

DR. KÖMÜVES SÁNDOR

Az orvos által asszisztált öngyilkosság Svájcban.

A Svájci Orvostudományi Akadémia új orvosetikai irányelve:

A haldoklással és a halállal kapcsolatos kérdések (2018)

Összefoglalás ♦ *A Svájci Orvostudományi Akadémia A haldoklással és a halállal kapcsolatos kérdések (2018) címen kiadott irányelve újradefiniálta az életüket lezárni kívánó betegek gondozása során betölthető orvosi szerepkört. Minthogy Svájc azon kevés országok egyike, ahol szigorú feltételek teljesítése mellett jogilag megengedett az orvos által asszisztált öngyilkosság, különösen érzékeny pont az orvosi szerep tartalmában az asszisztált öngyilkossághoz való viszony. A Svájci Orvostudományi Akadémia ugyanakkor nem egyoldalú álláspont-módosítást vezetett be, sokkal inkább célja volt megjeleníteni azt a többszólamúságot, ami a svájci orvosoknak az asszisztált öngyilkossághoz való álláspontjában egyre inkább megmutatkozik. Az Irányelv asszisztált öngyilkosságot érintő passzusa nem meglepő módon erőteljes reakciókat váltott ki, ugyanakkor hozzájárul az életvégi döntéshelyzetekről folytatott intenzív svájci párbeszédhez.*

Physician-Assisted Suicide in Switzerland.

The new medical-ethical guideline issued by the Swiss Academy of Medical Sciences: *Management of dying and death (2018)*

Abstract ♦ *Management of dying and death (2018), the guideline issued by the Swiss Academy of Medical Sciences, redefined the physician's role with regard to the care of those patients who wish to end their lives. As Switzerland is one of the few countries where physician-assisted suicide is legal when certain strict criteria are met, physicians' attitude toward assisted suicide is an extremely sensitive issue. However, the Swiss Academy of Medical Sciences' modified viewpoint should not be interpreted as a one-sided modification. Rather, the Academy's aim was to demonstrate the polyphony currently present in the views of Swiss physicians on assisted suicide. It is hardly surprising that those parts of the guideline which deal with assisted suicide*

generated strong reactions. At the same time, these parts contribute to keeping the Swiss debate on end of life decisions a lively one.

1. Az orvos által asszisztált öngyilkosság státusza Svájcban

A svájci büntető törvénykönyv 115. cikkelye az öngyilkosságban való közreműködést csak abban az esetben rendeli büntetni, ha a közreműködés „önös érdekből” [ausselfbstsüchtigen Beweggründen] történik. Svájcot az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi szabályozásának három típusa közül abba sorolhatjuk be, ahol a büntethetőséget szubjektív feltétel korlátozza (a tettes önös érdekből követi el a bűncselekményt).¹ (Filó, 2009, Dósa, 2012, Julesz, 2016, Julesz 2018, Kőműves, 2018) Az orvos által asszisztált öngyilkosság az asszisztált öngyilkosság egyik lehetséges megvalósulási formája, amely esetben az öngyilkosságot elkövetni szándékozó személy számára az orvos szolgálatat segítséget.² Az orvosi magatartás szabályozásának a jogszabályi környezet mellett fontos forrását alkotják más dokumentumok is, például etikai kódexek, szakmai irányelvek stb. Svájcban ezen források közé sorolhatók a *Svájci Orvostudományi Akadémia*³ [Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, SAMW] által kiadott orvosetikai irányelvek is. Jelen tanulmányban a Svájci Orvostudományi Akadémia által 2018-ban *A haldoklással és a halállal kapcsolatos kérdések* [Umgang mit Sterben und Tod] címen megjelent irányelvet (SAMW/SAMS, 2018) vesszük közelebből is szemügyre. Az irányelv az öngyilkosságban való közreműködés vonatkozásában némileg újradefiniálja a korábbi irányelvekben meghatározott orvosi szerepkört.

2. Az orvos által asszisztált öngyilkosság helye az orvosi tevékenységek között

A *Svájci Orvostudományi Akadémia* Központi Etikai Bizottsága 2015 májusában albizottságot hozott létre azzal a feladattal, hogy felülvizsgálja az életvégi ellátással kapcsolatban korábban

¹Az öngyilkosságban közreműködés büntetőjogi szabályozásának Filó Mihály által ismertetett három ideáltípusa: I. az adott jogrend az öngyilkossághoz kapcsolódó quasirészesi magatartásokat büntetni rendeli (pl. a magyar büntető törvénykönyv), II. az adott jogrendben a büntethetőséget szubjektív feltétel korlátozza annyiban, hogy a tettesnek a bűncselekményt önös érdekből kell elkövetni (pl. svájci büntető törvénykönyv), III. az adott jogrend teljességgel lemond arról, hogy az öngyilkosság szándékos támogatását büntetéssel fenyegetse (pl. Belgium). (Filó, 2009: 282-288) A harmadik lehetőség egyenes utat nyit a szóban forgó tevékenység bizonyos formájának jogszabályokban is megjeleníthető fogalmi átkeretezésére: ld. pl. Kőműves, 2018. A svájci szabályozással kapcsolatban magyar nyelven további adalékokat és véleményeket találhatunk még pl. a következő irodalmakban: Dósa, 2012: 167-174; Filó, 2016: 122-125; Julesz, 2016: 27-28; Julesz, 2018: 59.

