



RÓZSA ERZSÉBET

Autonómia és paternalizmus

Az orvos-beteg kapcsolat
etikai kérdései a modern medicinában



Rózsa Erzsébet
AUTONÓMIA ÉS PATERNALIZMUS

DUPress

MEDITOR
BIOETIKAI SOROZAT

7.

Sorozatszerkesztők:
RÓZSA ERZSÉBET, KŐMÜVES SÁNDOR, KOVÁCS JÓZSEF

DUPress

Rózsa Erzsébet

Autonómia és paternalizmus

Az orvos-beteg kapcsolat etikai kérdései
a modern medicinában



Debreceni Egyetemi Kiadó
Debrecen University Press
2017

Szakmai lektor:
Dr. Kovács József
Semmelweis Egyetem egyetemi tanára

Borító:
Novák Péter János

ISSN 2064-034X
ISBN 978 963 318 685 5

© Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press,
beleértve az egyetemi hálózaton belüli elektronikus terjesztés jogát is

Kiadta a Debreceni Egyetemi Kiadó Debrecen University Press
www.dupress.hu

Felelős kiadó: Karácsony Gyöngyi
Készült a Debreceni Egyetem sokszorosítóüzemében, 2017-ben

TARTALOM

Előszó (dr. Kovács József).....	7
A/ ORVOS ÉS BETEG/PÁCIENS	11
1. Átalakuló orvos-beteg kapcsolat: deficitek, kihívások, esélyek	17
2. A hagyományos/klasszikus orvosi etikától a bioetikához – Az orvos-beteg/páciens kapcsolat etikai aspektusai	35
3. A modern medicina előtt álló etikai kihívásokra adható válaszok alternatív modellje: a kortárs német bioetika	53
4. A bioetika mint civilizációs kihívás	69
5. Az orvos-beteg kapcsolat átrendeződése és átértékelődése a modern medicinális gyakorlat keretfeltételei között	71
6. Betegből páciens: a modern társadalom autonómiaelvének hatása a modern medicinára és ennek etikai reflexiója	83
B/ AUTONÓMIA: A MODERN MEDICINA ETIKAI REFLEXIÓINAK NORMÁJA	101
B/I. AUTONÓMIA – BIOETIKAI VITAKONTEXTUSOKBAN	107
I/1. Az autonómia mint közéleti elv	109
I/2. Az autonómiaelv korrekciójának igénye a bioetika paradigmaváltásában	137
B/II. AUTONÓMIA – BIOMEDICINÁLIS VITAKONTEXTUSOKBAN	145
II/1. A páciens autonómiája fogalmának orvosi etikai aspektusai ...	151
II/2. A páciens autonómiájának érvényesítése az élő végreleletben.....	163

II/3. Autonómia és személyes identitás.....	166
II/4. Az élet minősége – a páciens autonómiájának biomedicinális perspektívájában	169
II/5. Az élet szentsége – a páciens autonómiájának biomedicinális perspektívájában	175
II/6. Megtenni vagy elhagyni	181
II/7. Az orvosetikai perspektíva határai	185
B/III. AZ AUTONÓMIA ELVÉNEK SZISZTEMATIKUS KORREKCIÓS JAVASLATA	189
III/1. Az autonómia szűkebb és tágabb jelentése – A „gazdagított autonómia”	195
III/2. Az autonómiaelv összekapcsolása a tájékoztatáson alapuló beleegyezés elvével	200
III/3. Az autonómia és megvalósításának előfeltételei – cselekvéseméleti megközelítésben	220
III/4. Az autonómia medicinális-terápiás kontextusban	251
C/ PATERNALIZMUS	287
1. Az autonómia határai és a paternalizmus	291
2. Orvosi paternalizmus – etikai kontextusokban	321
3. Bizonytalansági tényezők és veszteségek a modern medicinában – orvosi perspektívából	339
4. Paternalizmus a modern orvosi etikában	346
Kitekintés	363
Köszönetnyilvánítás	369
Irodalom	371
Függelék: válogatott újabb német nyelvű irodalom a „paternalizmus és jog” témaköréből	391
Teljes tartalomjegyzék	399

ELŐSZÓ

A bioetikai kérdések mindig érdeklődést keltenek. Ma már hazánkban is számos könyv, folyóiratcikk íródott a modern orvoslással kapcsolatos etikai dilemmákról. Nem is beszélve a számtalan újságcikkről, rádió- és tv-műsorról vagy filmről, amelyek mind a modern biológia és orvostudomány etikai kérdéseit boncolgatják. A szervátültetés, az öngyilkosságban való orvosi segítségnyújtás és az eutanázia kérdései, az emberen végzett kutatás vagy a jótékony hazugság immár klasszikus etikai problémák, amelyekről a 60-as évektől kezdve sok szó esett. A „Mégis kinek az élete...?” jellegű filmek és színdarabok minden érdeklődő számára jól ismertek. De ma már szinte naponta hallunk az újabb etikai problémákról is. A lombikbébiprogram etikai megengedhetőségéről, az új asszisztált reprodukív technikák kérdéseiről, a génterápia és a nem terápiás génmodifikáció lehetőségéről, nem is beszélve az őssejterápia, illetve a terápiás, illetve reprodukív klónozás örökké vitatott problémájáról.

S mivel a technikai újítások legtöbbször az USA-ból indulnak ki, a mai bioetika is angolszász dominanciájú. A modern analitikus filozófia módszertanát felhasználva, s főleg az angol-amerikai szakirodalomra és nézőpontra támaszkodva Magyarországon is népszerű a bioetika mint alkalmazott etikai megközelítés.

Ezzel szemben sokkal kevesebb szó esik a klasszikus, kontinentális filozófiai hagyományt jobban figyelembe vevő bioetikai megközelítésről, s a bioetika németországi eredményeit is bemutató, illetve felhasználó nézőpontról.

Rózsa Erzsébet könyve erre tesz kísérletet. A szerző elismert Hegel-kutató, akinek bioetikai érdeklődése – szemben a megszokott hazai megközelítéssel – a kontinentális filozófiai hagyományokra jobban támaszkodik, s a német bioetika eredményeit értőn használja fel. Könyve számos

fontos bioetikai problémát tárgyal, de mindenekelőtt a bioetika elméleti megalapozására helyeződik a hangsúly.

A könyv tengelyében az orvosi paternalizmus áll: az a nézet, miszerint az orvosnak úgy kell bánnia a betegével, mint egy jó szülőnek a gyermekével. Mindig jót kell akarnia és a beteg érdekét kell képviselnie, de nem kell részletesen tájékoztatnia a beteget, ha az az információk hatására megijedne és esetleg érdekeivel ellentétes, rossz döntést hozna. Ma nem divat a paternalizmus, s ezt tükrözik a kortárs etikai kódexek és a jogalkotás is. Ma a tájékozott beleegyezés doktrínája a modern bioetika sarokköve, amely a beteg autonómiájából indul ki, illetve a beteg betegség által csorbított autonómiájának a helyreállítását is az orvosi kezelés részének és céljának tekinti. De kétségtelenül a paternalizmus a hagyományos orvosi etika sok ezer éves kiindulópontja. Viszont a modern bioetika éppen ebben hozott fordulatot: nem fogadja el többé a paternalizmust, ehelyett az orvos és a beteg egyenjogúságán, szimmetrikus viszonyán alapuló paradigmát tette kiindulópontjává.

A szerző ebből a problémakörből kiindulva elemzi a bioetika számos kérdését, s leginkább a bioetika filozófiai alapjait.

A könyv első része az orvos és a beteg/páciens viszonyával foglalkozik a mai, értékluralizmus által jellemezhető világban, amelyben – ahogyan a szerző írja – „különféle életkorok és világnézetek integrálódnak az erkölcs bázisán”. A könyv egyik alapvető célkitűzése annak megvizsgálása, hogy milyen lehetőség van a modern kor viszonyai között az orvos-páciens viszony olyan megújítására, mely integrálni tudja a páciens autonómiáját és a gyenge orvosi paternalizmust.

A magyar medicinára konkretizálva is vizsgálja a szerző az orvoslással szemben támasztott magas szintű erkölcsi elvárás és a mindennapi gyakorlatban tapasztalható etikai deficitek közötti ellentmondást.

A könyv második része azt az utat követi végig, amelyet a hagyományos orvosi etikától a bioetikáig tartó átalakulás bejárt. Itt kitüntetetten foglalkozik a német bioetikával, annak múltjával és bizonyos mértékű megkésettiségeivel.

A bioetikát egyfajta civilizációs kihívásnak tekinti a szerző, melynek hatására az orvos-beteg kapcsolat átrendeződése figyelhető meg: a betegből páciens lesz, olyan értelemben is, hogy nem feltétlenül kerülnek kapcsó-

latba a betegek orvossal a modern egészségügy technikai feltételei között, sőt bizonyos vizsgálatoknál és terápiáknál nem is találkoznak orvossal, és olyan értelemben is, hogy az új kapcsolatban a beteg autonómiája, partneri viszonya, informáltsága normatív követelményként jelenik meg.

Az autonómia különböző bioetikai kontextusai gazdagon jelennek meg a könyvben. Idetartozik a beteg joga a kezelés visszautasítására, az előzetes rendelkezés joga, s ennek bonyolult kapcsolata a személyes identitással, az életminőség és az autonómia összefüggései, az életminőség megítélésének metodológiai nehézségei.

A könyv második fele kifejezetten az autonómia és paternalizmus dichotómiájának részleteit tárgyalja, beleértve a szabadság két fogalmának (negatív és pozitív szabadság) elhatárolását, s ennek sokirányú feltételeit.

Rózsa Erzsébet könyve az elméleti kérdések iránt érdeklődő szakembereknek íródott, filozófiai igényességgel, bőségesen merítve a modern német bioetika hazánkban kevésbé ismert gazdag anyagából. Haszonnal forgathatják filozófusok, teológusok, de minden olyan szakember is, akit érdekelnek a bioetika elméleti megalapozásának kérdései, s aki igényes bevezetést keres a modern bioetika elméletéhez.

Budapest, 2017. szeptember 15.

