

Gondozás az élet végső szakaszában

Etikai és gyakorlati szempontok¹

Bevezetés

Száz évvel ezelőtt egy betegség lefolyása egészen más volt, mint manapság. Száz évvel ezelőtt, ha valaki megbetegedett, állapota rohamosan romlott a diagnózis elégtelensége és a megfelelő kezelés hiánya miatt. Elég, ha az akkoriban oly gyakori fertőző megbetegedésekre gondolunk. Az élet végső szakaszában a menthetetlen betegek szerény, rövid ideig tartó gondozásban részesültek, mivel a halál korán beállt.

Mennyire más a helyzet manapság! Természetesen nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy én most különösen a hollandiai és a nyugat-európai helyzetre gondolok. Az orvosi diagnosztika és a kezelés rengeteget javult az agyagi és gazdasági helyzet szinte állandó fejlődése következtében úgy, hogy az átlagéletkor emelkedésével kapcsolatos váradalmak is jócskán megnövekedtek. Az átlagéletkor határa napjainkban Hollandiában 76,2 év a férfiaknál (Romániában 67 év!), és 80,9 év a nőknél (Romániában 74,2 év). Az életkor-határ kitolódásával azonban nemcsak az egészségben eltöltött évek száma növekedett meg, hanem azoknak az éveknek a száma is, amikor szembesülnünk kell a krónikus betegségek következményeivel. Olyan helyzetekre gondolok elsősorban, amikor a betegségek következményeit részben orvosolni, enyhíteni lehet, de teljes gyógyulás már lehetetlen. Ez a különösen a nyugati világra jellemző folyamat az egészségügyi rendszert igencsak megterheli. Az az egészségügyi rendszer, amelyik különösképpen arra rendezkedett be, hogy a betegségeket feltárja és gyógyítsa, ahol a sikertelen vagy eredménytelen beavatkozás természetes módon a beteg halálához vezetett, nincs berendezkedve a krónikus betegségben szenvedők évekig tartó kezelésére és gondozására, sem a hónapokig vagy éppen évekig tartó, az élet végső szakaszát megkönnyítő palliatív² gondozásra. A kialakult helyzetben szükségessé vált a beteggondozás más alapon történő, és más megközelítés szerinti megszervezése. Ebben a tekintetben nem elhanyagolható szempont az egyre növekvő társadalmi elégedetlenség a szinte teljesen technikaivá vált egészségüggyel szemben, mely a *betegségek* kezelésében ugyan nem ismer határokat, de semmit nem törődik azzal, hogy a *betegen* valóban képes-e segíteni, vagy csak szenvedését hosszabbítja meg.

¹ Elhangzott Fugyivásárhelyen, a Studium Academicum 2005. október 28–29-én, az *Etikai kérdések (eutánázia, magzatelhajtás, géntechnológia) és keresztyén válaszok a szekularizált Európában* címmel tartott konferencián.

² Palliatív = csak a tüneteket enyhítő és nem a baj megszüntetésére irányuló (intézkedés, gyógymód). (Szerk.)

A fokozatosan bekövetkező változás már az ötvenes években oda vezetett, hogy az élet végső szakaszában nyújtandó gondozás megszervezésére egyre több figyelem összpontosult. Reménytelen esetekben többé már senki sem elégedett meg az általánosan ismert orvosi szófordulattal: „Sajnos, többet nem tehetek önért, nem szükséges újra eljönnie.”

Az idén (2005) elhunyt Dame Cicely Saunders azon orvosok egyike volt, akik ezt a helyzetet elfogadhatatlannak tartották. Saunders doktornőre úgy tekinthetünk, mint a modern hospice-mozgalom, és az ebből kifejlődő palliatív gondozás egyik élharcosára, mely először Angliában indult meg, majd kiterjedt az egész világra.

A palliatív gondozással együtt megindult az eutanázia körüli vita is. A palliatív gondozás terén végbement változások iránti közömbösség miatt az eutanázia-vita különösen Hollandiában vált élessé, és olyan méreteket öltött, hogy a 80-as és 90-es években a társadalom megosztásához vezetett.