² Mint hogy Svájcban az aktív eutanázia nem engedélyezett, azon szervezetek esetében (pl. DIGNITAS), amelyek számos formában segítséget nyújtanak az öngyilkosságot elkövetni szándékozó személyeknek, helytelen „eutanáziaszervezet”-ről beszélni. Az adekvát kép kialakításához hasznos forrást jelentenek azok a dokumentumok is, amelyeket maguk a szervezetek fogalmaztak meg és tettek nyilvánossá (pl. DIGNITAS, é.n.).

³ Az olvasó a szervezetről bővebb tájékoztatást talál a szervezet honlapján: <https://www.samw.ch/de.html>

kiadott akadémiai irányelvet. A Központi Etikai Bizottság ezt a felülvizsgálatot indokoltnak tekintette, hiszen Svájcban a haldoklás és a halál témái az elmúlt évek során jelentősebb figyelmet kaptak mind a szakmai berkekben, mind a nem szakmai színtereken folyó viták során.⁴ (Steck et al, 2014, 2018) A diszkussziók fókuszában az egyéni önrendelkezés életvégi döntéshelyzetekben megjelenő fokozott igénye állt; súlyt helyeztek arra a kérdésre is, hogy ez az önrendelkezés hogyan érinti magukat az önrendelkezéssel élni kívánó személyeket, a rokonokat, az orvosi szakmát, illetve magát a társadalmat. A SAMW albizottsága a revízió során számos szakértőt hallgatott meg, tekintetbe vette a svájci orvosok asszisztált öngyilkossággal kapcsolatos attitűdjeit felmérő legutóbbi kutatást (Brauer-Bollinger-Strub, 2015), valamint hasznosította Az élet vége címen 2012 és 2017 között futott Nemzeti Kutatási Program (NRP 67)⁵ eredményeit is. A revízió eredményeként született meg 2018-ban az új irányelv: *A haldoklással és a halállal kapcsolatos kérdések*.

Az új irányelvet elhelyezhetjük az egyéb újabb, az elmúlt néhány évben kiadott irányelvek kontextusában is. Ezen újabb irányelvek címei világosan jelzik a kapcsolódási pontokat:

SAMW orvosetikai irányelv	Megjelenés éve
Belátóképesség-vizsgálat az orvosi tevékenység során	2019
Etikaoktatás az egészségügyi szakmák képviselői számára	2018
A haldoklással és a halállal kapcsolatos kérdések	2018
Palliatív gondozás	2013
Életvégi gondozás ⁶ [A betegek életvégi gondozása]	2013 [2004]
Előzetes rendelkezések	2013
Demenciával élő személyek gondozása és kezelése	2013

⁴Kontextusként vegyük azt is tekintetbe, hogy az elmúlt évek során fokozatosan emelkedett az orvos által asszisztált öngyilkosságok száma is: elemzéseként ld. pl. Steck-Junker-Zwahlen, 2018; Steck et al, 2014.

⁵ A programról – mely 15 millió svájci frankból gazdálkodott és 33 kutatócsoport közreműködésével zajlott – itt olvashatunk bővebben: www.nfp67.ch. A program összefoglaló jelentése:

<http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-de.pdf> (németül);

<http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-en.pdf> (angolul). A projekt egyik fontos eredménye a 2019-ben kiadott *Das Lebensende in der Schweiz. Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven. (Az élet vége Svájcban. Egyéni és társadalmi perspektívák.)* című kötet (Zimmermann-Felder-Streckeisen-Tag, 2019), amely online elérhető itt: https://schwabeonline.ch/schwabe-xaveropp/elibrary/media/6E20DAC0A2F42C4EC46D6B4B72A290C8/9783796539695_2648.pdf.

⁶ Az *Életvégi gondozás* című irányelv a módosított 2004-es, *A betegek életvégi gondozása* címet viselő irányelv. Az újabb dokumentum már tartalmazza a felnőttek védelméről hozott törvény elfogadását követően elvégzett szükséges módosításokat is. A 2014-es irányelvet váltotta fel a 2018-ban elfogadott *A haldoklással és a halállal kapcsolatos kérdések* című irányelv. A SAMW korábbi irányelvei elérhetők itt: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Fruherer-gueltige-Richtlinien.html>

Korlátozottsággal élő személyek orvosi ellátása és gondozása	2013
Az intenzív betegellátás intervenciói	2013
A kardiopulmonáris reszuscitációra vonatkozó döntések	2013