Dr. Kovács József

A/ ORVOS ÉS BETEG/PÁCIENS

DUPress

TARTALOM

1. Átalakuló orvos-beteg kapcsolat: deficitek, kihívások, esélyek.....	17
1.1. Értékpluralizmus és autonómia a modern medicina társadalmi keretfeltételei között.....	17
1.1.1. Autonómia: a személy önmeghatározása, a páciens önrendelkezése mint szociokulturális érték és jog	17
1.1.2. A plurális társadalom: különféle életkörök és világnézetek integrálódása az erkölcs bázisán	18
1.2. A könyv célkitűzései.....	19
1.2.1. Az orvosi paternalizmus és a páciens autonómiája közötti összefüggések: bioetikai és modern orvosi etikai alapvetés	19
1.2.2. A könyv normatív és szociokulturális célkitűzése: esélyek felmutatása az orvos-páciens kapcsolat megújulására – a páciens autonómiája és a gyenge orvosi paternalizmus kettős perspektívájából.....	20
1.3. Problémafelvetés és előzetes fogalmak: morális érzék, erkölcsi habitus, etikai reflexió a medicina cselekvési tereiben és szociokulturális perspektívában.....	20
1.3.1. Az orvosi cselekvések közvetlen interakciós és kommunikációs tere: az orvos-páciens kapcsolat – A medicina szereplőinek normatív és affektív érintettsége.....	20
1.3.2. A medicinális cselekvés normativitásának szubjektív-morális és szociokulturális-erkölcsi aspektusai – az etikai reflexió kritériumai alapján	21
1.4. A medicina kitüntetett társadalmi és etikai státusza, ennek megkérdőjeleződése és megkérdőjelezhetetlensége.....	25

1.4.1. Intern/belső etikai önszabályozás vs. extern/külső etikai kompetenciameghatározás a modern medicinában.....	26
1.4.2. A (magyar) medicina – a magas szintű normativitás (társadalmi mintaadó szerep) és a mindennapok etikai deficitjei közötti konfliktusok terében	28
1.4.3. Az orvos-beteg kapcsolat mintaadó szerepének veszélyeztetettsége, ennek társadalmi és medicinális hatásai	31
1.4.4. A morális attitűd és az erkölcsi habitus kiiktathatatlansága a medicinában	33
2. A hagyományos/klasszikus orvosi etikától a bioetikához – Az orvos-beteg/páciens kapcsolat etikai aspektusai	35
2.1. A medicina etikai szabályozása az orvosi etikában	35
2.1.1. A hippokratészi hagyomány	35
2.1.2. A hippokratészi hagyomány kiegészülése	37
2.1.3. A klasszikus orvosi etika korlátlan érvényességének megkérdőjelezése a modern medicina új tudományos, technikai és társadalmi keretfeltételei között	39
2.2. Szerkezeti változások a medicinában: az interakciós és kommunikációs terek, illetve a medicina szereplői státuszának átalakulása, ennek kihatása az etikai reflexióra	40
2.3. A bioetika: adekvát reflexió a medicina új, komplex helyzetére és a növekvő kihívásokra.....	41
2.4. A modern medicina lehetőségei és határai az orvos-beteg kapcsolatban – az orvosi etika, a biomedicinális etika és a bioetika perspektíváiban	44
2.4.1. Orvosi etikai perspektíva.....	44
2.4.2. Biomedicinális etikai perspektíva.....	45
2.4.3. Bioetikai perspektíva	46
2.4.4. A három etikai perspektíva együttműködése.....	49
2.4.5. A bioetika előnyei.....	50

3. A modern medicina előtt álló etikai kihívásokra adható válaszok alternatív modellje: a kortárs német bioetika	53
3.1. A német bioetika múltja	53
3.2. Megkésetttség a német (európai) bioetikában.....	58
3.3. A (nyugat)német társadalom történeti tudatának átalakulása és ennek hatása a bioetikai fejleményekre	60
3.4. Változó orvos- és betegidentitás – német elméleti és kulturális kontextusban.....	64
3.4.1. Az orvos változó hivatásbeli identitása	64
3.4.2. Beteg vs. páciens	67
4. A bioetika mint civilizációs kihívás	69
5. Az orvos-beteg kapcsolat átrendeződése és ártértelődése a modern medicinális gyakorlat keretfeltételei között	71
5.1. A technológiai változások kihatása a medicinális gyakorlatra és az orvos-beteg kapcsolat etikai kérdéseire	71
5.2. A hivatásbeli változások hatása az orvos önmagáról alkotott képére.....	74
5.3. A páciens változó önképe és magatartása	76
5.4. Szakmai és etikai orientációvesztés az orvosi magatartási mintában: az apparátusmedicinába való menekülés és a túlkezelés veszélyei.....	77
5.5. A modern medicina újabb keletű szakmai határai és a megfelelő etikai reflexió igénye.....	80
6. Betegből páciens: a modern társadalom autonómiaelvének hatása a modern medicinára és ennek etikai reflexiója	83
6.1. Etikai reflexiók az átalakuló orvos-páciens kapcsolatra	84
6.1.1. Három modell – a medicina „realitására” építve.....	84
6.2. Cselekvéseméleti modellek az orvos-beteg kapcsolatra.....	88
6.2.1. Paternalisztikus döntéshozatal	88
6.2.2. Tájékoztatáson alapuló döntéshozatal	89
6.2.3. Interpretatív döntéshozatal	89
6.2.4. Deliberatív döntéshozatal	90

6.3. Az orvos-beteg kapcsolat etikai értékelésének releváns empirikus kontextustényezői	91
6.3.1. Értékelés a konkrét empirikus kontextus és a normatív koncepciók összefüggésében	91
6.3.2. Orvosi intézkedés a páciens feltételezett értékpreferenciáival összhangban	92
6.3.3. Az orvos-beteg kapcsolat időtartama	93
6.3.4. További releváns empirikus kontextustényezők.....	94
6.4. Esetelemzés (kazuisztika) és etikai értékelés az orvos-páciens kapcsolatban.....	96
6.5. Az esetelemzés határai és a szisztematikus megalapozás erős igénye a német bioetikában: átvezetés az autonómiaelv tematizálásához	97

1. Átalakuló orvos-beteg kapcsolat: deficit, kihívások, esélyek

1.1. Értékpluralizmus és autonómia a modern medicina társadalmi keretfeltételei között

A medicinális etika napjainkban világszerte zajló újrameghatározási folyamat tárgya. Ennek kiváltója az orvoslást közvetlenül érintő technikai, szociális és gazdasági keretfeltételek rendkívül gyors és szakadatlanul zajló változása. Napjainkban már korántsem magától értetődő, hogy a rendelőkben dőlnek el a legfontosabb kérdések az orvos és betege között. Egyre inkább a modern medicina komplex keretfeltételei, így a rendelkezésre álló pénzügyi, technológiai kapacitások, szakmai kompetenciák válnak az orvos és a beteg/páciens közötti kapcsolat interakciós és kommunikációs terévé. A medicinának ez a szerkezeti változása és ennek kihatása az orvos-páciens viszonyra még korántsem zárult le. A ma felvázolható képnek ezért csak időben behatárolt érvényessége van és lehet.¹

1.1.1. Autonómia: a személy önmeghatározása, a páciens önrendelkezése mint szociokulturális érték és jog

A medicina dinamikus technológiai fejlődését lehetővé tevő társadalmi átalakulások a nyugati társadalmakban újfajta magatartási, érintkezési, együttélési struktúrák és normák kialakulását vonták maguk után. Idetartoznak az *értékpluralizmus*, az *autonómia* (az *egyén mint személy önmeghatározása, önrendelkezése*), valamint a *társadalmi szolidaritás formái* (pl. a németeknél szolidaritási adó is van). A modern társadalmakban nor-

¹ Erről részletesebben vö. Wolff 1989, 2006: 184.

malitássá vált a plurális értékek elterjedése, az autonómia gyakorlása az életvezetésben, az érintkezési formákban, a magatartási mintákban, beleértve az orvos és a páciens kapcsolatát. E szociokulturális preferenciákat *nemcsak etikailag meghatározható és meghatározandó fogalmakkal tematizálják, hanem törvények is garantálják* ezeket. A páciens önrendelkezése, a személy autonómiája, szabad önmeghatározása törvényben rögzített, az emberi méltóság (minden ember méltósága) pl. a német alkotmányban kinyilvánított alapjog.²

1.1.2. A plurális társadalom: különféle életkörök és világnézetek integrálódása az erkölcs bázisán

W. Flietner megfogalmazása szerint *„...a pluralizmus egy társadalom olyan állapota, melyben egészen különbözően gondolkodó és értékelő életkörök egymásra vannak utalva, amelyek nemcsak egymás mellett élnek, hanem az erkölcs bázisán integrálódniuk is kell. A jogot és politikai rendet alkotó, társas érintkezést és szellemi tevékenységet lehetővé tevő szellemek és kedélyek konszenzusa nem egyetlen előzetesen adott hit álláspontjából adódik, hanem különfélekébből, amelyek egymás között ellentétesek vagy akár egymás számára idegenek is lehetnek.”*³ A pluralizmus mellett a másik alapvető preferenciának, a polgár (személy) autonómiájának elvét és önmeghatározási igényét a jog legitimálja és garantálja. Ezen túl etikai meg-alapozást is kap az autonómia elve és az önmeghatározás joga. Kant nyomán a polgár abból a képességből nyeri ezt, hogy észszerű lényként saját magával szembeni felelősséggel rendelkezik, és morálisan ennek megfelelően kell cselekednie. Az ily módon „nagykorúsított” polgár sokak szemében vezérfogalmává vált annak a követelménynek, hogy a paternalizmust kizárják a medicinából. Ezt akár a hagyományos vagy klasszikus hippokratészi orvosi etika elleni frontális támadásként is lehetne érteni.⁴

² A német alkotmányban (alaptörvényben) az emberi méltóság értéke, tisztelete és védelme minden más jogot megelőz.

³ Flietner 2006: 515. Idézi Viefhues 1989, 2006: 27.

⁴ A személy autonómiája és a betegjogok a '80-as és '90-es évek fordulóján kezdtek konfliktusokat generálni a német orvosi etikában és a medicinában. Ehhez lásd Wolff 1989, 2006: 187.

1.2. A könyv célkitűzései

1.2.1. Az orvosi paternalizmus és a páciens autonómiája közötti összefüggések: bioetikai és modern orvosi etikai alapvetés

Ez a könyv *nem* az említett értelmezési irányt – az orvosi paternalizmus kiűzésének támogatását – kívánja folytatni. *Elsődleges tárgya az orvosi paternalizmus és a páciens autonómiája közti összefüggések bioetikai és modern orvosi etikai alapvetésű tematizálása.* Ebben az összefüggésben vizsgálja a medicina etikai aspektusait az orvoslás alapjaiban megváltozott keretein belül, különösen az orvos és a beteg/páciens viszonyában. Bár az orvosi paternalizmus és a páciens autonómiája önálló bioetikai viták egyik alapvető tárgykörévé vált, *valós alapja ma is az orvos-beteg kapcsolatban keresendő.* A technológiai, társadalmi, jogi, finanszírozási változások a medicinaiban korábban elképzelhetetlen, újszerű lehetőségeket nyitottak meg a közvetlenül érintettek, az orvosok és a betegek számára egyaránt. Ugyanakkor alapjaiban aláásták az orvos-beteg kapcsolat hagyományos modelljét. A klasszikus (hippokratészi) orvosi etikán orientálódó orvos-beteg kapcsolat *eredeti formájában, vagyis feltétlen, szinte vak bizalmon alapuló kapcsolati formaként ma már nem életképes.* Ezt nagyon sokan veszteségeként élik meg. Az orvos számára mindenekelőtt abban nyilvánul meg a veszteség, hogy kénytelen lemondani korábbi hivatásbeli önértelmezéséről és szakmai önazonosságáról, ami egy osztatlan szakmai és hivatásbeli kompetenciából indult ki. A beteg számára pedig roppant nehéz kihívássá vált azon szándékának teljesülése, hogy a bizalmát élvező orvostól megfelelő felvilágosítást kapjon állapotáról és tanácsot kérhessen/kaphasson a megfelelő kezeléshez. A medicina eljárásai *anonimizálódtak*, ami rávetül az orvos-beteg kapcsolatra is: az *elszemélytelenedés a modern medicina komoly veszélye.* Ilyen körülmények között nagy és nehéz kihívást jelent az orvos és a beteg közötti kapcsolatban továbbra is nélkülözhetetlen bizalom megfelelő formájának megtalálása és gyakorlása.