Mielőtt azonban tovább lépnénk, az elmondottak alapján azokat a témaköröket sorakoztatom fel, amelyek mentén az általunk felvetett kérdés kibontható:

1. Bibliai és etikai jegyzetek általában a betegellátással, de különösen az élet végső szakaszában nyújtandó gondozással kapcsolatban, bibliahű keresztyén megközelítésben.

2. Az ítéletalkotás módja: orvosi döntéshozatal az élet végső szakaszában.

3. Eutanázia-gyakorlat Hollandiában.

4. Palliatív gondozás.

5. Palliatív szedáció (palliatív, vagy végső érzéstelenítés).

6. Eutanázia vagy palliatív szedáció.

1. Bibliai és etikai jegyzetek

A betegellátás általános, de különösen az élet végső szakaszára vonatkozó kérdéseinek tárgyalásához, keresztyén szempontból elengedhetetlenül szükséges előbb néhány bibliai és orvosetikai megjegyzést tennünk. Ezek a következők:

- ◆ Az élet tisztelete, mely az életet teremtő Isten iránti tiszteletből fakad.
- ◆ Az ember, akit Isten a maga képére és hasonlatosságára teremtett, olyan felelős lény, aki autonóm módon hoz ítéletet az Isten által megszabott határokon belül. Elég, ha sáfári megbízatásunkra, vagy a Tízparancsolat ígéinek kötelező érvényére gondolunk. Az a feladatunk, hogy az Istentől nyert élet iránt tiszteletet tanúsítsunk, azzal gondosan bánjunk, mert Isten azt nekünk ajándékozta, és reánk bízta. Ez vonatkozik saját életünkre is.
- ◆ A Jézus Krisztusban nyert váltság alapján azt a hivatást kaptuk, hogy az Ő követői legyünk, s ennek konkrét megmutatkozása az Isten és az ember-társ iránti szeretetből fakadó szolgálatkészség, könyörületesség és érzékenység, olyan magatartás, amely arra törekszik, hogy enyhítse az emberi élet minden nyomorúságát és szenvedését.

A felsorolt bibliai gondolatok olyan orvosi-etikai alapelvekhez vezetnek el, amelyek az élet végső szakaszában nyújtandó gondozás tekintetében minden keresztyén számára eligazító jellegűek kell hogy legyenek:

- ◆ Az ellátásra-gondozásra szoruló ember oszthatatlan egység, a test, a lélek és a szellem egysége. Ez azt jelenti, hogy a gondozásban figyelmet kell fordítani az ember életének valamennyi megnyilvánulására, meg kell őrizni a testi, szociális, pszichikai és világnézeti aspektusok között fennálló egyensúlyt.
- ◆ Az élet Istene iránti tisztelet következményeként nem szabad megfélemlkezni arról, hogy maga az életet ajándékozó Isten szabott korlátot az ember földi életének.
- ◆ Az önrendelkezéséhez való jog (autonómia) központi jelentőségű elvnek tekintendő, függetlenül az egyén világnézetétől. Ugyanakkor ebben a vonatkozásban is a legfőbb vezérlő elv az Isten parancsolatainak való engedelmesség, és az élet Istene iránti tisztelet marad. Ha az önrendelkezéshez való jog eutanáziához vezetne, szilárd meggyőződés, hogy keresztyén szempontból minden ilyen irányú igény teljesíthetetlen.
- ◆ Az önrendelkezéshez való jogon túl még három olyan általánosan elfogadott etikai követelmény létezik, amelyeknek csorbítatlanul eleget kell tenni. Ezek a következők: jót tenni (beneficence), nem ártani (non-maleficence) és igazságosnak lenni (justice). Úgy tűnik, hogy egyes országokban az autonómia princípiuma lett az a legfőbb elv, mely a másik három követelménynek egyértelműen fölébe kerekedett (így pl. Hollandiában!). De az autonómia nem különülhet el és nem válhat függetlenné olyan más értékektől, mint amilyen a szabadság, a lojalitás, a barátság és a hit. Az önrendelkezéshez való jog csakis a felsoroltakkal való viszonyban érvényesülhet. Ehhez a kérdéshez még visszatérünk, amikor az eutanázia korlátozásának szükségességéről szólnunk.
- ◆ A proporcionalitás elve központi jelentőségű: minden orvosi cselekmény esetén számot kell vetni a kezeléssel járó teher és fáradtság, valamint a kezelés alapján várható eredmény arányával, egymáshoz való viszonyával.