Jelen tanulmányban ugyanakkor nem a többi irányelv által körvonalazható általános értelmezési keret perspektívájából közelítünk a választott irányelvünk egyes tartalmi pontjaihoz, fókuszunk a dokumentumban újradefiniált orvosi szerepkörre irányul. Az irányelv a korábbtól részben eltérő választ ad arra a kérdésre, hogy **mi az orvos szerepe a haldokló, illetve az életüket lezárni kívánó betegek ellátása során.**

3. Palliatív gondozás

Az irányelv legfőbb keretező szellemisége a *palliatív gondozás* filozófiája kíván lenni. A palliatív gondozás meghatározását illetően az olvasó a korábbi, 2013-ban megjelent *Palliatív gondozás [Palliative Care]* címet viselő irányelvben talál útmutatást: „a gyógyíthatatlan, életet veszélyeztető vagy krónikusan progrediáló betegséggel élő személyek teljes kezelése és gondozása” (SAMS, 2013: 6). A betegcsoport – hasonlóan a WHO újabb palliatív gondozás meghatározásához (Sepúlveda et al., 2002; WHO, 2002) – igen tág, ugyanakkor – eltérően a WHO korábbi vagy újabb meghatározásától – szellemiségében a halál időpontjának vonatkozásában nem követeli meg az attól való tartózkodást, hogy a halál időpontját esetlegesen a természetesnél előbbre hozza. Ezen szellemi háttér előtt kell olvasnunk a 'Preambulum' nyitó mondatait:

*„Kezelés, gondozás és támogatás nyújtása mindazon betegek számára, akik a halállal kényszerülnek szembenézni, az egyik legfőbb orvosi kötelesség, ami a beteg méltósága és autonóm vágyai iránt kifejezett magas fokú tiszteletet, valamint jelentős mértékű etikai felelősséget követel meg. E kötelesség teljesítését a **palliatív gondozás alapelveinek** kell irányítania.”⁷ (SAMS, 2018: Preambulum, kiemelés tőlem (KS))*

⁷ A jelen tanulmányban szereplő fordítások a vonatkozó SAMW/SAMS irányelvek német nyelvű szövegeinek angol fordításaiból készültek. A német nyelvű szövegek elérhetők az interneten: <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>. Az angol fordítások szintén elérhetők az interneten: <https://www.samw.ch/en/Publications/Medical-ethical-Guidelines.html>. A SAMW/SAMS biztosította a francia nyelven való hozzáférés lehetőségét is: <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>. A tanulmányban, mivel a SAMW angol szövegeivel dolgoztunk, a tárgyalat irányelvek szerzőjeként a Svájci Orvostudományi Akadémia SAMS-ként kerül feltüntetésre.

A palliatív gondozás szellemisége három alapelven keresztül törekszik érvényesülni:

„Az irányelvek lényegüket tekintve **három alapelven** nyugszanak:

- *Először is a haldoklás és a halál kérdései kapcsán felmerülő minden egyes orvosi cselekedet vonatkozásában világosan definiálni kell a beteggel vagy annak feljogosított képviselőjével együtt, hogy a halál időpontjának vonatkozásában mi az a cél, aminek az elérésére törekszünk. A halál időpontját el kell-e odázni, amennyiben erre lehetőség van? A halál időpontjára nem kell befolyással lennünk és a halált el kell fogadnunk, ha bekövetkezik a betegség előrehaladtával? Vagy a halál időpontjának előbbre hozása a cél?*
- *Másodszor: a belátóképességgel rendelkező beteg önrendelkezését tiszteletben kell tartani. Azonban azt a mértéket, amennyire az autonóm módon kifejezett kívánságok életbe léphetnek, korlátozhatják más érintett személyek jogai, legyenek ezek a hozzátartozók vagy az orvosi szakmák képviselői*
- *Harmadszor: a haldoklással és a hallállal szembenézni kényszerülő, sérülékeny betegeket védeni kell az általuk kifejezett kívánságok felülvizsgálatot nélkülöző teljesítéseivel szemben, ami akkor következhet be, ha a kérések nem tájékoztatáson alapuló, nem saját és nem átgondolt kívánságokat fejeznek ki.” (SAMS, 2018: Preambulum, kiemelés tőlem (KS))*

4. Orvosi cselekvési lehetőségek az élet végén

A betegek életvégi gondozása [*Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende*] címet viselő 2004-es irányelv a lehetséges orvosi cselekedeteket két csoportra osztotta, ezeket a 'Kezelés és gondozás', illetve 'Az orvosi beavatkozás határai' fejezetcímek alá sorolta be. A kezelés és a gondozás kategóriája a palliatív gondozást, valamint a kezelés beszüntetését vagy annak meg nem kezdését tartalmazta. Az orvosi beavatkozás határain túlra helyezte el az asszisztált öngyilkosságot és a kérésre történő ölést. Az asszisztált öngyilkosság tekintetében az irányelv a következő kategorikus kijelentést tette: „az öngyilkosságban való közreműködés nem része az orvos feladatkörének, mert az öngyilkosságban való közreműködés ellentmond a medicina céljainak” (SAMS, 2004: 6).