1.2.2. A könyv normatív és szociokulturális célkitűzése: esélyek felmutatása az orvos-páciens kapcsolat megújulására – a páciens autonómiája és a gyenge orvosi paternalizmus kettős perspektívájából

Ebben a könyvben arra teszünk kísérletet, hogy bemutassuk *a medicina „főszereplőinek”*, az orvosnak és a betegnek/páciensnek változó és ugyanakkor megújulással kecsegtető kapcsolatát *a modern medicina keretfeltételei között*. Tesszük ezt *a páciens autonómiája kitüntetett, de nem kizárólagos perspektívájából*. Eleve nem lehet kizárólagos perspektíva a páciens autonómiája: *az orvosi paternalizmus gyenge változata reális opciónak* tűnik a modern medicina feltételei között, még ha vannak is kivételek (pl. esztétikai beavatkozásoknál, ahol a páciens „megrendeli” a szolgáltatást). Ugyanis a beteg/páciens *egzisztenciális szükséghelyzete/ráutaltsága*, valamint az orvos, illetve a medicina szereplőinek *szakmai kompetenciája* olyan alapvető szerkezeti adottságok, amelyek *eleve határokat jelölnek ki* a pácienssé vált beteg autonómiája, önrendelkezési joga számára. Ezek a szerkezeti jegyek ugyanakkor nélkülözhetetlenné teszik az orvosi szakmai kompetencia *értékként* való megőrzését, támogatását és a páciens jólléte érdekében történő *gyakorlati bevetését* a medicina mindennapjaiban.

A fenti célkitűzés realizálásához a modern medicina igényeit sokrétűen kielégítő *bioetikai alapvetést* vesszük *igénybe*, anélkül, hogy ennek kizárólagosságot tulajdonítanánk. Ezért a *hagyományos és a modern orvosi etika nézőpontjait is* bevonjuk a vizsgálódásba.

1.3. Problémafelvetés és előzetes fogalmak: morális érzék, erkölcsi habitus, etikai reflexió a medicina cselekvési tereiben és szociokulturális perspektívában

1.3.1. Az orvosi cselekvések közvetlen interakciós és kommunikációs tere: az orvos-páciens kapcsolat – A medicina szereplőinek normatív és affektív érintettsége

Az orvos cselekvéseinek alapvető interakciós történései az orvos-páciens kapcsolaton alapulnak. Ez a kapcsolat napjainkban különböző szakterületek (medicinatörténet, egészségszociológia, orvosi jog, orvosi etika stb.)

normatív és empirikus kutatásainak tárgya.⁵ Az orvoslás etikájának ebben áll a *szisztematikus-elméleti kiindulópontja*. Az orvosi cselekvésekre és az orvoslással összefüggő tevékenységekre, ezek között egyre nagyobb súllyal a beteg/páciens döntéseire irányuló filozófiai alapvetésű reflexiók jórészt *cselekvéseméleti* megközelítésen alapulnak.⁶ Ám a cselekvéseméleti perspektíva *önmagában nem kielégítő*. S nem csak azért, mert az orvosoknak, a gondozószemélyzetnek vagy a pácienseknek sem idejük, sem kedvük elméleti-megalapozási kérdésekkel foglalkozni. A tisztán cselekvéseméleti megközelítések *a medicina normatív aspektusait kizárólag megfigyelői, „objektív” perspektívából tárgyalják. Márpedig ez a perspektíva nem kielégítő az orvosi hivatás és az e hivatást gyakorló személyiségtípus megjelenésére*. Ugyanis az empátia, a bizalom, az együttérzés és általában véve az alapvető *humanisztikus értékek a medicina mint hivatás lényegéhez tartoznak*. Ezt viszont tisztán megfigyelői perspektívából nem lehet sem átadni, sem gyakorolni. Az „objektív” perspektíva önmagában nem elegendő sem a hivatásról alkotott kép megalkotására, sem a hivatás gyakorlása alapvető normáinak rögzítésére, közvetítésére, gyakorlására. Az orvosi cselekvések személyes-szubjektív, affektív elemei és normatív aspektusai ilyen vagy olyan módon, adekvátan vagy deformáltan, de mindenképpen *érintik az orvoslás minden szereplőjét: orvost, ápolót, beteget, hozzátartozót egyaránt*.

1.3.2. A medicinális cselekvés normativitásának szubjektív-morális és szociokulturális-erkölcsi aspektusai – az etikai reflexió kritériumai alapján

A modern medicinában a *cselekvések normativitásának szubjektív-morális és szociokulturális-erkölcsi, valamint az ezekre reflektáló etikai és jogi aspektusait különböztetjük meg*. Az orvosi cselekvések jogi aspektusaival

⁵ Vö. ehhez az újabb irodalomból: Schildmann–Vollmann 2015: 195.

⁶ A cselekvéseméleti megalapozásra kiváló példákat találunk Michael Quante magyarul is hozzáférhető biomedicinális etikai könyveiben (Quante 2010a, 2010b, 2012a, 2012b). További példaként álljon itt Elisabeth Hildt monográfiája: 2006. Az újabb irodalomból megemlítendő Quante 2016: 163–182.

csak érintőlegesen foglalkozunk: a medicina normativitásának morális (szubjektív-egyéni), illetve erkölcsi (közösségi) aspektusaira fókuszálunk ebben a könyvben.⁷

Az etika sajátos tudományterület, amely elméletileg reflektál – egyebek mellett – a medicinális cselekvések morális és erkölcsi jellegére, és ehhez filozófiailag megalapozott kritériumokat (is) igénybe vesz. Az így értett etikai reflexiót alkalmazzuk a következőkben.

a) A szubjektív-morális aspektus

A morális aspektus, így a medicina szereplőinek saját morális érzéke közvetlenül megjelenik az orvosok és a betegek magatartásában és érintkezési formáiban. Minden szereplő cselekvései, magatartási megnyilvánulásai rendelkeznek valamilyen (helyes vagy problematikus) morális minőséggel és jelleggel. Az egymással való érintkezésekben lehet ez a morális minőség pl. a bizalom és az őszinteség, vagy éppen a bizalmatlanság, netalán az elhallgatott vagy elferdített igazság megnyilvánulása. Van olyan orvos, aki bizalmat ébreszt és táplál a betegekben, és van olyan, aki nem tud, esetleg nem is akar. Ugyanígy van olyan beteg, aki bizalommal fordul az orvoshoz és minden (releváns) információt megoszt vele, de van olyan, aki saját jól felfogott érdeke ellenére sem teszi ezt. Márpedig a bizalom elengedhetetlen feltétel és tényező a modern orvoslásban is. De nem a feltétlen, „vak” bizalom az, amire napjainkban szükség van. Bizalomra van szükség pl. egy harmadik személy védelme érdekében, amikor egy HIV-fertőzött elhallgatja ezt a betegségét, s valami egészen más panasszal fordul orvoshoz. Az elhallgatással komoly veszélybe sodorhat másokat. A betegnek/páciensnek saját érdekében is szüksége van a bizalomra. Ennek megnyilvánulása akkor a legvalószínűbb, amikor az orvos a kétségbeesett betegben képes a bizalom érzését kiváltani. Ráadásul a páciens betegségéről megfelelően tájékoztatott orvos körülmények között és szakmailag helyesen tud eljárni, ami a páciens elemi érdeke: vagyis az orvos felé kifejezett őszinteségének és bizalmának ő maga a fő nyertese. Azt mondhatjuk tehát, hogy a morális érzék megfelelő vagy nem megfelelő formájának, megnyilvánulásának, azaz

⁷ Mindamellett a Függelékben található egy lista az újabb keletű német nyelvű irodalomból a jog és a paternalizmus témaköréhez.

gyakorlásának van közvetlen medicinális hatása is. Ezért sem közömbös, hogy a modern medicina keretei között, az egészségügy területén milyen-fajta morál, milyen morálhoz kapcsolt hivatáskép és magatartási minta terjed el a medicina érintettjeinek és szereplőinek érintkezéseiben.

b) A szociokulturális-erkölcsi aspektus és az intézményi beágyazottság

Nemcsak a medicina szereplőire érvényes, hanem általában véve igaz, hogy cselekvéseink általános morális tartalmát és a morális érzéket, ennek azt a formáját is, amit bizalomnak nevezünk, *szocializációs folyamatban sajátítjuk el*. Ebben a család, az iskola, a környezet, az adott közösségi kultúra döntő szerepet játszanak. A másokkal való érintkezési formákban, társadalmi-kulturális alakzatokban (cselekvések, nyelv és egyéb kommunikációs formák) gyakoroljuk és tesszük nyilvánossá morális érzékünket, így a másokkal vagy némelyekkel szemben tanúsított bizalmat is – vagy ennek hiányát. A morális érzék kisebb-nagyobb közösségekben végbemenő gyakorlásának és kinyilvánításának jelenségeiből alakul ki és adódik össze *a megélt, reális erkölcs*, ami az adott közösség egyik összetartó ereje. *Az erkölcs az egyének szubjektív morális érzékének, így pl. mások iránt táplált bizalmának a gyakorlása a legkülönbözőbb társadalmi-közösségi keretekben és formákban*. A családban vagy a munkahelyi, illetve hivatásbeli közösségben ugyanakkor *minden egyén saját és sajátos morális érzékét* is kinyilvánítja. A modern társadalom egyik alapvonása, hogy az egyének, az egyén (személy) életfelfogásának, élettervének, életstílusának, ezek sajátosságának, másokétól eltérő jellegének kitüntetett szerepe van. Ezért kap sokkal fontosabb helyet a morális érzék a modern társadalom kapcsolati formáiban, mint a közösség által kimunkált erények, mint pl. a hazafiság. Az *erény* a modern társadalom plurális és az egyéni orientációkat preferáló jellegétől eltérően *elvárt és előírt* magatartási minta, amelyhez a közösség tagjainak tartaniuk *kell* magukat, akkor is, ha saját morális érzékük berzenkedik ez ellen (pl. hadviselési kötelezettség a haza védelmére egy békepárti személy esetében).

