251, 275
életfenntartó kezelés 160
– – elmulasztása cselekvõképtelen személy esetén 460
– – – újszülöttkorban 455
– – visszautasítása 431, 433
életképessé válás 309
életkereset 190
életkor 275
életmentõ eszközök elosztásának kritériumai 246, 284
– kezelés visszautasítása 449
életminõség 403, 458, 469, 467
–, várható 253
életminõségre standardizált életévek száma 191
élettartam 165, 169
–, természetes 278

életveszély 248
elhalasztott beleegyezés 573
eljárási szabály 42
elmebeteg szervdonor 473
élõ donor 471
– végrendelet 434
elõíró etika 28
élõlény morális jogai 538
élve születés 312
ember mint öncél 81
– tisztelete 622
emberen való orvosbiológiai kutatások nemzetközi irányelvei 622
emberi környezet mesterséges jellege 116
– méltóság tiszteletben tartásához való jog 584
– személy tisztelete 81
emberkísérlet 548
–, kísérleti alany tájékoztatása 569
– nemzetközi irányelvei 622
emberölés mulasztással 456
embryonalis szövet terápiás felhasználása 501
emlõrák kezelése 148, 563
end stage renal disease 469
ENGELHARDT, T. H. JR. 42, 326, 400
ENGLISH, JANE 312–315
epigenezis 302
érdek utilitarizmus 60
eredményszavatossági szerzõdés 103
erényetika 89
érett kiskorú 138, 432
érkezési sorrend 273
erkölcs 30
– pszichológia 27
– szociológia 27
erkölcsi axióma 40
– érvelés 35
– jog 91
érték 59
– elmélet 59
–, inherens 537
értékítélet 35
értelmi fogyatékos szervdonor 473
érzõképesség 515, 524
– kísérleti élõlényben 547
– kritérium 321
– – kritikája 323
ESRD 469
esszencia 73
ethosz 27
etika 27
–, alkalmazott 29
–, általános 29
–, analitikus 28
–, bio 29
–, deskriptív 27
–, elõíró 28
–, erény 89
–, leíró 27
–, meta 28
–, normatív 28
–, –, részei 29
–, orvosi 29
–, preskriptív 28
–, szituációs 89
etikai bizottság, kórházi 434, 602
– fegyelmi eljárás 606
– hedonizmus 59, 60
– vakság, kondicionált 552
eudaimonizmus 59
eutanázia 395
–, aktív 405, 415
–, –, elfogadása 418
–, –, elutasítása 420
–, bátorított 421
– beteg beleegyezése nélkül 427
– definíciója 403
–, direkt 414
–, diszkriminatív 421
–, „helyettesített döntésû” 421
– Hollandiában 424
–, indirekt 414
–, kriptanázia 420
– magyar jogi szabályozása 446
– önkéntessége 404
–, passzív 405, 415, 430, 456
– társadalmi következményei 416
evolúció 518
exagógé 375

F

fájdalom 540
fajtipikus jelleg 113

fee for service 162, 213
fejkvóta 213
fejlõdési rendellenesség, súlyos 450
– –, –, jogi helyzet 456
fél definitív orvosi technológia 163
félelem 541
– haldoklástól 400
felelõsség 316
–, negatív 408
feltételezett beleegyezés 487
– – Magyarországon 489
fertõzõ betegségek 164
„Fiat justitia, pereat mundus!" 46
fitness, inkluzív 118
fix fizetés 213
fizetési hajlandóság 190
fizetõképesség 269
fogalom meghatározás 35
– átértelmezés 36
fogamzásgátlás katolikus megítélése 300
– története 295
fogyatékos gyermek kezelése 456
– – nevelése 458
folyadékpótlás megszüntetése 444
FOOT, PHILIPPA 408
formális egyenlõség elve 106
FREUD, ANNA 146
–, SIGMUND 145
FRIED, CHARLES 184
FRIEDMAN, D. D. 201
future market 494