A 2018-as irányelv új strukturáló szempont szerint csoportosít, két változó együttes alkalmazásával. Egyfelől azokat az orvosi tevékenységeket veszi számba, amelyek esetlegesen vagy bizonyossággal előbbre hozzák a halál beálltának időpontját, másfelől ezeket a tevékenységeket a dokumentumban definiált orvosi célok szerint osztályozza:

Cselekedetek, amelyek esetlegesen vagy bizonyosan előbbre hozzák a halál beálltának időpontját
I. Általánosan elfogadott cselekedetek <ul style="list-style-type: none">• Életfenntartó kezelés beszüntetése vagy meg nem kezdése• Fájdalom és egyéb tünetek enyhítése• Szedálás
II. Vitatott státuszú cselekedetek <ul style="list-style-type: none">• Asszisztált öngyilkosság• A beteg támogatása és a tünetek kezelése a táplálék- és a folyadékbevitel önkéntes visszautasítása esetén⁸
III. Nem megengedett cselekedetek <ul style="list-style-type: none">• Önkéntes eutanázia• Nem önkéntes eutanázia

A vitatott státuszú cselekedetcsoporthoz megjelenése tulajdonképpen már előre is vetíti az asszisztált öngyilkosság tekintetében részlegesen újradefiniált orvosi szerepkört.

5. A beteg öngyilkosságában való orvosi közreműködés előfeltételei

Mind a 2013-as *Életvégi gondozás*, mind a 2018-as *A haldoklással és a halállal kapcsolatos kérdések* irányelv meghatározta azokat az előfeltevéseket, melyeknek teljesülniük kell ahhoz, hogy az orvos közreműködhessen betegének öngyilkosságában. A 2013-as irányelv négy, a 2018-as irányelv öt ilyen feltételt sorol fel. Ahhoz, hogy az új irányelv lényeges tartalmi újításait megfelelően értelmezhesük, idézzük fel a korábbi irányelvekben szereplő feltételeket.

A 2013-as irányelv elődje, a 2004-es irányelv még csak három feltételt tartalmazott: „Amennyiben [az orvos] úgy határoz, hogy segítséget nyújt egy személy öngyilkosságához, az ő felelőssége az alábbi előfeltevések fennállásának megvizsgálása: - A beteg betegsége igazolja a feltevést, hogy a beteg közeledik élete végéhez. - A segítségnyújtás egyéb lehetőségeit megbeszélték, és amennyiben ezekre igény mutatkozott, alkalmazásra is kerültek. - A beteg

⁸ Ennek a lehetőségnek az irányelvben való feltüntetése új elem. Jól példázza a táplálék- és a folyadékfelvétel önkéntes alapon történő beszüntetésének mint lehetséges életvégi opciónak a nemzetközi diskurzusban egyre fokozottabb térnyerését (ld. pl. Quill-Ganzini-Truog-Pope, 2018). Egy jelenleg futó svájci projekt keretében a kutatók a táplálék- és a folyadékfelvétel önkéntes alapon történő beszüntetésének prevalenciája és különböző típusa iránt érdeklődnek, az első eredmények publikálásra való benyújtására várhatóan 2019 végén kerül sor (Stängle et al., 2018).

képes döntést hozni, szándéka átgondolt, külső nyomástól mentes, valamint szándéka tartósan fennáll. Ezt egy harmadik személy is megerősítette, ennek a harmadik személynek azonban nem kell szükségszerűen orvosnak lennie.” (SAMS, 2004: 6) A 2013-as irányelv már négy feltételt nevezett meg. A korábbi három feltétel a listában megmaradt, ezek kiegészültek egy újabb, negyedik feltétellel: „A halálhoz vezető folyamat legutolsó lépését mindig magának a betegnek kell megtennie.” (SAMS, 2013: 9)

A 2018-as irányelv már öt kritériumot tartalmaz, a korábbi megfogalmazásokhoz képest jelentős az átfogalmazás:

„Amennyiben a kellően informált és gondosan megvizsgált beteg öngyilkosságra irányuló vágya továbbra is fennáll, az orvos – azon döntés alapján, amelyért személyes felelősséggel tartozik – kivitelezheti az asszisztált öngyilkosságot, azt követően, hogy igazolta a következő öt kritérium teljesülését (az első két kritérium fennállását egy harmadik félnek – akinek nem kell szükségképpen orvosnak lennie – meg kell erősítenie):