Saját morális érzékét a modern egyén nem magányosan és elszigetelten, hanem interakciós terekben és kommunikációs formákban gyakorolja. Ezekbe a formákba nem feltétlenül született bele, hanem gyakran saját maga választja meg, pl. a hivatás vagy egy intézmény (iskola, munkahely)

választása révén. Példa lehet erre a frissen végzett orvos, aki nem a szülőfalujába megy háziorvosnak, pedig hívják, hanem inkább a városi kórház ajánlatát fogadja el. A legújabb interakciós és kommunikációs terekre, a régiektől eltérően, nem jellemző az erőteljes intézményi becsatornázás. Ennek példái az internetes közösségi oldalak és fórumok. A lényeges az, hogy *az egyén saját maga választ*. A választott, saját maga által is alakított interakciós terekben, kommunikációs formákban érintkezik más egyénnel, akik szintén saját és sajátos morális érzékkel rendelkeznek. Ezekből az interakciókból kristályosodik ki a nem hagyományos közösségre jellemző, *az egyéneket lazábban kötő újabb fajta erkölcs*. *A modern egyén újszerű kapcsolati alakzatai nagyon sokszínű egyéni morális tartalmakat fognak át. Ugyanakkor a modern társadalmakban is tovább léteznek hagyományos közösségi formák* (pl. a család, vagy az iskola, vagy a hivatás gyakorlásának intézményi formái, szervezetei) és erkölcsi tartalmak. Az orvosi hivatást gyakorlók közösségét adott esetben a *kórház mint intézmény*, vagy más módon a *Magyar Orvosi Kamara* mint az e hivatást gyakorlók országos szervezete reprezentálja. Annak érdekében, hogy az intézményhez (az adott kórházhoz), illetve a szakmai szervezethez (MOK-hoz) tartozás ethosza ne kerüljön veszélybe a sokféle érdekek, szembeállító és széthúzó tényezők miatt, az adott intézmény, illetve szakmai szervezet tagjai gondoskodnak a normális működőképesség, a szükséges összetartás és összetartozás biztosításának normatív (etikai és jogi), valamint gyakorlati feltételeiről. Például úgy, hogy szabályzatot alkotnak és ennek betartásán őrködnek.

c) Morális attitűd és erkölcsi habitus, morál és etika

A modern társadalom egyfelől sok szabadságot ad az egyéneknek morális érzékük alakításában, ami *szubjektív-morális attitűddé kristályosodik ki*. Másfelől az egyének *szociokulturális-erkölcsi habitusa* nagymértékben függ a hivatásukhoz (családjukhoz, iskolájukhoz stb.) kötődő erkölcsi kötelességektől, elvárásoktól. Így van ez az orvosi hivatást gyakorlóknál is. Az orvos erkölcsi habitusát és morális attitűdjét a *hivatásához szorosan hozzátartozó szakmai erkölcsi identitásképző tényezők* nagymértékben alakítják. Ezek között kiemelt jelentősége van az *orvosi etika* tantárgynak az orvostudományban, illetve az *orvosi eskünek*. Az orvostudomány *kurrikuluma* is fontos szerepet tölt be az orvosi szakmai erkölcsi identitás kialakulásában.

Az etika mindenekelőtt egy sajátos tudományterület, amely elméletileg reflektál – egyebek mellett – a medicinális cselekvések morális jellegére és erkölcsi tartalmára. Ehhez filozófiai megalapozott kritériumokat is alkalmaz. Ám amikor az orvos-beteg kapcsolat etikai kérdéseit elméleti igénytel tárgyaljuk, akkor is szem előtt kell tartanunk, hogy ennek a reflexiónak a tárgyát az orvos-beteg kapcsolatban és az orvoslás mindennapjaiban, annak teljes spektrumán (pl. az orvosi kutatásban részt vevő személyt is beleértve, aki nem „beteg”) végrehajtott cselekvések, valamint a cselekvők, illetve magatartási megnyilvánulásaik alkotják. Vagyis az etika elmélete a medicina területein sem szakadhat el valóságos szociokulturális, életvilágbeli és sajátos szakmai fundamentumától.

Ha definiálni akarnánk a különbséget az erkölcs és az etika között, akkor ez így hangozna: az erkölcs értékelések és előírások sokasága, amelyek más lényekkel, elsősorban más emberekkel való helyes és helytelen érintkezésre vonatkoznak. Az etika a morál társadalmi-kulturális terekben és kommunikációs formák által közvetített gyakorlásának, a „valóságos erkölcsnek” (Hegel) az elmélete. Az erkölcs területéhez kötelességek, tilalmak, erények tartoznak. Az erkölcsi ítéletek sajátossága, hogy magas szintű érvényességre, általánosíthatóságra és elkötelezettségre tartanak igényt, és ez az igény túlmegy a konvenciók vagy a jog érvényességi igényén.⁸ Az erkölcsi elvárások, kötelességek, tilalmak elsajátítása, interiorizálása révén teszünk szert saját morális érzékre, és ennek megszilárdulásával, a személyiségünkbe történő beépülésével ránk jellemző, saját morális attitűdre.

1.4. A medicina kitüntetett társadalmi és etikai státusza, ennek megkérdőjeleződése és megkérdőjelezhetetlensége

Az orvoslás, illetve az orvosi státusz magas társadalmi rangja történeti és szociológiai tény. Ám az utóbbi évtizedekben, részben a modern medicina keretfeltételeinek változásaihoz kapcsolódva elkezdett erodálódni ez a különleges státusz.

⁸ Az etika és az erkölcs fogalmi különbségének meghatározásához vö. Schöne-Seifert 2007: 9.

1.4.1. Intern/belső etikai önszabályozás vs. extern/külső etikai kompetenciameghatározás a modern medicinában

Az orvostársadalomhoz való tartozás társadalmilag hagyományosan magasra értékelt *hivatásbeli kritériumok* teljesülésén alapul. Tagjait egyénenként akár egészen különböző morális érzékük ellenére összekötik a közös hivatás, e hivatás kritériumai és ezek teljesülése. Ezt a kötést sajátos normák felállításával és betartásának elvárásával, s ennek szabályozásával is megerősítik, ami az orvostársadalom, de a szélesebb értelemben vett társadalom felé is kifejezi ennek a hivatásnak a magas értékét. Az orvosi hivatás *magasra értékeltségének védelme közös érdeke az e hivatást gyakorlóknak*. E védelem céljából életre hívják a megfelelő szervezeteket (pl. az orvosi kamarát), valamint kimunkálják, gyakorolják és áthagyományozzák azokat az etikai normákat, szabályokat, adott esetben jogi eszközökkel is megerősített szokásokat, amelyek e hivatásnak mással összetéveszthetetlen védjegyei. Ilyen védjegyek pl. Magyarországon a szokásjogon alapuló szabályozás a diplomával járó doktori címről, amely nem azonos a PhD-vel, vagy az orvosi eskü mint az orvosi ethosz védjegye. Az etikai, részben jogi szabályozásnak az is célja, hogy az érintetteknek – a mindenkori orvosnak – a többiekétől adott esetben eltérő morális érzéke és attitűdje ellenére *alapjaiban azonos irányú és tartalmú etikai orientálást* nyújtson hivatásuk gyakorlásában. Az *orvosi etika* kidolgozása és áthagyományozása ennek az alapvető szükségletnek a kielégítését szolgálta évezredek át. S ma is ezt hivatott szolgálni – ez a funkciója változatlan.

Ám az utóbbi évtizedek fejleményei a medicinában világossá tették: ennek a funkciónak az orvosi etika akkor tud maradéktalanul eleget tenni, ha képes számot vetni a modern medicinát érintő technológiai és társadalmi, jogi, gazdasági stb. változásoknak a medicinára gyakorolt hatásaival. Ehhez a szakmai és etikai számvetéshez azonban az intern/belső etikai szabályozás kizárólagosságához való ragaszkodását fel kell adnia, ami a hipokratészi esküben és tanokban gyökerezik. *Az új helyzet a hagyományos/ klasszikus orvosi etika korrekciójának és kiegészítésének igényét hívta életre.*

A modern medicina megkerülhetetlen etikai számvetésének új vonása éppen az, hogy nem intern jellegű, nem csak az orvostársadalom belügye,

eltérően a hagyományos, hippokratészi etikától, amely elsősorban az orvosok egymás közötti érintkezéseit és a beteggel való kapcsolatot szabályozta. Ennek a változásnak számos, később tárgyalandó összetevője van. Ezek között az egyik legfontosabb összetevő az, hogy *a modern medicinális szaktudás lényege szerint továbbra is az orvostársadalom kompetenciájába tartozik*. Ugyanakkor ennek a szaktudásnak a releváns etikai kérdései egy másfajta szaktudássá kristályosodtak ki, ami eleve kivezet a szűkebb értelemben vett medicinális cselekvési és kommunikációs térből. *A modern medicinának megfelelő etikai szakmai kompetencia önálló tudásterületté nőtte ki magát* a biomedicinális és a bioetikában, amit viszont nem feltétlenül orvosok művelnek, hanem pl. filozófusok, jogászok, teológusok. Ennek az újfajta tudásterületnek *a medicina gyakorlathoz való visszacsatolása ugyanakkor alapvető szükségletté vált* a medicina megváltozott keretfeltételei között, amire sokszor maguk az orvosok mutatnak rá. Annak a szükségletnek a kielégítése, amelyet ez az új tudásterület szolgál, nem öncélú: *az orvosi hivatás korszerű és hatékony ellátását szolgálja*.

A modern orvosi etika (a biomedicinális etika) és a bioetika diszciplínáiban kikristályosodott tudásterületnek a medicina gyakorlathoz való visszacsatolására a bioetika több mint fél évszázados történetében *különböző elméleti megoldásokat és intézményi kereteket* dolgoztak ki, és dolgoznak ki jelenleg is. Ilyen forma az *etikai tanácsadás a kórházakban és a klinikákon* az egyes konkrét esetek kezelésére, vagy az adott *intézmény etikai arculatának kimunkálása*.⁹ Az önmagát biomedicinális és/vagy bioetikaként definiáló tudásterület művelői közt találunk etikusokat filozófiai háttérrel, teológusokat, de orvosokat, jogászokat is. Ez önmagában is jelzi, milyen sokrétű kérdések merülnek fel a modern medicina keretfeltételei között az orvoslásban, ami *eleve interdiszciplináris* tudásterület kimunkálását vonta maga után.

⁹ Az etikai tanácsadás elméleti és gyakorlati kérdéseiről vö. Vieth alapos elemzését: 2006: 21–55.

1.4.2. A (magyar) medicina – a magas szintű normativitás (társadalmi mintaadó szerep) és a mindennapok etikai deficitjei közötti konfliktusok terében

A medicina etikai aspektusait *magas szintű normativitás* jellemzi. A legrégebb és mindmáig érvényes etikai elv, *a jót tevés elve a legmagasabb követelményt állítja fel az orvossal szemben. Ám a páciens autonómiájának modern elve korlátok közé szorítja ezt a hagyományos normát.*

De mit jelent ez a mindennapokban, hogy érvényesül az orvos-beteg kapcsolatban, és hogyan reflektál a mindennapi tapasztalatokra az orvoslás etikája?