G, GY

Gauss-görbe 112
Genfi deklaráció 614
gerincsérv kezelése 451
GLOVER, J 185
gnoszeológia 28
GOLDENRING, J. M. 330–332
GONSALVES, M. A. 387
GROTIUS, HUGO 31, 74
gyógyíthatatlan beteg felvilágosítása 349, 365
gyomor-bél tractus hiánya 450

H

Haeckel-törvény 322, 333
haemodialysis 469
halál 160, 478
– definíciója 306
– megállapítása 478
–, természetes 328
halálfélelem 361
haldoklás folyamata 363
haldoklástól való félelem 400
HALSTED, WILLIAM STEWART 148
hamis általánosítás 39
HARE 80, 395
Harlow-kísérlet 523
hasznosság 103
hatósági adatszolgáltatás 594
hátrányos helyzet 88
hazugság, jótékony 351
HBCS 214
hedonizmus, etikai 59, 60
Helsinki deklaráció 617
„helyettesített döntés" 435
hipotetikus imperatívusz 76
HIPPOKRATÉSZ 158
hippokratészi eskü 613
HITLER, ADOLF 273, 403
HOBBES, THOMAS 84
– típusú szerzõdéselmélet 84
Holmes-per 241, 213, 274
HOLTER, JOHN 451
– billentyû 451
holttest szerveinek transzplantációja 469
homogén betegcsoportok 214
homoszexualitás 122
hozzátartozókkal való kapcsolat beteg halála után 371
human capital 190
HUME, DAVID 377–378
hylomorfista elképzelés 301

I

idõsek arányának növekedése 160
igazságosság 106, 622

igazságosság egészségügyben 157, 216
– –, tradicionális felfogás 158
– elmélet 85, 86
immunsuppressiv terápia 469
IMRE JÓZSEF 152
in vitro kísérlet 546
informed consent 153
ingyenes egészségügyi ellátás 161
inherens érték 537
„inkluzív fitness" 118
inkompetens beteg 433, 439
innocens 401
instrumentális érték 59
intracranialis vérzés, újszülöttkori 451
ipari állattenyésztés 513
irgalmas szamaritánus 104
izgalom 541

J

JAMES, WILLIAM 483
Jehova Tanúi felekezet 141
Jesse-eset 257
JÉZUS 376, 383, 385, 401, 409
„jó beteg" 578
jog 30, 90
– abszolút volta 94
– egészségügyi ellátásra 199
–, egyetemes 92
– elidegeníthetõsége 93
–, erkölcsi 91
– kezelés visszautasítására 588
– magánszférához 592
–, morális 91
–, negatív 91
– orvosi feljegyzések megtekintéséhez 591
– – titoktartáshoz 592
– öngyilkosságról 390
–, pozitív 91
–, speciális 92
– természetes élettartamhoz 275
–, törvényadta 91
jogképesség 93
„jogok nyelve" 95
jogpozitivista felfogás 30
jóléti utilitarizmus 60
jótékony hazugság 351
– – elterjedtségének okai 360
– – kritikája, deontológiai 352
– – –, utilitarista 354
jótékonyság 103, 622
–, pozitív 103
JUSTINIANUS 164

K

KANT, IMMANUEL 45, 46, 76, 77, 78, 81, 82, 378–379, 386
– típusú szerzõdéselmélet 85
kártérítés mértékének meghatározása 188
kategorikus imperatívusz 81, 83
KATZ, J. 128, 147, 148
kegyes hazugság 351
keletkezési ok érvként alkalmazása 37
KELSEN, HANS 31
kemény sorolás 171, 177
keresztény felfogás öngyilkosságról 386
kettõs hatás elve 48
– – –, alkalmazás kritériumai 49
– – –, értékelés 52
– vak próba 570
kezelés elmulasztása eutanázia céljából 428
– orvosi haszna 246
– sikerességének valószínûsége 250
– visszautasítása 140, 449, 588
– visszautasításához való jog 588
KILNER, J. F. 246, 286
KINSEY, A. C. 122
kísérletezés állaton 512, 531, 538
– emberen 557
kísérleti alany jogai 598
– – kiválasztása 283
– – tájékoztatása 569
– állat 512
kiskorú beleegyezése 590
–, érett 138, 432
– szervdonor 473
klinikai kísérlet 557
„kódexetika" 29, 579
KOLBE, MAXIMILIAN 383
kompenzált szervadományozás 498
„kondicionált etikai vakság" 552