- A beteg belátóképességgel rendelkezik az asszisztált öngyilkosság vonatkozásában. Dokumentálni kell, hogy a belátóképesség hiánya alapos mérlegelést követően kizárásra került az orvos által. Amennyiben olyan mentális zavar van jelen – pl. demencia –, amit gyakran hoznak kapcsolatba a belátóképesség hiányával, a belátóképességet a megfelelő szakembernek kell megvizsgálnia. [A Szövetségi Legfelső Bíróság 2006-ban kimondta, hogy mentális zavarral rendelkező beteg esetében szükséges részletes pszichiátriai vélemény csatolása (BGE 133 I 58 E. 6.3.5.2).]
- A beteg szándéka alaposan átgondolt, nem külső nyomás eredménye, továbbá tartósan fennáll. Amennyiben kétséget ébresztő külső nyomás mutatkozik, gondosan ki kell vizsgálni annak lehetséges hatását az öngyilkossági szándékra. A betegség és/vagy a funkcionális károsodások tünetei okozzák a beteg elviselhetetlen szenvedését.
- Felkutatták az orvosilag javasolt kezelési lehetőségeket, valamint a segítség és a támogatás egyéb formáit, de ezek vagy hatástalannak bizonyultak, vagy ezeket a beteg – aki ebben a kérdésben belátóképességgel rendelkezett – az ő esetében elfogadhatatlannak tekintette.
- A betegnek az a kívánsága, hogy **az elviselhetetlen szenvedéssel nem kíván tovább élni**, a megelőző események és a beteggel folytatott ismételt beszélgetések alapján érthető az orvos számára, ennek a betegnek az esetében az orvos igazolhatónak tekinti az asszisztált öngyilkosság kivitelezését.” (SAMS, 2018: 23, kiemelés tőlem (KS))

Lényeges változás, hogy **a korábbi irányelvben szereplő terminális időszak kikerült a kritériumok listájából.** Szintén lényeges módosítás, hogy **bekerült a listába az elviselhetetlen szenvedés** kritériuma.

A Svájci Orvosok Szövetsége⁹ (*Foederatio Medicorum Helveticorum, FMH*) – amely több mint 42.000 taggal rendelkezik és több mint 70 szervezet tartozik ernyője alá – már rögvest a dokumentum megjelenését követően ellenvéleményét fejezte ki az asszisztált öngyilkossággal kapcsolatban képviselt SAMW állásponttal szemben¹⁰. Jürg Schlup, az FMH elnöke a *British Medical Journal*-nek azt nyilatkozta, hogy „az »elviselhetetlen szenvedés« szubjektív kifejezés, elfogadása az orvosok számára jogi szürke zónát eredményezne.” Az elviselhetetlen szenvedés megállapítása és az állításért vállalandó személyes felelősségre vonhatóság – véleménye szerint - nehézségeket okozna az orvos számára (Stafford, 2018).

Az FMH-n belül elvégzett mérlegelés eredményeként a szövetség orvosi kamarája 2018 októberében nagy többséggel el is utasította, hogy a SAMW által megfogalmazott álláspontot bevegye az etikai kódexbe (Zuercher, 2018). Ugyanakkor az FMH-val ellentétes állásponttal is találkozhatunk. Samia Hurst¹¹ például nem osztja az FMH félelmét: utal arra, hogy olyan szabályozási környezetben, ahol az elviselhetetlen szenvedés a jogszabályokban szereplő terminus, a gyakorlat működőképes (Zuercher, 2018). A kérdés valójában arra vonatkozik, hogy az elviselhetetlen szenvedés fennállását milyen fokú bizonyossággal tudjuk megállapítani. Ennek alapja a bizonyosság megfelelő kritériumának megválasztása, a megfelelőség alapja pedig a konszenzus az érintett felek között. Ez a konszenzus az objektivitás végső mércéje. A mérlegeléshez szükséges információkat részben olyan országok (pl. Hollandia, Belgium) gyakorlatai szolgáltatathatják, ahol az elviselhetetlen szenvedés kritériuma törvényes kritérium.

A Zürichi Orvostársaság¹² (*Ärztegesellschaft des Kantons Zürich, AGZ*) elnöke, Josef Widler is ellenvéleményét fejezte ki a SAMW álláspontjával kapcsolatban. Widler szerint az öngyilkosságban való közreműködés nem tartozhat az orvosi kötelességek sorába (Brotschi, 2018). Widler azt is nehezményezte, hogy a halálos betegség kritérium elhagyásra került. Szerinte a kritériumok lazítása, az elviselhetetlen szenvedés kritériumának irányelvbe foglalása növelheti az öngyilkosságban való közreműködést igénylő személyek számát, ami jelentős nyomás alá helyezheti az orvosokat.

⁹ Az olvasó a szervezetről bővebb tájékoztatást talál a szervezet honlapján: <https://www.fmh.ch/ueber-die-fmh.cfm>

¹⁰ Az FMH lehetőséget kínál a belépésre, számos szolgáltatást nyújt, ezek között érdekképviseletet például. A SAMW kutatásfinanszírozási intézmény, tehát más a profilja.

¹¹ A svájci „orvosi éthosz” tartalmáról folytatott vitában jelentős munka Hurst vonatkozásában: Martin-Mauron-Hurst, 2011.