Először is szögezzük le: ahogy az említett cselekvéseméleti megközelítés belső szakmai kérdései többnyire nem érdeklik az egészségügy szereplőit, úgy az egészségügy mindennapjaiban jelen lévő morális szempontokra való elméleti reflexiók és etikai diskussziók sem váltanak ki különösebb érdeklődést az érintettek többségében. Az orvosok és az ápolószemélyzet többnyire nem olvas bioetikai könyveket és folyóiratokat. Ám a morális szempontok, így a valamilyen szinten és formában minden szereplőnél meglévő, a személyiséghez tartozó morális érzék és attitűd (ennek hiánya is morális jelleg!), valamint az orvosi etikából/hivatásetikából elsajátított köteleességek a medicina szereplői *erkölcsi habitusának* alkotóelemeivé válnak, és ily módon *alkotóelemei a medicina mindennapjainak.*

a) Morális közömbösség, közöny

Akár negatív módon is kifejeződhet ez, pl. ha egy konkrét egészségügyi intézmény bizonyos egységében bizonyos alkalmazottak rendre megsértik a helyes magatartásra és cselekvésre vonatkozó orvosetikai előírásokat és/vagy a kodifikált jogi normákat – minden következmény nélkül. De még ilyen esetben sem gondolhatjuk vagy állíthatjuk azt, hogy az orvoslás és az egészségügy mindennapi gyakorlata *morálisan semleges lenne.* Azt sem állíthatjuk, hogy *nem releváns* morális jellegről vagy etikai kötelességről beszélni ott, ahol kiiktatják vagy felfüggesztik az általános és a szakmaspecifikus morális és etikai aspektust. Az nem perdöntő bizonyíték a morális semlegességre vagy irrelevanciára, ha az érintettek – az egészségügyi dolgozók vagy a betegek némelyike – pl. a fent említett jelenséget, a helyes

magatartás normáinak rendszeres megsértését – morálisan semlegesnek, érdektelennek, közömbösnek tekinti vagy annak nyilvánítja, s kizárólag az ellátás szűkebb szakmai kritériumainak betartását állítja fel követelményként. A *morális közömbösség, közöny vagy akár a cinizmus* jelenségeivel elég gyakran találkozunk az orvosok körében.

b) A „legjobb orvos” mítosza

Közismert, hogy a beteg mindig a „legjobb” orvost keresi. A „legjobb orvos” alatt pedig többnyire a szakmailag legjobbnak tartott vagy mondott orvost értik. Az viszont a betegek túlnyomó többségét nem nagyon érdekli, hogy milyen ember az a bizonyos „legjobb” orvos. Márpedig korántsem biztos és egyáltalán nem evidens, hogy a szakmailag legjobb (vagy annak mondott) orvos megfelelő morális érzékkel (pl. beleélő képességgel), magas szintű erkölcsi tudattal (tisztességes, emberséges, bizalmat kiváltó érintkezés a beteggel), valamint hivatásának magas szintű etikai normái birtokában kezeli a beteget. Ez utóbbi alatt azt értjük, hogy a betegének valóban a legjobbat akarja, maximálisan kerüli a károkozást, a beteg autonómiáját tiszteletben tartja, a tájékoztatáson alapuló beleegyezést megfelelő informálás után szerzi be a betegétől, az orvosi titoktartási kötelezettséget betartja, a beteg bizalmával nem él vissza. Ha ezeknek a (kétségtelenül magas) morális és etikai normáknak a megléte és érvényesülése kérdéses vagy bizonytalan, akkor viszont az sem biztos, hogy a beteg összességében valóban a *legjobbat* kapta a kezeléséhez, amikor a szakmailag legjobbnak mondott orvost választotta. Köztudott: az orvos emberi habitusával és személyiségével is hozzájárul a betege gyógyulásához. Évezredek, az orvosi esküben is rögzített tapasztalat igazolja: *az orvos kompetenciáját nem lehet, nem szabad csak szakmai tudására redukálni. Az orvos emberként és személyiségként is részt vesz a betegeivel való interakció minden formájában (vizit, konzultáció, tájékoztató beszélgetés, beavatkozás, kontroll, utókezelés stb.).*

c) Etikai semlegesítési kísérletek a medicina mindennapjaiban

A morális érzék gyakorlásának és a hivatásbeli etikai szabályok betartásának a hiányosságai a medicina mindennapjaiban komoly problémákat jeleznek. Az a széles körben elterjedt vélekedés, hogy a morális érzék és

a hivatásbeli etika szabályokba vagy törvényekbe foglalása csak írott ma-laszt az egészségügyben, felveti a kérdést: mi váltotta ki ezt a vélekedést? Talán sok-sok korábbi negatív tapasztalat, aminek nyomán idővel sokan hozzászórtak morálisan elfogadhatatlan helyzetekhez? A paraszolvencia közismert témáját itt és most nem tárgyaljuk, jóllehet ez alapvető jelentő-ségű szindróma ebben az összefüggésben is. De nem csak azért nem térünk ki erre, mert a paraszolvencia legalább annyira (büntető)jogi kérdés, mint amennyire etikai, tehát eleve jogi megközelítést igényelne. Ebben az ösz-szefüggésben inkább arról van szó, hogy önmagában is éppen eléggé ösz-szetett a morál és az etika problematikája a medicinában és az egészségügy mindennapjaiban, s jelen vizsgálódásban éppen erre összpontosítunk.

Vitathatatlan tény, hogy részben éppen a paraszolvencia elterjedése és beivódása az orvos-beteg kapcsolatba vezetett ahhoz a veszedelmesen ter-jedő jelenséghez, amit a medicina etikai semlegesítésének vagy közömbö-sítésének nevezhetünk. Ez a jelenség napjainkra a mai egészségügyi sze-replők (beleértve a betegeket és hozzátartozóikat) körében széles körben elterjedt és komoly veszélyforrást jelent a medicina minőségére és ennek jövőjére.

Mindenekelőtt azért, mert a medicina szereplőinek viszonyrendszere és ennek etikai jellege, minősége nem másodlagos jelentőségű. Részben azért nem másodlagos kérdés, mert a medicina *társadalmilag magasra értékelt státusza etikai jellegére is kihat*: itt is magasra helyezendő a mérce. Rész-ben pedig azért nem másodlagos a medicina szereplői közti kapcsolatok etikai minősége, mert az *orvoslás lényege konstans*. Ez azt jelenti, hogy a medicina lényegéből ered, attól elválaszthatatlan, hogy *képes reagálni az emberi létezés szükséghelyeteiből eredő humán és személyes egzisztenciá-lis igényekre*. Ennek megfelelően a *jót tevés* orvosi etikai normája a hivatás lényegéből eredő medicinális gyakorlat belső/intern szabályozó elve, ami a *legmagasabb etikai minőséggel* ruházza fel a medicinát és gyakorlóinak tevékenységét, és ezt semmi nem írhatja felül.

1.4.3. Az orvos-beteg kapcsolat mintaadó szerepének veszélyeztetettsége, ennek társadalmi és medicinális hatásai

Az orvos-beteg kapcsolat szociokulturális és etikai jellege, minősége nemcsak visszatükrözi a fennálló viszonyokat, hanem *mintaadó* terület is. Az orvos-beteg kapcsolat jellege, minősége alapvető *interszubbjektív és interakciós érintkezési modellként kihatással van a mindenkori társadalom más kapcsolati, interakciós és kommunikációs formáira is*. Az orvosi hivatás magasra értékeltségének ez további fontos összetevője.

Am ha a társadalmi érintkezési viszonyokban és mintákban még feudálisztikus vonások uralkodnak, amit a magyar társadalomról számos szociológiai vizsgálat igazol, akkor nyilvánvaló, hogy a társadalmi környezet legkülönbözőbb szegmenseiben, így az orvoslásban is érzékelhetők ennek tünetei.¹⁰ A társadalmi kapcsolatok jellemzően elterjedt típusai és magatartási mintái befolyásolják a kiemelt, mintának tekintett hivatásbeli kapcsolatokat, kapcsolattípusokat. Mindig kettőn áll a vásár, ahogy a paraszolvencia kérdésében is. De ez nem jelenti azt, hogy az etikai felelősség is azonos szintű lenne. A mintaadó csoportnak, legyen ez az értelmiségi elithez tartozó orvostársadalom (vagy más összefüggésben a politikai elit), *más nagyságrendű a társadalmi és etikai felelőssége*. Az előbbinek a betegekkel, az utóbbinak a választókkal, mindkettőnek a (magyar) társadalommal szemben. *Ha elvész ez a társadalmi felelősségérzet*, ami az orvosi etika szabályain nyilván jóval túlmutató kérdés, akkor ez *az egész társadalomra nézve súlyos veszteség*. S ha ráadásul még a *szakmai felelősségérzet*, így az orvosi (politikusi, tanári, lelkeszi stb.) felelősségérzet és morális attitűd is sérül, akkor ez további komoly veszteséget hoz magával nemcsak az

¹⁰ Valuch Tibor a jelenkor magyar társadalmát elemző könyvében megállapítja: „A társadalmi és gazdasági viszonyok a teljesítménnyel szemben a pozíciók által dominált személyi függőségek továbbélését segítették elő, tartósítva a kontraszelekció, a protekcionizmus és a korrupció mechanizmusait, amelyek végső soron a demoralizálódást, a dezintegrálódást erősítették és gyengítették a társadalmi integrációt.” Valuch 2015: 185. A nyolcvanas évek e társadalmi jellegzetességei és a hozzájuk kötődő értékek a rendszer-váltás óta sem tűntek el, sőt nem is gyengültek. Vö. Kovách–Dupcsik–Tóth–Takács 2012; Kolosi–Tóth 2010. Joggal állapítja meg Valuch: „A gazdasági és a társadalmi életben a korábbi évtizedek során (részlegesen?) felszámolt polgári magatartásformák újratemetése és megerősítése/megerősödése hosszú időt igénylő folyamat.” Valuch 2015: 186.

adott társadalmi réteg, hanem az egész társadalom és minden tagja számára.

Az orvos szakmai felelősségérzetének sérülésére bárki számos példát tud felhozni. Felmerül a kérdés: vajon hozzá lehet-e, s egyáltalán hozzá kell-e szokni ahhoz, hogy a beteget némely rendelőben vagy klinikai ambulancián levegőnek nézik, miközben az asszisztensek a folyosón sétálgatva a betegek füle hallatára tárgyalják ki az éppen esedékes magánéleti gondjaikat, s órákon át tudomást sem vesznek az időpontra odarendelt beteg jelenlétéről? Sajnos nem ritka az ilyen helyzet, ami valóban azt a benyomást kelti, hogy szó sincs itt morális érzékről, de hivatásbeli etikai kötelességről sem, hogy a társadalmi és szakmai etikai felelősségérzetről ne is beszéljünk, a betegjogokat pedig egyenesen felejtjük el. Arról a törvényesen is egyértelmű kötelezettségről még nem is ejtettünk szót, hogy az egészségügyi intézményekben dolgozóknak munkaidejük teljes időtartama alatt kötelességük a betegek megfelelő szintű és szervezettségű ellátása. A törvényen kivülség állapotát tovább erősíti a (tudatos vagy tudatlan) morális semlegesítési szándék, aminek számos jelét tapasztaljuk. És mindehhez a betegek hozzájárulása is kell.

A sok tapasztalattal igazolható *morális deficit*, sőt *jogsértés* azonban mégsem jelenti azt, hogy a morális érzéket és attitűdöt, valamint az etikai normákat felrúgta volna az adott szakmai vagy a szélesebb társadalmi közösség. Ezeket a normákat az orvostársadalomhoz tartozó minden egyes orvos az orvosi esküvel elfogadta és mindmáig elfogadja. Ennek a normarendszernek az elfogadása hozzátartozik a diplomához, ami nélkül a felavatott orvos eleve nem gyakorolhatná a hivatását. Az lehet, hogy egyes orvosok valóban úgy viselkednek, mintha az esküszegés természetes jelenség lenne. Ám ténylegesen egyetlen orvos sem kapott az illetékesektől (pl. az orvosi kamarától vagy az adott orvosi egyetem, orvosi kar illetékes vezetésétől) felhatalmazást arra, hogy hatályon kívül helyezze akár csak önmagára vonatkozóan is a hivatásbeli etikai szabályokat, azok betartásának kötelező jellegét.