KONFUCIUSZ 83
konzekvencialista etikai rendszer 45, 58
– – – értékelmélete 59
KOPELMAN, L. 570
koraszülöttek ellátása 160
kórház 576
– szerepe hagyományos orvoslásban 158
– – modern orvoslásban 159
kórházi etikai bizottság 602
– ombudsman 601
költség egészségügyben 159
– haszon elemzés187
– hatékonyság elemzés 191
kötelesség 56, 91
„kötelezõ kérdés” 485
– választás elve 492
közegészségügyi szükséghelyzet 135
közérdek 594
közfinanszírozású egészségügyi ellátás 204, 211
kriptanázia 420
kritikus antropomorfizmus 539
KUHSE, HELGA 456
kuratív szemlélet 163
KÜBLER-ROSS, ELIZABETH 362–364
kvázi-deontológiai elmélet 55

L

LACTANTIUS 401
„laissez faire” 200
laktózintolerancia 115
LD50 toxicitási teszt 512
legalisztikus tájékoztatás 368
leíró etika 27
liberális felfogás 202
libertariánus felfogás 200
LISTER, JOSEPH 557
living will 434
LOCKE, JOHN 91, 386
„locked-in-state” állapot 398
logosz 45
LORBER, JOHN 451–454
LORENZ, KONRAD 519

M

MACKIE 79
MADÁCH IMRE 344
magán egészségügy 218
– szféra 592
magzati szövet terápiás felhasználása 501
makroallokáció 157
mastectomia 148
maszturbáció 122
maxima 76
„maximin”-elmélet 87
MAYNARD, A. 195
McFall versus Shimp per 318
megbízási szerzõdés 103
menstruáció 117
mesterséges táplálás megszüntetése 444
metaetika 28
MICHELANGELO BUONAROTTI 303, 515
mikroaalokáció 157, 241
– kritériumai 246, 284
MILL, JOHN STUART 60, 101
MONTAIGNE, MICHEL 377
morális felelõsség betegségért 266
morális jog 91
MORUS TAMÁS 377
motiváció 81
mûszerv 468
mûvi abortus 293

N, NY

NAGEL, THOMAS 476
naturalista egészségdefiníció 112
„ne árts!” 101
negatív felelõsség 408
– jog 91
nélkülözhetetlenség 263
neocorticalis agyhalál 325, 480
NEWTON, ISAAC 111–112
no-fault kártérítési rendszer 606
nomosz 30, 99
normál egészség 120
normatív etika 28
– – részei 29

normativista (szociokulturális) egészségdefiníció 121, 124
NOVACK, D. H. 361
NOZICK, ROBERT 200
nõ önrendelkezési joga 312
nyílt ösztönkör 519

O

OATES 382
objektív felvilágosítási standard 131
O'KEEFFE, T. M. 386–387
OKEN, D. 350, 360–361
ombudsman, kórházi 601
„onanysmus" 122
„opting in" 485
„– out" 487
oregoni módszer 221
– – kritikája 229
ORIGENÉSZ 401
original position 86
orvos beteg viszony átalakulása 579
– halálfélelme 361
– tájékoztatási kötelezettsége 349
orvosetika alapelvei 99
– –, nehézségek 107
orvosi ethosz 161
– etika 29
– – nemzetközi kódexe 615
– kommunikáció bizonytalansága 147
– technológia fejlõdése 160, 399
– tevékenység finanszírozása 212
– titoktartás 592
– –, kivételek 595
– – megszegése, kötelezõ 594
– – – beteg beleegyezésével 595
orvosilag haszontalan kezelés 445
„osmidrosis axillae" 115
osteosarcoma kezelése 563