Az eddig elmondottakat talán két kifejezés segítségével foglalhatjuk össze úgy, hogy az könnyen megjegyezhetővé váljon: *élet és jólét*. Minden egyes cselekmény elvégzésekor, még az élet végső szakaszában is, a gondozásra szoruló életét és jólétét kell szem előtt tartanunk.

Az említett orvosi-etikai alapelvek figyelembe vétele alapvetően meghatározza az élet végső szakaszára vonatkozó döntéseinket. Ezért nem bocsátkozhatunk addig az eutanáziával és a palliatív gondozással kapcsolatos kérdések tárgyalásába, amíg előbb az ítéletalkotást és döntést befolyásoló és meghatározó különböző tényezőket sorban szemügyre nem vettük.

2. Az élet végére vonatkozó döntéshozatal

Az utóbbi évtizedben számos gyógyászati, de különösen onkológiai publikáció látott napvilágot, amely az ún. „shared decision making” (megosztott döntéshozatali) modellt úgy mutatta be, mint a felelős orvosi beavatkozás legbiztosabb módját. Ez a modell a döntéshozatalban résztvevő felek egyenlőségének elvéből indul ki, ahol lényeges momentum az információk feltárása és megosztása, a különböző igények (preferencia) bejelentése, hogy a felek jól megalapozott, átfogó jellegű, nagy körültekintéssel meghozott döntésre juthassanak. Orvos és páciens *együtt* dönt, természetesen ki-ki a maga szempontja szerint.

Tudományosan bizonyított, hogy véleményalkotásnak ez a módja, legalábbis a nyugati világban, kevesebb félelemmel és nagyobb elégedettséggel jár, ami a végső döntéshozatalt kedvezően befolyásolja. Kritika ott éri leginkább az említett modellt, hogy az teljes mértékben a nyugati kultúrában gyökerezik. Abban a kultúrában, ahol a pontos diagnózis és a várható fejlemények feltárása (prognózis) és megbeszélése a pácienssel (a gyermekekkel is) és annak családtagjaival természetes dolognak számít. A nem nyugati típusú kultúrákban egészen más a helyzet. Ott az orvosi szakvélemény nyílt kimondása a diagnózis és prognózis területén kemény és szívtelen magatartásnak minősül. Az őszinte véleménnyilvánítás megpróbálja a beteget, de a családtagokat is a gyógyulás minden reményétől – érvelnek sokan. A nem nyugati típusú kultúrákban az élet megszüntetésére vonatkozó döntés nem a beteget terheli, hanem mindenestől az orvos hatáskörébe tartozik, s legfennebb a család legidősebb tagja nyilváníthat véleményt egy újabb kezelés beindításában, vagy megtagadásában. Az egyéni önrendelkezési jog nem annyira meghatározó és mindenek fölélt való (abszolutizált), mint a nyugati társadalomban.

Függetlenül az élet végső szakaszát érintő döntéshozatal módozataitól, minden esetben a következő négy szempontot kell figyelembe venni és mértékadónak tekinteni:

- ◆ *Az orvosi diagnózis és prognózis* orvosi ismereten és tapasztalaton alapuljon, mégpedig nyilvánvalóan jól megalapozott (evidenced based) ismereten. A diagnózis és prognózis közlése, megbeszélése kultúrafüggő.
- ◆ *A szenvedés nagysága*, amit a beteg és környezete (családtagok, orvos és ápolószemélyzet) tapasztal.
- ◆ *A jogi keret*, amely az orvos-páciens viszonyt szabályozza. Gondoljunk például az engedélyezésekkel kapcsolatos követelményekre (az ún. „informed consent”-re = a kellő információ birtokában adott jóváhagyó nyilatkozatra) bizonyos kezelésekre, orvosi beavatkozások megkezdése vagy beszüntetése előtt, vagy az írásban rögzített akaratnyilvánításra (advanced directive) a betegségnek még abban a szakaszában, amikor a páciens képes közölni akaratát.
- ◆ *Az orvosi-etikai irányelvek, amelyek többnyire az érintettek világnézetétől függenek*: a páciens, a családtagok, a kezelőorvos és más egészségügyi szakemberek (a team) világnézetétől. Ez utóbbi aspektusra részben már

kitértünk, amikor az élet végső szakaszára vonatkozó kérdések kapcsán szót ejtettünk a keresztyén és a kultúrafüggő szemléletről.