S ami a legfontosabb: *az orvosi hivatás lényegéhez tartozik a humanitás, az, hogy a rászorulókon, a betegeken, a betegségük által kiszolgáltatottakon segítsen, enyhítse szenvedésüket, és mindent megtegyen jóllétükért. Ez az erkölcsi tartalom és tartás kiiktathatatlan és megkérdőjelezhetetlen ösz-*

szetevője az orvosi hivatásnak és az ezt gyakorlók habitusának – a modern medicina keretfeltételei között is.

1.4.4. A morális attitűd és az erkölcsi habitus kiiktathatatlansága a medicinában

A fásultság, a belefáradás, az empátia hiánya valós jelenségek, amelyek részben az egészségügy finanszírozási és szervezeti/szervezési problémáiból, az ebből is adódó túlterhelésből és nyomásból táplálkoznak.¹¹ Mindennek ellenére nem igazolható sem az orvoslás etikai normáinak felfüggesztése, sem az érintettek, az egészségügyi személyzet morális érzékének hiánya. A beteg pontosan érzi és tudja, mi történik vagy éppen nem történik vele, és erről etikailag is releváns véleménye lehet és van. Nyilván így vannak ezzel az orvosok és az egészségügy többi szereplője is: lelkiük mélyén tisztában vannak azzal, hogy adott napon több alkalommal is megsértették a morális és etikai elvárásokat a betegekkel való érintkezésben. Vagyis *a morális érzék, ha rejtetten, nem megfelelően kinyilvánítottan is, de valójában mindig működik*. Ráadásul a morális semlegesítésre (elrejtésére, elhallgatására, gyakorlati kiiktatására) való törekvés mögött meghúzódó jelenségek, így a minden emberre érvényes morális előírások megsértése, az adott hivatáshoz kötődő felelősségérzet, egyáltalán a hivatásbeli erkölcsi kötelességek felfüggesztése, hatályon kívül helyezése nem jó senkinek. Árt a betegnek, de nem használ az orvos és az egészségügyi személyzet lelkiismeretének, az adott intézmény hírnevének sem. Nem tesz jót az orvos emberi és szakmai önképének és önazonosságának, végső soron a saját szakmai, valamint szakmája társadalmi presztízsének sem. Mert a szakmai tekintélyen túl rombolja az orvos emberi és személyes tekintélyét, akkor is, ha a retorziótól féltő beteg az orvossal szemben, vagy adott esetben alá-

¹¹ Aktuális (2016-os) felmérési eredmények szerint a legkisebb kórházakban keresnek a legjobban az orvosok. Bizonyos egyetemi klinikákon (Budapest és Debrecen) az átlagfizetés jóval alatta van a kisebb vidéki kórházak átlagfizetésének, holott a klinikai orvosoknak a gyógyító tevékenységen kívül a tanítás és a kutatómunka is a feladatkörükbe tartozik. Ezek az adatok rávilágítanak a magyar egészségügy súlyos finanszírozási és szervezési hiányosságaira.

rendelt pozícióban lévő orvos a professzorral vagy mindenkori felettesével szemben mindezt nem nyilvánítja ki.

Továbbra is áll tehát, amit fentebb megfogalmaztunk: *az egészségügy és az orvoslás összes szereplője morális érzékkel/attitűddel és erkölcsi habitussal rendelkezik. Ez általános szocializációs folyamatokban* (a család, az iskola, az egyetemi képzés stb. közösségi-kulturális és intézményi környezetében) *kristályosodik ki és interiorizálódik*. A szocializáció minden emberre jellemző, univerzális közösségi, ugyanakkor kulturálisan sajátos antropológiai vonás, amely a más emberekkel való *szükségszerű* érintkezéseinknek, létezésünkben az egymásra utaltságunknak az eredője. *Emberként is érintett* mindenki abban, amit tesz vagy nem tesz, s abban, ahogyan teszi vagy ahogyan nem teszi. Elvégre nem magányos Robisonokkal van tele a világunk, sőt még neki is volt társa, Péntek személyében. A morálnak a másokra való ráutaltságon alapuló antropológiai jellege különösképpen nem függeszthető fel orvosi cselekvésekben és az orvos-beteg interakciókban: ennek a kapcsolatnak a gyökere a páciens részéről a *szükséghelyzetben és a ráutaltságban* van, az orvos részéről pedig a *szükséghelyzetben* lévő emberen való segítség *szakmai képességében és etikai elköteleződésében*. Legyen bármilyen fejlett is a medicinális technika, ezt a szükséghelyzetet és ráutaltságot, illetve az erre való szakmai és etikai tartalmú elkötelezett reagálást, a gyógyítás hivatásának vállalását és gyakorlását soha nem tudja felülmúlni.

Az orvos-beteg kapcsolatnak van egy erős támasza: *az orvosi etika, amely rögzíti és előírja az orvoslás és az orvos-beteg/páciens kapcsolat hivatásbeli etikai szabályait, elvárásait*. Ennek a hivatásbeli etikának a medicinában igen nagy múltra visszatekintő hagyománya van.

2. A hagyományos/klasszikus orvosi etikától a bioetikához – Az orvos-beteg/páciens kapcsolat etikai aspektusai

2.1. A medicina etikai szabályozása az orvosi etikában

Történeti szempontból különbség tehető a segítő és a beteg viszonyának *spontán-ösztönös, mágikus-vallásos* (a mágus vagy a javasasszony gyógyító szerepe a különböző kultúrákban közismert példa) formái, valamint a *tudományos formák* között.¹² Az orvoslásban a tudományok szerepének rendkívüli mértékű felértékelődése az újabb fejlemények közé tartozik. Napjaink gyakorlatától eltérően a természettudományok évszázadokon át nem uralták az orvoslást. Ez azt is jelenti, hogy az emberiség történetében lényegesen hosszabb időtartamú hagyománnyal rendelkeznek más gyógyítási formák. *A természettudományok kitüntetett szerepe az orvoslásban a 20. század fejleménye.*

2.1.1. A hippokratészi hagyomány

Ugyanakkor van olyan tradíció, amely az orvoslás tudományos alapjait és technikai lehetőségeit már évezredekkel ezelőtt figyelembe vette, és összekapcsolta az orvossal szemben felállított etikai normákkal. Ez a hagyomány felhívta a figyelmet a máig központi jelentőségű kérdéskörre: *a technikai-lag lehetséges, az orvosilag megengedhető és az erkölcsileg helyes közötti határok meghúzásának problematikájára.* Ennek a tradíciónak a kiinduló-

¹² Az orvosi etika történeti és kulturális kontextusainak témaköréhez vö. Reiser et al. 1978: 84, valamint Veatch 1993: 19. Idézi Schöne-Seifert 2007: 11.

pontja Hippokratész működése és műve volt.¹³ Ez az alapvetés olyan hatást gyakorolt az ún. nyugati orvoslásra, hogy *még ma is meghatározó jelentőségű* az antikvitásból származó hippokratészi medicinában és etikában kialakult orvos-páciens kapcsolat modellje a medicina gyakorlatában és az orvos-beteg kapcsolat etikai aspektusai vonatkozásában.¹⁴ Mi magyarázza ennek az évezredekén átívelő hagyománynak a töretlen életképességét?

Hippokratész műve és az ehhez kötődő hagyomány mindenekelőtt azt juttatja kifejezésre, hogy nem a 20. század második felében merültek fel először a természettudományos és technikai fejleményeknek a medicinában való alkalmazása kapcsán az orvosilag megengedhető etikai lehetőségeire és hatáira vonatkozó kérdések, hanem jóval korábban. Nem véletlen, hogy éppen ez a megközelítés terjedt el a nyugati kultúrkörben, ami az orvosi szaktudás jelentőségének hangsúlyozása mellett az etikailag kijelölhető és kijelölendő határok fontosságát állította középpontba. Hippokratész az i. e. 4. században rögzítette e hagyomány két tartópillérét, az orvosi szaktudásnak, valamint a technikailag-orvosilag lehetségesnek az etikai hatáira irányuló kérdéskörét. Ez a *Corpus Hippocraticum*, amely az *orvosi praxisról és az orvosi etikáról szóló töredékeket összefoglaló alapirodalomnak számít napjainkban is*.¹⁵ Hippokratész hagyatéka a *technikai lehetőség/képesség (können) és a morális elvárás (sollen) viszonyában határokat szab és kötelességeket fogalmaz meg az orvoslás gyakorlata és a kutatás számára egyaránt*. Idetartoznak a tanárt és a családot érintő köszönetnyilvánítási kötelesség mellett a pácienssel szembeni hivatásbeli kötelességek. Ennek értelmében a hivatásbeli tudás alkalmazása a beteg javára, sohasem a kárára kell hogy történjen. Előírja továbbá az eutanázia és a terhességmegszakítás tilalmát, a tisztességes magánélet és hivatásgya-

¹³ Az i. e. 6. századból származó hippokratészi eszköz szellemisége ma is áthatja az orvosi eszközöket. A beteg/páciens jólléte és a szándékos károkozás kerülése napjainkban is érvényes alapelvek. Vö. Magyar Nagylexikon 1999: 497. A hippokratészi eszkökhöz németül lásd Der Eid des Hippokrates. In Sass 1989, 2006, Függelék: 351–352, valamint Hippokrates 1955.

¹⁴ Az alábbi kifejtésben nagymértékben támaszkodtam Jan Schildmann és Jochen Vollmann megfelelő szócikkére, amely a legújabb német nyelvű összefoglaló írás erről a témáról. Vö. Schildmann–Vollmann 2015: 194–199.

¹⁵ Ehhez részletesebben: Sass 1989, 2006: 5.

korlás melletti elköteleződést, a páciensekkel való szexuális kapcsolat tilalmát, a titoktartási kötelezettséget.

A *Corpus Hippocraticum* az orvosi etika alapszabályainak gyűjteményeként évezredekken át előírta az orvos gyógyító tevékenységében alapvető szabályok betartását.¹⁶ Az orvosi hivatás ethosza ebben a hagyományban az orvosi cselekvések kötelező kereteit jelöli ki az orvosi hivatást gyakorlók számára.