Ö

ökológiai világszemlélet 511
öncél 81
önérték 59, 537
önfeláldozás 382
öngyilkosság 375
– elfogadása 387
– elutasítása 388
– fogalma 381
– jogi szempontból 390
– libertariánus felfogása 389
– megítélése, erkölcsi 386
– –, humanista 387
– –, keresztény 386
– –, történeti 375
önkényes fogalomátértelmezés 36
önrendelkezési jog eutanáziát illetõen 417
öntörvényuûség 99
öntudat 458
ösztön 519
– kör, nyílt 518
– –, zárt 519

P

palliatív terápia 163
PARSONS, TALCOTT 27, 120–122
passzív eutanázia 405, 415, 430, 456
peer-rewiev 213
pénzbeli érték 187
perzisztens vegetatív állapot 325, 397
petitio principii 36
IX. PIUS PÁPA 301
placebo 570
PLATÓN 375, 400
plurális erkölcsi rendszer 41
Poland, Audrey, eset 475
POLCZ ALAINE 356
polgári engedetlenség 32
polip opticus-mirigye 118
politeista társadalom 42
POPPER, KARL 202
potencialitás argumentum 307
pozitív beleegyezés 485
– jog 91
preferencia utilitarizmus 60
preformizmus 301
premissza elhagyása 39
prerandomizáció egyik csoport felvilágosításával 571
– részleges felvilágosítással 572

prerandomizáció teljes felvilágosítással 571
preskriptív etika
prima facie jog 94
– – kötelesség 56, 107
„primum non nocere” 101, 471
principalizmus 99
prioritások, egészségügyi 221
procedúra 42
pszichológiai stabilitás 255
PUFENDORF, SAMUEL VON 31
puha sorolás 171
– – angol egészségügyi rendszerben 174
– –, példák 172

Q

QALY 191
– kritikája 195
– –, etikai 196
– módszere 192
– számítás, példák 194
quality adjusted life years 191
Quinlan, Karen Ann, eset 395

R

RACHELS, JAMES 405–410, 415, 418, 419, 429, 520
RADCLIFFE, JANET R. 497, 499
rák 350
– beteg jogai 599
randomizáció erkölcsi megítélése 568
randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet 557
– – – – abbahagyása 564
– – – – betegtájékoztatás nélkül 570
– – – – etikai problémái 559
– – – – jogosultsága 561
– – – – típusai 570
rasszizmus 93
rationing 241
RAWLS, JOHN 85–89, 107, 203
REAGAN, RONALD 204
REGAN, TOM 536–539
Remmelink-jelentés 426
rendkívüli eszköz 442
„required request” 485
ROSS, W. D. 55–56, 107
– elmélet 55
„rossz beteg” 578
– prognózisú betegség 349
ROUSSEAU, JEAN-JACQUES 552

S, SZ

Salgo-per 129
SALT, HENRY 534
„salus aegroti suprema lex esto” 105, 158, 559
SARTRE, JEAN-PAUL 380
SCHOPENHAUER, ARTUR 379
SCHWARTZ, W. B. 176
SCHWEITZER, ALBERT 273
sclerosis lateralis amyotrophica 396
SCOTT, ROBERT FALCON 382
sejtszintû élet 305
SENECA 375, 376
SHAFTESBURY GRÓF 534
SHAW 407
–, G. B. 83
SINGER, PETER 456–458, 521, 524–525, 531–532, 535–539, 552
SLA 396
sorolás 170
–, kemény 177
–, puha 171
sorsolás 272
speciális jog 92
Sphex 520
spina bifida kezelése 451
statisztikai élet megmentése 185
statisztikailag leggyakoribb 112
STERM-GILLET, SUZANNE 385
Strunk, Tom, eset 473
subject of a life 537
sürgõs orvosi beavatkozás 135
SWIFT, JONATHAN 280
szabadpiaci egészségügyi ellátás 204, 205
– – – kritikája 206
szabály utilitarizmus 66
„szakértelem generalizálódása” 38