¹² Az olvasó a szervezetről bővebb tájékoztatást talál a szervezet honlapján: <https://aerzte-zh.ch/>

6. A medicina célja(i), az orvosi szerepkör tartalma(i) az életük végén járó betegek gondozása során

A *Betegek életvégi gondozása* 2004-es irányelv még a 'Kezelés és gondozás' című fejezetet követően, 'Az orvosi beavatkozás határai' című fejezetben tárgyalta az öngyilkosságban való közreműködést és a kérésre történő ölést. Az öngyilkosságban való közreműködés ilyen pozicionálása előre borítékolta a SAMW öngyilkosságban való közreműködéssel kapcsolatban megfogalmazott álláspontját, amely 2004-ben a következő volt: „Az életük végén járó betegek esetében az orvos feladata a tünetek enyhítése és a beteg támogatása. Nem tartozik feladatai közé közvetlenül felajánlani a közreműködést a beteg öngyilkosságában, ehelyett arra kötelezett, hogy minden olyan szenvedést csillapítani törekedjen, amely a beteg öngyilkossága elkövetésére irányuló szándéka mögött meghúzódik. Az élet végső szakaszában azonban, ha a beteg számára az állapot már elviselhetetlenné válik, a beteg kifejezheti az öngyilkosság elkövetésében való közreműködés iránti igényét, ez az igény tartósnak is mutatkozhat. Ebben a határhelyzetben nagyon nehéz érdekkonfliktus állhat elő az orvos számára. Egyfelől az öngyilkosságban való közreműködés nem része az orvos feladatkörének, mert az öngyilkosságban való közreműködés ellentmond a medicina céljainak. Másfelől a beteg akaratának figyelembe vétele alapvető az orvos-beteg kapcsolat szempontjából. Ez a dilemma az orvos részéről saját lelkiismeretén alapuló döntést kíván.” (SAMS, 2004:6, kiemelés tőlem (KS))

Az új, 2018-as irányelvben, miként azt fentebb láthattuk, az öngyilkosságban való közreműködés új pozíciójában a vitatott státuszú – de már nem az orvosi feladatkörből szükségszerűen kiutasított – tevékenységek között kap helyet:

„A haldoklás során az orvos szerepe a tünetek enyhítése és a beteg támogatása. Az orvos felelősségi köre nem foglalja magában az öngyilkosságban való közreműködés felajánlását, és nincs is kötelezve az öngyilkosságban való közreműködés kivitelezésére. Az öngyilkosságban való közreműködés nem olyan orvosi tevékenység, amire a betegek jogot formálhatnak, noha az öngyilkosságban való közreműködés jogilag megengedett tevékenység. Kivitelezheti orvos, amennyiben meggyőződött arról, hogy a lentebb [a 23.o.-on] megfogalmazott feltételek teljesültek.” (SAMS, 2018: 22, kiemelés tőlem (KS))

Az új irányelvben az orvos feladatköréből már nem az öngyilkosságban való közreműködés került kizárásra, hanem csupán – de továbbra is – az öngyilkosságban való

közreműködés felajánlása. Ez a módosítás megnyitotta annak az értelmezésnek a lehetőségét, hogy egyesek az öngyilkosságban való közreműködést az orvosi feladatkör részének tekinthessék. A módosítás tehát nem azt vonja maga után, hogy az öngyilkosságban való közreműködésnek az orvosi feladatkör részét kell alkotnia, az új irányelv az öngyilkosságban való közreműködés tekintetében a feladatelem-státusz alapjává továbbra is az egyéni lelkiismeretet teszi meg.¹³

Tehát **az új értelmezésben az öngyilkosságban való közreműködés nem mond szükségszerűen ellent a medicina céljainak.** Az új irányelv a medicina céljait illetően megkülönbözteti egymástól azokat a célokat, amelyek vonatkozásában (I.) az orvosi szakmán belül és kívül is széleskörű konszenzus alakult ki – ezek: 1. a beteg jóllétének az előmozdítása az életükre gyakorolt (kvantitatív vagy kvalitatív) pozitív hatás által és 2. a nem ártás követelménye¹⁴ –; valamint azokat, amelyek vonatkozásában (II.) sem az orvosi szakmán belül, sem azon kívül nincs egyetértés. Ilyen vitatott célnak tekinti a halál előidézésének támogatását, amely törvényes keretek között Svájcban megvalósulhat a beteg öngyilkosságában való közreműködés formájában vagy a beteg azon akaratának segítségével, hogy a folyadék- és a táplálékfelvétel beszüntetésével a beteg a saját halálát meggyorsíthassa. Ezek az irányelv ún. „vitatott státuszú” cselekedetei.¹⁵ A SAMW tehát a szakmai, teljeskörű konszenzus- és a közvéleményben is megnyilvánuló konszenzushiányra hivatkozva ad a medicina céljairól olyan leírást, mely egyfelől plurális álláspontokat tartalmaz, másfelől a plurális álláspontok egyes elemei egymással nem összeegyeztethetőnek mutatkoznak. Ezzel a leírással a SAMW gyakorlatilag olyan tükröt tart a szakmának és egyben magának a társadalomnak is, amellyel a mélyebb önismeret talaján folyhat tovább a vonatkozó nehéz és érzékeny kérdésekről szóló párbeszéd.