A tapasztalat azt mutatja, hogy amennyiben a megosztott felelősséggel hozott ítéletalkotásban a fenti négy szempont érvényesül a beteg, az orvos és esetleg a családtagokkal folytatott beszélgetés rendjén, az élet végső szakaszát érintő kérdésekben hozott döntés, úgymint a gyógyszeres kezelés beszüntetése, a folyadék, illetve a táplálék művi úton történő adagolásának megtagadása vagy megszüntetése sokkal egyszerűbb, és az érintettek számára is könnyebben elfogadható.

Miután az élet végső szakaszában alkalmazandó gondozás kérdéskörét bibliai-etikai szempontból megvizsgáltuk, és az azzal kapcsolatos orvosi döntéshozatal módozatait is felmutattuk, az előadás további részében az eutanázia, a palliatív gondozás és a palliatív, vagy végső érzéstelenítés kérdéseire térek rá.

3. Eutanázia

A múlt század 80-as éveitől a hollandiai eutanázia-vita, de a közben kialakult eutanázia gyakorlat is a nemzetközi érdeklődés középpontjában áll. Sok tartalmas, de megannyi tartalmatlan, üres beszéd is elhangzott azóta, és jelent meg a média különböző orgánumaiban, nemzetközi szinten. Többnyire persze negatív értelemben. Sajnos, Hollandia ebben a tekintetben élharcosa lett egy olyan jelenségnek, mely keresztyén szempontból csak fájlaható.

Tények:

Az eutanáziával foglalkozó kormánybizottság 1985-ös jelentése szerint Hollandiában eutanázia alatt a következőket értették:

Az élet szándékos megszüntetése az érintettel nem azonos második fél által, az érintett kérésére. Ez a meghatározás az eutanáziáról szóló törvény feliratában is megjelenik, mégpedig: „Az élet önkezü kioltását szabályozó törvény, saját kérésre, segítségnyújtás igénybevételével” címmel. A hivatalos definíció szerinti *az érintettel nem azonos második fél* gyakorlatilag minden esetben az orvossal azonos. Az önkéntesség tehát alapvető előfeltétel. Ezzel az eutanázia az akaratukat kifejezésre juttatni képtelenek (öregkori elbutulásban szenvedők és csecsemők) esetében kizárt. Az utóbbi években azonban már arról folyik a vita, hogyan lehetne az akaratnyilvánításra képtelenek esetében, szigorú követelmények alkalmazása mellett, eutanáziát végrehajtani anélkül, hogy az törvénybe ütköző cselekedetté válna.

2002. április 1-jén életbe lépett a módosított eutanázia-törvény, de az eutanáziáról szóló fejezet a büntető törvénykönyv része maradt. Az eutanázia tehát rendkívüli orvosi cselekménynek minősül. A büntetőeljárás azonnali beindítását csak akkor kerülheti el az eutanáziát végző orvos, ha a törvényes előírásokat szigorúan betartja, eleget tesz az ún. *óvatossági kritériumoknak*. Az ellenőrzést minden esetben az öt Regionális Ellenőrző Bizottság valamelyike végzi. A bizottság tagjai, egy etikus, egy orvos és egy jogász, az ellenőrzést a kezelőorvos részletes jelentése alapján, egy második konzulens orvos, és a halottkém bevonásával vég-

zik. Ha az eutanáziát az érvényes rendelkezéseknek megfelelően hajtották végre, a Kormányhivatal az ellenőrző bizottság jelentése alapján nem indít büntetőeljárást az eutanáziát végző orvos ellen. Ha az ellenőrző bizottság megállapítja, hogy a törvény által előírt óvatossági kritériumok csorbát szenvedtek, a Kormányhivatal beindítja a büntetőjogi eljárást, és jelentést tesz az Egészségügyi Felügyelőségnek az esetleges fegyelmi kivizsgálás lefolytatására.