szakértõ 38
szakmai érdek 595
– felvilágosítási standard 131
számítógépes szimulációs vizsgálat 547
szándék 317
SZASZ, THOMAS 121, 380–381
szelekció elutasítása 243
– szempontjai 246
szelektív kezelés 453
személyesen ismert élet megmentése 185
szervadományozás, kompenzált 498
szervárusítás 494
szervátültetés 467
szervdonor, anencephal újszülött 504
–, elmebeteg 473
–, élõ 471
–, –, szabályozás Magyarországon 472
–, értelmi fogyatékos 473
–, halálra ítélt 483
–, kiskorú 473
– önkéntessége 475
szervezeti szintû élet 305
szervkivétel élõ személybõl 471
– – – Magyarországon 472
– – –, vallási szempontok 471
– holttestbõl 481
szervpiac 494
szervpótlás lehetõségei 468
szerzõdés, eredményszavatossági 103
–, megbízási 103
szignifikanciaszint 565
szimulációs vizsgálat 547
szituációs etika 89
szociális deprivációs kísérlet 523
szocialista egészségügyi felfogás 201
szociokulturális egészségdefiníció 121
szokásos eszköz 442
SZÓKRATÉSZ 375, 383, 385, 386
szövetátültetés 467
szpécieszizmus 93, 323, 522
– kritikája 526
szubjektív felvilágosítási standard 132
születés 311

T

tabula rasa 27
tájékozott beleegyezés 127, 128
– – fogalma 130
– – kísérletbe 623
– – kommunikációs aspektusai 145
– –, lemondás tájékoztatásról 135
– – Magyarországon 152
– – megszerzésének gyakorlati problémái 150
– – nehézségei 142
– – pszichológiai aspektusai 145
– – szükségtelenségének esetei 135
– beleegyezéshez való jog 585
tájékoztatás elutasítása beteg részérõl 368
– – család részérõl 369
–, legalisztikus 368
támogató környezet 257
tanatológia 363
társadalmi hasznosság 259
– szerzõdés 84
– – elméletei, HOBBES típusú 84
– – –, KANT típusú 85
társadalom egészsége 123
tartós meghatalmazott 435
TAYLOR 165
tekintélyérv 38
teleológiai etikai rendszer 45
tényítélet 35
terápiás privilégium 136
terhes anya jogai 596
terhesség természetessége 317
természetes élettartamhoz való jog 277
– halál törvénye 328
természetjog 30, 73
TERTULLIANUS 301, 376, 383, 401
területi elv 261
tett utilitarizmus 61
– – kritikája 63
tevékenységfinanszírozás, tételes 213

thanatosz 403
THATCHER, MARGARET 204
THOMPSON, JUDITH JARVIS 313–314, 320, 337
TOOLEY, MICHAEL 308, 311
totalitás 471
törvény elutasítása lelkiismereti okból 31, 32
törvényadta jog 91
transzplantáció 467
–, állati szerv 468
– dokumentálása 500
– holttestbõl 469
transzplantációs koordinátor 492
TROTTER, WILFRED 38
„tudatlanság fátyla" 86
TWADDLE 120

U

univerzalizáció 76
– 3 fázisa 79
– kritikája 78
utilitarizmus 60
– értékelése 68
– kritikája 66
–, preferencia 60
–, szabály 66
–, tett 61
–, welfare 60

V

vak próba 570
valószínûség 151
VEATCH, R. M. 423, 500
vegetariánizmus 532, 533
véletlenszerû kiválasztás 272
veseátültetés 469
veseelégtelenség 469
„visszarendelési kötelesség" 135