¹³ Ezzel tulajdonképpen világosabban megjelenítve a lelkiismereti alapon nyugvó elutasítás [conscientious objection] témakörét.

¹⁴ Az ártalom ugyanakkor a mellőzött tevékenység által is létrejöhet – ld. Otte et al, 2017: 253 –, tehát a nem ártás követelményének esetében az ártalom, valamint az ártó és a nem ártó tevékenységek referencia-tartományának meghatározása a tulajdonképpeni, vitára bocsátott kérdés. Egy erkölcsi alapelv érvényességigényének bejelentése önmagában még nem szolgáltat magyarázatot is az erkölcsi alapelv jelentésére.

¹⁵ Ezek a lehetőségek, amennyiben az orvos részt kíván venni kivitelezésükben, megkínálják a szükséges készségeket: ld. pl. Otte et al., 2017. Érthető tehát, hogy maga az irányelv is külön fejezetet (3.) szentel a szükséges témákról megfelelően lefolytatott beszélgetés(ek)nek.

Emellett olyan hangok is megjelennek, melyek arra hívják fel a figyelmet, hogy mivel az orvos által asszisztált öngyilkosság előkészítésében és kivitelezésében rendszerint a betegek családtagjai is részt vesznek, az orvos által asszisztált öngyilkosságot tárgyaló Irányelvekbe a hozzátartozók igényeit is be kellene építeni (pl. Gamondi et al, 2018).

IRODALOM

- BRAUER, S., BOLLIGER, C., STRUB, J. D. (2015) Swiss Physicians' Attitudes to Assisted Suicide: A Qualitative and Quantitative Empirical Study. *Swiss Medical Weekly*. May 21;145:w14142. doi: 10.4414/smw.2015.14142. eCollection 2015.
- BROTSCHI, M. (2018): Sterbehilfe gehört nicht zu den Aufgaben des Arztes. *Tages Anzeiger* Jun 2018. <https://www.tagesanzeiger.ch/news/standard/sterbehilfe-gehört-nicht-zu-den-aufgaben-des-arztes/story/15418373> [Elérés: 2019. július 28.]
- DIGNITAS (é.n.): How Dignitas Works. On What Philosophical Principles are the Activities of This Organisation Based. <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/so-funktioniert-dignitas-e.pdf> [Elérés: 2019. július 28.]
- DÓSA, Á. (2012): *Összehasonlító egészségügyi jog*. Budapest, CompLex Kiadó Jogi és Tartalomszolgáltató Kft.
- FILÓ, M. (2016): Asszisztált öngyilkosság és az életvégi döntések Európában - tettesség, részesség, önrendelkezés. *Állam- és Jogtudomány* 57(4): 120-134.
- GAMONDI, C. ET AL. (2018): Family Caregivers' Reflections on Experiences of Assisted Suicide in Switzerland: A Qualitative Interview Study. *Journal of Pain and Symptom Management* 55(4): 1085-1094.
- JULESZ, M. (2016): *Az orvosi jog aktualitásai. Az eutanáziától a klónozásig*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- JULESZ, M. (2018): *Orvosi jog működés közben. A hálapénztől a kártérítésig*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- KŐMÜVES, S. (2018): Meghaláshoz nyújtott orvosi segítség vagy orvosi közreműködéssel elkövetett öngyilkosság? *LAM* 28 (8-9): 395-400.
- MARTIN, A.K., MAURON, A., HURST, S. A. (2011): Assisted Suicide is Compatible with Medical Ethos. *The American Journal of Bioethics* 11(6): 55-57.
- OTTE, I. C., JUNG, C., ELGER, B., BALLY, K. (2017): „We need to talk!” Barriers to GPs' Communication About the Option of Physician-Assisted Suicide and Their Ethical Implications: Results From a Qualitative Study. *Medicine, Health Care and Philosophy* 20: 249-256.
- QUILL, T. E., GANZINI, L., TROG, R. D., POPE, TH. M. (2018): Voluntarily Stopping Eating and Drinking Among Patients With Serious Advanced Illness – Clinical, Ethical, and Legal Aspects. *JAMA Internal Medicine* 178(1):123-127.

SAMW/SAMS [SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN/SWISS ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES] (2018): Umgang mit Sterben und Tod/Management of dying and death (ford.:Jeff Acheson). Internetes elérhetősége német nyelven:

[https://www.samw.ch/dam/jcr:78b58416-c3f2-445f-8767-](https://www.samw.ch/dam/jcr:78b58416-c3f2-445f-8767-5deb0e84b762/richtlinien_samw_sterben_und_tod_d.pdf)

[5deb0e84b762/richtlinien_samw_sterben_und_tod_d.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:78b58416-c3f2-445f-8767-5deb0e84b762/richtlinien_samw_sterben_und_tod_d.pdf) ;

Internetes elérhetősége angol nyelven: https://www.samw.ch/dam/jcr:25f44f69-a679-45a0-9b34-5926b848924c/guidelines_sams_dying_and_death.pdf [Elérés: 2019. július 28.]