2.1.2. A hippokratészi hagyomány kiegészülése

*Keresztény szemszögből a betegek és a rászorulóok gondozását állították az orvosi etikai reflexiók középpontjába.*¹⁷ Más kultúrákban is találunk hasonló megfontolásokat és előírásokat: a taoista orvos Sun Simiao híres munkáját a 7. századból, Gong Tingxian „Tíz szabály”-át a 15. századból.¹⁸ Ezen szabályok értelmében a konfuciózus írások ismerete és egy mélyen gyökerező etikai alapállás az orvosi cselekvések előfeltételét jelentik. A megfelelő etikai és bölcséleti ismeretek elsajátításának kötelessége azonos szinten van a technikai-orvosi szaktudás birtoklásának kötelezettségével, például a pulzus diagnózisával. A tíz szabály közül az első az, hogy a betegnek olyan orvost kell keresnie, aki „megvilágosodott”, azaz érti a bölcsesség és az etikailag helyes cselekvések szabályait is. Az együttműködés és a szabályhoz való hűség a második legfontosabb szabály a beteggel való kapcsolatban. Ez a szabályozás ugyanúgy az orvoslás paternalista (atyai-gondoskodó) tradícióját jeleníti meg, mint a *Corpus Hippocraticum*. Vagyis az orvosi paternalizmus közös vonása a konfuciózus orvosi etikának és a hippokratészi ethosznak egyaránt. Ez mindmáig mély nyomokat hagyott a medicina gyakorlatában és az orvosok, sok esetben a betegek/páciensek beállítottságában is. Ennek a hatásnak a modern medicinában van árnyoldala is: a beteg passzív hozzáállása, teljes mértékben az orvosra hagyatkozása, alulinformáltsága széles körben tapasztalható negatív tünetek, ami pl. a preventív/megelőző gyógyászat elterjedését és hatékonyságát komolyan aka-

¹⁶ Vö. Bergdolt 1998: 647–652.

¹⁷ Eibach 1997: 215–231; Bergdolt 1998: 647–652; Anselm 1999: 91–108.

¹⁸ Vö. Sass 1989, 2006: 352–355.

dályozza. De hátrányosan befolyásolja a diagnózis felállításától kezdve az egész interakciós folyamatot, ha a beteg passzivitása, alulinformáltsága révén nem működik együtt.

Az említett hagyományok, valamint Paracelsus érdeme, hogy az orvoslást mint tapasztalati tudományt felszabadították a filozófia generalizáló hatása alól, s a megszerzett szaktudást visszacsatolták a filozófia ethoszához. Ennek értelmében a „*moral assessment*” az *etikai önkorlátozás formájában keretet ad a „technology assessment”-hez, vagyis a kutatásban nyert újabb ismeretek és újabb technológiák normatív értékeléséhez.* Ebben az is kifejezésre jut, hogy a medicinának nem csak a mai, szinte már fel-foghatatlan és követhetetlen természettudományi és technológiai eredményekre alapozódó fejlődése vet fel komoly és nehéz kérdéseket az orvosilag megengedett etika határaitra vonatkozóan. Hogy szélsőséges példákat is hozunk: mérgegyezés, droggészítés, terhességmegszakítás, a kínzás és a gyilkolás bizonyos formái évezredek óta előfeltételeznek olyan ismereteket, amire csak kevesen tettek szert a múltban – és ezen kevesek közé tartoztak az orvosok.¹⁹

Az orvos szakmai kompetenciája évezredekken át alapot szolgáltatott ahhoz, hogy *eleve aszimmetrikus viszony alakuljon ki orvos és beteg között, amely viszonyt az orvos dominálja.* Ez a magától értetődő aszimmetria az idők folyamán *hierarchikus és erősen paternalisztikus viszonyként rögzült.* Ám a modern medicina komplex fejleményei, a 20. század második felének alapvető technológiai, tudományos, társadalmi és jogi változásai és etikai reflexiói által alkotott keretfeltételek között sok tekintetben *megkérdőjeleződött ez a dominancia.* (Az orvosi paternalizmus kérdéskörével a C fejezetben behatóan foglalkozunk.)

¹⁹ Sass 1989, 2006: 6.

2.1.3. A klasszikus orvosi etika korlátlan érvényességének megkérdőjelezése a modern medicina új tudományos, technikai és társadalmi keretfeltételei között

Felmerül a kérdés: *menyiben és milyen értelemben érvényes a hippokratészi ethosz az utána következő medicina normáiban és gyakorlatában?*²⁰ Milyen határok között és milyen jelentésben maradt releváns a hippokratészi eskü normarendszere a Hippokratész utáni medicinában, különös tekintettel az orvos-beteg kapcsolatra? Ezek a kérdések különösen élesen fogalmazódtak meg a 20. század második felében kezdődő változások nyomán, amelyek a természettudományos és technikai megalapozottságú orvoslást hozták kedvező helyzetbe. Ugyancsak fundamentális jelentőségűek voltak a medicinára, ennek jogi és etikai aspektusaira nézve azok a *társadalmi, politikai és jogi változások, amelyek a 20. század 60-as éveiben kezdődtek: a polgárjogi mozgalmak az USA-ban, illetve orvosi perek, amelyek a kutatásban részt vevő személy, majd a beteg mint páciens autonómiájának elismeréséhez és legitimálásához vezettek.*²¹ A technikai, természettudományi és társadalmi változások az orvosi szaktudás és a medicina etikai aspektusai számára egyaránt új kihívásokat vontak maguk után. Technikai, szakmai, személyi, szervezeti, pénzügyi, jogi változások eredményeként világossá vált: a medicina és benne az orvos-beteg kapcsolat etikai kérdéseit *többé nem lehet kizárólag a hippokratészi orvosi etika keretein belül értelmezni.*²² Be kellett látni: a klasszikus orvosi etika eszköztára önmagában nem elegendő az új és újszerű kérdések és kérdéskomplexumok megfelelő kezelésére. Ez természetesen nem egyik napról a másikra történt, sőt még ma sem zárult le, és nem is fog, legalábbis belátható időn belül bizonyosan nem. Újabb, eddig nem ismert esetek vagy újabb technikai fejlemények állandóan napirenden tartják a fenti kérdéseket, dilemmá-

²⁰ Uo. 7.

²¹ A bioetika történetéről részletesebben: Ach–Runtenberg 2002: 18–38, valamint Schöne-Seifert 2007: 13–21.

²² A klasszikus és a hagyományos kifejezést szinonim értelemben használom. – Schöne-Seifert a hagyományos, Hippokratészre visszamenő orvosi etikát klasszikus etikának nevezi. A német szerzők többsége inkább a hagyományos orvosi etika kifejezést alkalmazza.

kat és vitákat. Mindebben kifejezésre jut *a dinamikusan és állandóan változó technikai, társadalmi körülményeknek megfelelő etikai válaszok és etikailag releváns cselekvési opciók kidolgozásának szükségessége.*

2.2. Szerkezeti változások a medicinában: az interakciós és kommunikációs terek, illetve a medicina szereplői státuszának átalakulása, ennek kihatása az etikai reflexióra

Mind az orvos, mind a beteg státusza alapjaiban változott meg. Miközben az orvosi cselekvési terek technikailag rendkívüli módon kiszélesedtek, addig az egyes orvos cselekvési tere elsősorban a specializálódás következtében igencsak beszűkült. *A tág és komplex cselekvési terek nem egy bizonyos orvos hatáskörébe tartoznak, hanem egy teamnek a döntési és cselekvési terei. Az egyes orvosok rá vannak utalva más orvosokkal és az egészségügy más szereplőivel való együttműködésre. Ezen túl a beteggel való együttműködés igénye és szükségszerűsége is felmerült, s ilyen értelemben is átalakult a hagyományos cselekvési és kommunikációs tér: az orvosnak nemcsak a kollégáival, hanem a beteggel/a pácienssel is meg kell osztania ezt a teret megfelelő cselekvési döntésekhez és ezek véghezviteléhez. Először is a törvényben is rögzített betegjogok és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés beszerzésének kötelezettségei miatt. Emellett a preventív medicina terjedésének jelentős szerepe volt/van az orvos-beteg kapcsolat cselekvési és kommunikációs tereinek szerkezeti és tartalmi átalakulásában. A fenti fejlemények eredményeként a beteget elkezdtek partnernek tekinteni. További szerkezeti átalakulást hozott a medicinában érintettekkel illetően, hogy az orvosok mellett megnőtt más, nem orvosi szereplőknek a súlya. Idetartozik a gondozószemélyzet, a hozzátartozók, a kutatók, az egészségügyi költségek hordozói, az elosztás instanciái vagy olyan társadalmi szerveződések, mint pl. a mozgáskorlátozottak vagy a vakok egyesületei. Ezek a szereplők bekerültek a kitérített és fel- és megosztott medicinális cselekvési terekbe, s egyúttal az etikai reflexiók tárgy körébe is. Ezek a változások nagyban kihatottak a hagyományos orvos-beteg kapcsolatra, annak korábbi kétpólusú jellegét megkérdőjelezve.*

Eközben a medicina alapvető szakmai-etikai irányultsága is jelentősen módosult. A többszereplőssé vált orvoslásban az etikailag és szakmailag helyeset immár nem egyedül az orvos, illetve egy bizonyos orvos szabja meg. Például a gondozószemélyzet tagjainak is lehetnek saját, önálló megfontolásai és javaslatai, elvégre ők sokkal gyakrabban érintkeznek a pácienssel és a hozzátartozókkal. Ily módon képessé és alkalmassá válnak arra, hogy a beteg és a hozzátartozók szempontjait és érdekeit tisztázzák és közvetítsék az orvos, illetve az orvosi team felé. E változások eredményeként *több szempont és különféle indokolt megfontolások kerülhetnek be a mindenkori eset szakmai-etikai megítélésének kérdéskörébe*. Megkerülhetetlenné vált annak tudomásulvétele, hogy az esetek értékelése és a cselekvési opciók kimunkálása nem csak a medicinális szaktudás bevetését teszi szükségessé a hagyományos etika alkalmazása mellett (a jóttevés és a károkozás kerülése). Ezen túlmenően szükségessé vált *újfajta etikai, jogi, teológiai stb. tudás bevonása és kimunkálása*. Ily módon az *interdiszciplinaritás a modern medicina integráns elve* lett. Mindezek következtében a konkrét esetek értékelésének mind a szakmai, mind az etikai bázisa jelentős mértékben gazdagodott. Az etikai reflexiók témáinak spektruma is jelentősen kitágult a fenti fejlemények eredményeként, különösen a hagyományos orvosi etika orvosközpontú, ilyen értelemben egyoldalú és szűk témakörével és látásmódjával összevetve. Ezek a változások először az angolszász bioetikára hatottak rendkívül megtermékenyítően.²³

2.3. A bioetika: adekvát reflexió a medicina új, komplex helyzetére és a növekvő kihívásokra

Ebből a rendkívül összetett szükséghelyzetből született meg (és permanensen újjászületik) a *bioetika mint új tudományterület*. Nem zárt diszciplináris területként, nem végleges válaszok vagy végső igazságok formájában, hanem az *állandóan változó technikai, társadalmi és medicinális feltételeknek megfelelően diskurzusok, viták, meghatározott időtartam és körülmények*

²³ Az etikai igazolás modelljeiről vö. Vieth 2006: 47–54.

mellett érvényes válaszok és megoldások, illetve az érintettek számára releváns cselekvési opciók formájában. Az új, komplex helyzetből eredő újabb és újabb kihívásokra keresett/keres és adott/ad választ/válaszokat a bioetika és részben a biomedicinális etika. Mindez „work in progress”-jelleggel ad ennek a diszciplínának. Ugyanakkor viszonylag rövid időn belül, néhány évtized alatt intézményesült a bioetika, és napjainkra magas szintű tudományos elfogadottsággal és intézményi státusszal rendelkezik a modern társadalmakban – viszonylag „fiatal kora” ellenére.²⁴