De melyek is azok a bizonyos óvatossági kritériumok?

- ◆ Létezik egy egyértelmű és alaposan megokolt kérés.
- ◆ Az elviselhetetlen és kilátástalan szenvedés ténye megállapítható.
- ◆ Alternatív kezelésre vagy megoldásra nincs kilátás.
- ◆ A páciens tudatában van a helyzetének (kimerítő felvilágosítás), és képes akarata kinyilvánítására.
- ◆ Egy független orvos bevonásának ténye megállapítható.
- ◆ A végrehajtás orvosi szempontból körültekintéssel (az óvatossági kritériumok szerint) történt.

Az utóbbi években jónéhány alkalommal folytattak kivizsgálást ténylegesen végrehajtott eutanázia esetekben. 2001 előtt 3500 esetben hajtottak végre eutanáziát (az összháálesetek 2,5%-a) a 9700 kifejezett eutanázia-kéréssel szemben. Az eseteknek kb. 60%-ban tehát nem került sor a végrehajtásra; több mint 50%-ban azért, mert a páciens már korábban meghalt. A kb. 20%-nyi végre nem hajtott, de kifejezetten eutanáziára vonatkozó kéréses esetben maga az orvos visszakozott, mivel nem lehetett eleget tenni minden óvatossági kritériumnak. Végkövetkeztésként megállapítást nyert, hogy az eutanáziát és az élet önkezü megszüntetését célzó segítséget az esetek többségében házi orvosok hajtották végre, illetve nyújtották 80 évnél fiatalabb rákos betegeknek.

A hétköznapi gyakorlatban két olyan jelenség mutatkozik, mely aggodalomra adhat okot:

- ◆ Elsősorban a hivatalosan be nem jelentett eutanázia-esetek magas százalékaránya: 2001-ben becslések szerint kb. 45%! A bejelentés elmulasztása két ok miatt történhet. Először azért, mert maga az orvos kételkedik abban, hogy minden lehetséges óvatossági kritériumnak megfelelő módon eleget lehetne tenni. Az orvos a bizonytalanság és a büntetőeljárástól való félelem miatt vállalja inkább a bejelentés elmulasztásával járó kockázatot. Másodsor, hogy az írásos jelentéssel járó rengeteg munkát elkerülje.
- ◆ Az eutanázia-esetek számának megnövekedése, dacára annak, hogy hiányzik a páciens arra vonatkozó kifejezett kérelme. Például olyan esetben, amikor az orvos (és a család) véleménye szerint az akaratnyilvánításra képtelen beteg elhordozhatatlan szenvedések között él, a javulás reménye nélkül. Ugyanakkor Hollandiában ma már a fogyatékkal született gyermekeknel végrehajtható eutanáziáról folyik a vita, amikor alig, vagy egyáltalán nincs kilátás a túlélésre; valamint az eutanázia alkalmazásáról az elbutulásban szenvedő betegeknel, akik elviselhetetlen szenvedések között

élnék, viszont korábban, a betegség lefolyásának még enyhe szakaszában, tudati állapotban, eutanázia iránti kérést nyújtottak be.

Amint már említettem, az eutanázia iránti kérést többnyire 80 év alatti rákos betegek nyújtják be, akiket valamilyen otthonban ápolnak. Az ilyen betegeknél véleményem szerint két csoport különböztethető meg. Az első, szerintem kisebb csoportba azok a páciensek tartoznak, akik betegségük kezdetén eutanáziát kérnek orvosuktól az előre látható, teljesen értelmetlen szenvedés elkerüléséért, meg azért is, mert a testi-szellemi teljes hanyatlás gondolatát elviselhetetlennek tartják. Olyan személyekről van itt szó, akik az életben mindig mindent maguk döntöttek el. Vágyuk az, hogy életükkel mindvégig saját maguk rendelkezzenek. Az önrendelkezés egyik végzetes, extrém formájáról van tehát szó, s ilyen esetekben a betegek inkább életük önkezü kioltásához kérnek segítséget, és nem az eutanáziát választják. A második csoportba olyan betegek tartoznak, akik gyógyíthatatlanok, elhordozhatatlan szenvedések között élnek, nem ritkán lelkileg is szenvednek, s éppen ezért tovább már nem bírják elviselni az életet. Határozott véleményem, hogy éppen az ilyen eseteken, ellentétben az első csoportba soroltakkal, a jó palliatív gondozás méltó alternatíva lenne, amit esetleg a palliatív vagy végső érzéstelenítés zárna le. A két utóbbi témát a következőkben részletesebben kifejtem.