SAMW/SAMS [SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN/SWISS ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES] (2013): Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004, aktualisiert 2013) /End-of-life care (2004, updated 2013). Internetes elérhetősége német nyelven: https://www.samw.ch/dam/jcr:8b392d08-568d-4d1e-a8ba-55cbddf5bcc3/richtlinien_samw_lebensende.pdf

Internetes elérhetősége angol nyelven: https://www.samw.ch/dam/jcr:8b392d08-568d-4d1e-a8ba-55cbddf5bcc3/richtlinien_samw_lebensende.pdf

[https://www.samw.ch/dam/jcr:de64e102-1495-4c48-9fbd-](https://www.samw.ch/dam/jcr:de64e102-1495-4c48-9fbd-1c7d4d45932f/guidelines_sams_end_of_life_2012.pdf)

[1c7d4d45932f/guidelines_sams_end_of_life_2012.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:de64e102-1495-4c48-9fbd-1c7d4d45932f/guidelines_sams_end_of_life_2012.pdf) [Elérés: 2019. július 28.]

SAMW/SAMS [SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN/SWISS ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES] (2013): Palliative Care/Palliative Care. Internetes elérhetősége német nyelven: https://www.samw.ch/dam/jcr:d7ae1138-0213-481b-9023-6583bed2de12/richtlinien_samw_palliative_care.pdf;

https://www.samw.ch/dam/jcr:d7ae1138-0213-481b-9023-6583bed2de12/richtlinien_samw_palliative_care.pdf;

Internetes elérhetősége angol nyelven: [https://www.samw.ch/dam/jcr:0676cb80-e902-](https://www.samw.ch/dam/jcr:0676cb80-e902-4634-ae54-91f2bfc679c6/guidelines_sams_palliative_care_2012.pdf)

[4634-ae54-91f2bfc679c6/guidelines_sams_palliative_care_2012.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:0676cb80-e902-4634-ae54-91f2bfc679c6/guidelines_sams_palliative_care_2012.pdf) [Elérés: 2019. július 28.]

SAMW/SAMS [SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN/SWISS ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES] (2004): Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende/Care of Patients in the End of Life (ford.:Jeff Acheson). Internetes elérhetősége német nyelven: [https://www.samw.ch/dam/jcr:2a0611a3-fbdf-4ecc-bc13-](https://www.samw.ch/dam/jcr:2a0611a3-fbdf-4ecc-bc13-7411e3558898/richtlinien_samw_betreuung_patientinnen_am_lebensende_2004.pdf)

[https://www.samw.ch/dam/jcr:2a0611a3-fbdf-4ecc-bc13-](https://www.samw.ch/dam/jcr:2a0611a3-fbdf-4ecc-bc13-7411e3558898/richtlinien_samw_betreuung_patientinnen_am_lebensende_2004.pdf)

[7411e3558898/richtlinien_samw_betreuung_patientinnen_am_lebensende_2004.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:2a0611a3-fbdf-4ecc-bc13-7411e3558898/richtlinien_samw_betreuung_patientinnen_am_lebensende_2004.pdf);

Internetes elérhetősége angol nyelven: www.samw.ch/dam/jcr:efba20dd-6b7d-429b-a522-cc3de3092a06/guidelines_sams_patients_in_the_end_of_life_2004.pdf [Elérés: 2019. július 28.]

SEPÚLVEDA, C., MARLIN, A. ET AL. (2002): Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. *Journal of Pain and Symptom Management* 24(2): 91–96.

STAFFORD, N. (2018): Swiss Doctors Object to New Suicide Guidance. *BMJ* 361:k2661

- STÄNGLE, S., SCHNEPP, W., MEZGER, M. BÜCHE, D., FRINGER, A. (2018): Voluntary Stopping of Eating and Drinking in Switzerland From Different Points of View: Protocol for a Mixed-Methods Study. *JMIR Research Protocols* 7(12):e10358.
- STECK, N., JUNKER, CH., ZWAHLEN, M. (2018): Increase in Assisted Suicide in Switzerland: Did the Socioeconomic Predictors Change? Results From the Swiss National Cohort. *BMJ Open* 8(4):e020992. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020992.
- STECK, N. ET AL. (2014): Suicide Assisted by Right-to-Die Associations: A Population Based Cohort Study. *International Journal of Epidemiology* 43(2):614-22.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva, WHO.
- ZIMMERMANN, M., FELDER, S., STRECKEISEN, U., TAG, B. (2019): *Das Lebensende in der Schweiz–Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven*. Basel, Schwabe Verlag.
- ZUERCHER, C. (2018): La FMH refused 'élargir' l'assistance au suicide. <https://www.amge.ch/2018/10/26/la-fmh-refuse-delargir-lassistance-au-suicide/> [Elérés: 2019. július 28.]

Dr. Kőműves Sándor

egyetemi adjunktus

Debreceni Egyetem

Népegészségügyi Kar

Magatartástudományi Intézet

Egészségügyi Humán Tudományok Tanszék

komuves.sandor@sph.unideb.hu