W

welfare utilitarizmus 60
WHITLEY 564

X

xenotranszplantáció 468

Z

zárt ösztönkör 519

A könyv 1. kiadása 1997-ben jelent meg, s széles körben használták az egyetemi oktatásban, ill. a posztgraduális egészségügyi menedzserképzésben. Jelen második kiadása az első átdolgozása, amit az tett szükségessé, hogy az eltelt majdnem két évben számos, az orvosi etikát is érintő változás történt Magyarországon. Az 1997-es egészségügyi adatvédelmi törvény, az új egészségügyi törvény, az 1998-as Magyar Orvosetikai Kódex lényeges változást hozott a hazai orvosi gyakorlat jogi és etikai kereteiben. Számos olyan elv, mely a könyv első kiadásában csak mint kívánatos etikai norma jelent meg, de ami jogilag akkor még nem volt elérhető Magyarországon (pl. élő végrendelet, életfenntartó kezelések bizonyos formáinak visszautasíthatósága, a főbb betegjogok listája, a betegjogi képviselő intézménye stb.) azóta jogilag is elfogadott lett. A könyv szerzője – aki felkért szakértőként maga is egyik kidolgozója volt az új egészségügyi törvénynek – az említett változásokat figyelembe véve frissítette fel a könyv anyagát, utalva az 1997 óta bekövetkezett etikai és jogszabályi változásokra.

Az első kiadás recenzióiból.

„...ezen nagyszabású mű megjelenésével új fejezet kezdődött el a hazai orvosi etika és bioetika történetében. A munka az általános és az orvosi etika szilárd klasszikus alapjaira épülve tárgyalja a modern orvosi etika szinte minden jelentős kérdését, bátran szembenézve a legkényesebb és legkritikusabb problémákkal is."

Miklós Péter, Magyar Bioetikai Szemle

„A könyv tartalmi gazdagsága, a témák elemzésének mélysége s különösen a bioetika filozófiai-kritikai módszerének következetes alkalmazása kiemelkedővé teszi a munkát... A szűkebb szakma nagyon várta ezt a könyvet, ám jó szívvel ajánlom mindazoknak, akik modern bioetikát tanulnak vagy problémáikban orvosként, páciensként érintettek. Javasolható azok számára is, akik bioetikai kutatásba fognak, mert jó kiindulást jelentő és immár nélkülözhetetlen művet vehetnek a kezükbe."

Jenei Ilona, Lege Artis Medicinae

„ ...korszerű, színvonalas és átfogó kötet az orvosi etika alapjairól. ... Kovács József könyve elsősorban az orvosi egyetemek bioetikai stúdiumai számára íródott, de célja az egészségügyben dolgozók és az orvosi etika iránt érdeklődők ismereteinek bővítése és erkölcsi kérdések iránti érzékenységének növelése is. Magyarországon alkotmánybíráktól parlamenti képviselőkön át joghallgatókig egyre többeket foglalkoztat a kérdés, hogyan érvényesíthetők az alkotmányos jogok az egészségügyi ellátás során. Számukra kötelező olvasmány A modern orvosi etika alapjai című kötet.

Fundamentum

„...a könyv koherens, egységes építkezésű, jól tagolt, világos, eleven szöveg, egyszerre didaktikus és messze tekintő munka, amely a szó legnemesebb értelmében tankönyv, ugyanis minden orvos, mindenki, akinek az egészségügyhöz köze van, kézbe kell, hogy vegye... Nem kell jóstehetség annak kijelentéséhez, hogy a jövő demokratikus társadalmában, az emberi jogok és az egészségügyben a fogyasztói „autonómia" felértékelődése egyre nagyobb súlyt tulajdonít a bioetikának a mindennapi egészségügyi munkában, különösen az orvosi gyakorlatban. Erre a változásra Kovács József könyve felkészít és érzékennyé tesz."

Buda Béla, Szenvedélybetegségek

4600 Ft
ISBN 963 242 624 X
9 789632 426242