4. Palliatív gondozás

A palliáció szó a latin *pallium*ból ered, mely palástot, köpenyt jelent. A palliatív gondozás célja az, hogy olyan hatást váltson ki, mint a beteg köré csavart köpeny. A palliatív gondozás ott alkalmazandó, ahol gyógyulásra, javulásra nincs kilátás.

A palliatív gondozás olyan orvosi-gyógyászati cselekmény,

- ◆ mely javítja a beteg és hozzátartozói életkörülményeit,
- ◆ (mely éppen az életet veszélyeztető különféle bajok következtében romlott meg)
- ◆ azáltal, hogy megelőzi, vagy megkönnyíti (elviselhetővé teszi) a szenvedést
- ◆ olyan eszközök igénybevételével, amelyek segítségével a baj idejében felismerhető, a fájdalomszint pontosan megállapítható, a fájdalom enyhíthető, és bármely más testi, lelki vagy világnézeti természetű probléma kezelhető.

Feltűnő, hogy ebben a meghatározásban sem a halál, sem a gyász fogalma nem szerepel. Pedig az élet végső szakaszában, az élet befejezésekor nyújtandó segítség és a gyász enyhítése igencsak része a palliatív gondozásnak. Valószínű, hogy az Egészségügyi Világszervezetben nem volt igény arra, hogy ezt a két feladatkört konkrétan megjelölje. Már csak ezért is úgy kell tekintenünk erre a meghatározásra, mint egy világszinten hozott kompromisszumra.

Cecily Saunders a palliatív gondozás missziói feladatát a következőképpen foglalta össze: *...fontos vagy, mert létezel; és fontos vagy életed utolsó pillanatá-*

ig; és mi minden tőlünk telhetőt meg fogunk tenni, nemcsak azért, hogy békében halhass meg, hanem hogy élhess egészen addig, amíg meg kell halnod.

A palliatív gondozás jellemzői a következők:

- ◆ információ, nyílt kommunikáció, a korábban vázolt módon megvalósítandó ítéletalkotás, döntéshozatal.
- ◆ Szeretet és megértés.
- ◆ Több területen megvalósuló szakmaiság, hogy a segítségnyújtás megfelelő módon és arányosan történjen a testi, lelki, szociális és világszemléleti szinten.
- ◆ A páciens/a környezete tényleges támogatása.
- ◆ A páciens/a környezete érdekében kifejtett ügyintézés.
- ◆ A gondozás és kezelés koordinálása.
- ◆ A gondozás és kezelés területén megvalósuló folyamatosság.
- ◆ A megelőzésre irányuló magatartás, úgy a fájdalom megszüntetésében és az egyéb tünetek kezelésében, mint a betegség lefolyása alapján várható fejleményekről nyújtandó tájékoztatás területén.

Összegzésképpen elmondhatjuk: a páciensnek, hozzátartozóinak és a segítséget nyújtó személyzetnek az élet végső szakaszában leginkább a következőkre van szüksége:

- ◆ Tájékoztatással nyújtott támogatásra.
- ◆ Leleki támogatásra.
- ◆ Gyakorlati/klinikai támogatásra.
- ◆ Ráfigyeléssel, törődéssel nyújtott támogatásra.

5. Palliatív szedáció (palliatív, vagy végső érzéstelenítés)

A legjobb palliatív gondozás ellenére is, mely a fájdalom és a nemkívánatos tünetek leküzdésében a lehető legtöbbet nyújtja, a beteg és a család számára is megfelelő támogatást biztosít, adódhatnak helyzetek, amelyekben elviselhetetlené válik a szenvedés, pl. a végórát élő betegben fellépő nagyfokú nyugtalanság, szorongás, vagy fulladási rohamok miatt. Ebben a helyzetben megengedett, hogy a beteggel és a családtagokkal konzultálva a beteget elaltassák (a tudati állapotot alacsony szintre szállítsák), hogy pl. a szorongás ne gyötörje és nehezítse meg a beteg utolsó napjait/óráit. Ha a betegség lefolyásának ilyen és hasonló jelenségeivel idejekorán tisztában vagyunk, még a kedvezőtlen fordulat beállta előtt felvilágosíthatjuk és felkészíthetjük a beteget a várható enyhítő beavatkozásra. Ennek viszont semmi köze az eutanáziához, hiszen az, amit palliatív szedációnak (palliatív érzéstelenítésnek) nevezünk, csak igen szigorú szabályok betartása mellett alkalmazható abban az esetben, ha az orvos megítélése szerint a betegnek már csak napjai lehetnek hátra, s a beavatkozás nem számít különleges orvosi cselekménynek.

Az eutanáziával ellentétben az efajta beavatkozás nem az élet megszüntetésére néz. A palliatív szedáció célja a másként nem kezelhető/enyhíthető tünetek

mérséklése az élet végső szakaszában. Ha a beavatkozásra sor kerül, akkor a folyadék és a táplálék művi adagolását is be lehet szüntetni.

6. Eutanázia vagy palliatív szedáció (palliatív vagy végső érzéstelenítés)

2001-ben a halálesetek 4-10%-nál alkalmaztak palliatív szedációt. Hollandiában orvosok bevonásával országos jelentés készült a palliatív szedáció alkalmazásának módozatairól azért, hogy az ne válhasson az élet megszüntetését célzó cselekmény olyan illegális alternatívájává, mely az eutanáziára vonatkozó törvényes procedúrát megkerüli.

Keresztyén szempontból a palliatív gondozás területén várható fejlődés, melynek végső szakasza a gyógyászati standard szerint alkalmazott palliatív szedáció lehet, megfelelő választ jelent a kialakult eutanázia-gyakorlatra. Figyelemre méltó az a lendületes fejlődés, amely Hollandiában az utóbbi tíz esztendőben a palliatív gondozás területén végbement, éppen az eutanázia törvényesítése következtében. Az is megfigyelhető, hogy az utóbbi években, éppen a nagyfokú változás eredményeként, az eutanázia iránti kérések száma csökkent Hollandiában. Kérdés, hogy vajon a palliatív gondozás további fejlődése képes lesz-e teljesen kiszorítani az eutanáziát? Véleményem szerint nem. Mindig lesznek olyan egyének, még ha nem is sokan, akik teljes életükben, el egészen az utolsó pillanattig, a döntés jogát maguknak akarják fenntartani, a legkiválóbb palliatív gondozás ellenére is. A keresztyének feladata viszont az, bárhol éljenek is, hogy a palliatív gondozás gondolatát és gyakorlatát támogassák, még akkor is, ha szerényebb körülmények között és szegényesebb eszközökkel történik, azzal a megfontolással, hogy ez a gondozás *a maradék napokhoz életet adjon, és ne az élethez toldjon napokat.*

Összegzés

E mostani előadás célja az volt, hogy az élet utolsó szakaszát megkönnyítő gondozás néhány vonatkozását feltárjam önök előtt. Előbb néhány bibliai igét vizsgáltunk meg, hogy azok segítségével megállapíthassunk az alapvető orvosi-etikai szempontokat. Majd az élet végső szakaszára vonatkozó ítéletalkotás és döntéshozatal kérdését világítottuk meg nem csak általánosságban, hanem a nyugat és kelet között fennálló kulturális különbözőség szempontjából is. A hollandiai eutanázia-gyakorlat ismertetését követően a palliatív gondozás és palliatív szedáció kérdésével foglalkoztunk. Nyilvánvaló, hogy keresztyén szempontból a szenvedés ténye sok más kérdést is felvet. Ezekre talán a megbeszélés rendjén lesz alkalmunk kitérni.