A bioetikát a hagyományos orvosi etikától eltérően a *medicinális cselekvésre irányuló nyilvános reflexióként* is értelmezik. Ami azt jelenti, hogy a bioetika 1. olyan önálló diszciplínává alakult, amely *nem az orvosi hivatást gyakorlók belső viszonyainak szabályozására szolgáló hivatásbeli etika*; 2. *nyilvánosság előtt zajló diskurzusokat folytat*, ami alkalmat teremt széles rétegeknek a viták követésére, akár az abban való részvételre véleménynyilvánítás, javaslatétel formájában; 3. *kommunikációs tere soha nem látott mértékben kitágult* (pl. ilyen témájú tévéadások főműsoridőben vannak Németországban). Ez visszahatott a diszciplínán belüli kérdésfeltevésekre és vitákra. A médiában nálunk is felkapott terület lett a bioetika néhány témája, pl. az abortusz, az őssejtkutatás és -gyógyítás. Mindez nem véletlen: az élet kezdetével és végével kapcsolatos *bővülő technológiai lehetőségek új dimenzióba helyezik elvileg mindenki számára az életminőség, az élettartam és az ezekhez kapcsolódó, valamilyen módon mindenkit érintő további kérdések sokaságát*. A medicinális cselekvésnek a nyilvánosság előtt (is) zajló bioetikai reflexiója kihat a betegek és minden érdeklődő gondolkodásmódjára, a saját életéről és haláláról alkotott elképzeléseire és tudására. Ezek a reflexiók *elősegítik és támogatják a páciens autonómiáját, igényét a megfelelő tájékoztatásra, és nem utolsósorban bővítik tudását és fejlesztik döntési képességét*. Nem önmagában a törvényalkotás, hanem részben a nyilvánosság és a média felértékelődésében rejlő potenciál az, ami Magyarországon is kezdeményező és hatékony szerepet játszhat a „normális” betegség- és egészségtudat, illetve az autonómiára való igény kiformalódásában. A beteg önrendelkezési joga 1997 óta törvényesen

²⁴ Ach–Runtenberg 2002: 41–53; Vieth 2006: 21–42; Schöne-Seifert 2007: 21–23.

biztosított, ám ez a törvény számos ponton írott malaszt: a magyar társadalom jelentős részében nem alakult ki vagy nem tudatosodott, nem artikulálódott az autonómiára, az önrendelkezésre való igény – igaz, nem csak az egészségügy területén. A bioetika egyike azon tudományterületnek, amely megfelelő normatív válaszokat képes kidolgozni és felajánlani ezekre a társadalmi kihívásokra.

Egy ilyen irányú társadalmi változás természetesen hosszú idő kérdése és számos feltétel teljesülésének függvénye. De napjainkra az már kétségbevonhatatlan tényné vált, hogy az orvos-beteg kapcsolat több tényező összehatásának eredményeként alapjaiban átalakult és átalakulóban van a modern/modernizálódó társadalmakban. Ennek eredőjeként *a betegből egyre inkább páciens lett/lesz*, akinek egyre több ország jogrendjében törvényesen biztosított joga van az autonómiára, az önrendelkezésre, a megfelelő tájékoztatásra és az őt érintő beavatkozásokról való döntésre. Ennek tudatosításában a médiának kiemelt szerepe van és lehet a jövőben. *A felvilágosult és tájékozott beteg* pedig nem feltétlenül teher és veszélyforrás az orvos számára (mert pl. adott esetben beperelheti őt), hanem olyan *kihívás, amelyre lehet jó, konstruktív választ adni a medicina szempontjából is. Erre jó példa a preventív orvoslás*, ahol a beteg már nem passzív elszenvédője a beavatkozásoknak, a gyógyszeres terápiának, hanem az orvos bevonja őt saját gyógyulásába. Az orvossal együttműködve közösen dolgoznak a legjobb megoldáson, a cselekvési opciók közül a leginkább megfelelőt választják ki, és ha kell, korrigálják vagy kiegészítik a korábbi megoldást, illetve közösen kiválasztott cselekvési opciót. *Az orvos is nyertes: szakmai tudását bővíti és kiegészíti a beteggel/pácienssel való együttműködése, a tőle kapott megfigyelések, adatok (pl. vérnyomás- és pulzuszámok adatai) sokasága. Ez a fajta kooperáció jó eséllyel növeli a hatékony megelőzés és a hagyományosnál hatékonyabb kezelés esélyét.*

Míndezek a fejlemények nem jelentik azt, hogy többé nincs szükség az orvos-beteg kapcsolat etikai vonatkozásainak tisztázásában és a medicinális gyakorlatban a hagyományos vagy klasszikus orvosi etikára. Sokkal inkább arról van szó, hogy *egyidejűleg többféle megközelítésmód és perspektíva létezik a korszerű medicina különböző összetevői – így a megváltozott orvos-beteg viszony – kapcsán felmerülő etikai problémák tisztázására és a medicinális gyakorlat normatív orientálására.*

Három alapvető szemléletmódot, illetve perspektívát különböztethetünk meg: az orvosi etika, a biomedicinális etika és a bioetika perspektíváit.

2.4. A modern medicina lehetőségei és határai az orvos-beteg kapcsolatban – az orvosi etika, a biomedicinális etika és a bioetika perspektíváiban

2.4.1. Orvosi etikai perspektíva

Az *orvosi etika* az orvos-beteg kapcsolat normáira vonatkozó *legrégebbi etikai alapállás és nézetrendszer*, valamint *szabályok gyűjteménye*, amelyek különböző kultúrákban és történeti korszakokban gyökereznek.²⁵ Az orvosi etika *intern* jellegű: súlypontját az orvossal szembeni etikai elvárások alkotják. Ennek megfelelően az orvos betegeihez és kollégáihoz való viszonyának etikai aspektusait és normáit állította előtérbe az orvosi etika. Az orvos-beteg kapcsolatban az etikai aspektusokat arra összpontosította (és szűkítette) ez a szemléletmód, hogy mit kell az orvosnak tennie vagy nem tennie a beteg jólléte érdekében. A klasszikus orvosi etika a hippokratészi esküre épülve egészen a 20. század hatvanas éveitől induló újfajta etikai megfontolásokig az orvosi hivatást gyakorlók szinte *kizárólagos etikája volt*. Ma is fontos szerepet játszik az orvosi hivatás gyakorlásának normatív orientálásában. Napjainkban, a bioetika, illetve a biomedicinális etika fénykorában is érvényes etikai alapállás maradt: az orvosi eskü ma is az évezredek át érvényes hippokratészi orvosetika alapvető elvárásait ismétli és erősíti meg.²⁶ Árnyoldala lehet, ha az orvosok a gyógyítás mai etikai kérdéseiben is kizárólag a hippokratészi elveket tekintik irányadónak. Nem ritka eset, hogy az ezen túlmutató etikai problémákat és az újfajta normákat (pl. a páciens autonómiája és önrendelkezési joga) az orvosok egy része nem tartja relevánsnak, s e normák tiszteletben tartását magára nézve nem fogadja el érvényesnek és kötelezőnek.

²⁵ Vö. ehhez Sass 1989, 2006: Függelék: 351–390.

²⁶ Magyarországon minden orvosi egyetemnek, illetve karnak saját orvosi esküje van, de az eskü szövegének lényegi tartalma a hippokratészi hagyományra és hagyatékra megy vissza.

2.4.2. Biomedicinális etikai perspektíva

A *biomedicinális etika* olyan orvosi etikára épül, amely a hagyományos orvosi etika elzárkózásával szemben *reflektál az orvoslásban bekövetkezett komplex változásokra*. A biomedicinális etika egyfajta *modern/aktualizált orvosi etika*,²⁷ amely elsődlegesen *a morálisan kívánatos, megengedett és jóváhagyottat vizsgálja a betegség és az egészség vonatkozásaiban*. Ennek alapja az, hogy az orvosi etika az emberi életnek és az ember jóllétének kitéüntetett státuszt tulajdonít a morális javak között.²⁸ Ezt a kitéüntetett státuszt az új feltételek között is megőrzendőnek véli, és ennyiben megtartja a klasszikus/hagyományos orvosi etika látásmódját. Ugyanakkor a modern orvosi etikának ez a meghatározása túl szűknek bizonyul. Gondoljunk olyan cselekvési lehetőségekre, amelyek elsődlegesen nem az egészséggel vagy a betegséggel függenek össze, mégis orvosok technikai vagy tudományos illetékességi körébe tartoznak! Erre példa számos terhességmegszakítás vagy az egészséges embereknél alkalmazott gyógyszeres teljesítménynövelés („enhancement”).²⁹ A megváltozott tudományos, technikai, társadalmi, jogi, gazdasági keretfeltételek között felmerülő új és újfajta etikai kérdésekre való reflexiójában *a biomedicinális etika fontos szerepet tulajdonít a hippokratészi elveknek*. Ugyanakkor a hagyományos orvosi etikától eltérően *kész és hajlandó kiegészítő etikai normákat akceptálni vagy kimunkálni*. Tudomásul veszi, megértéssel fogadja, sőt kezdeményezően reagál arra, hogy az orvoslásban bekövetkezett radikális technikai változások újfajta társadalmi-jogi és etikai reflexiókat hívtak életre, ami tetten érhető pl. a jogalkotásban vagy a társadalomban kikristályosodó új, megfelelőbb etikai normák iránti igényben.

Az utóbbi bő fél évszázadban a biotechnológiai fejlődés következtében a rendelkezésre álló kezelési lehetőségeknek olyan széles spektruma alakult ki, ami korábban elképzelhetetlen volt. A medicina cselekvési tereinek ez a hihetetlennek tűnő kitágulása új etikai helyzetet vont maga után. Az intenzív terápia, a szervátültetés vagy a mesterséges megtermékenyítés alap-

²⁷ Schöne-Seifert 2007: 11–13.

²⁸ Uo. 10.

²⁹ Uo. 11.

jaiban felforgatta, forradalmasította az orvosok cselekvési lehetőségeit. Ugyanakkor felmerült a kérdés: mi az etikailag megengedhető, hol vannak a határok az új biotechnológiai lehetőségeken belül?³⁰ Így vált ez az új tudásterület etikailag prominens szférává, ami széles körű nyilvánosságot képes mozgósítani.

A megváltozott helyzetben alkalmazásra kerülő régi normák (a jóttevés, a károkozás kerülése) mellett *kiemelt szerepet kapott két új, korábban ilyen módon nem ismert és nem alkalmazott norma: a beteg/páciens autonómiája, ennek elismerése és tiszteletben tartása, valamint a beteg/páciens tájékoztatáson alapuló beleegyezése.* Ezeket a normákat a modern társadalmakban a jog eszközeivel is szabályozzák és garantálják. A beteg/páciens autonómiája így lesz egyszerre *jogi, törvényekben rögzített norma és erkölcsi elvárás.* Ám a klasszikus orvosi etika nem került hatályon kívülre. A megváltozott keretfeltételek mellett is releváns, de hatóköre alapvetően átalakult, jelentősen mérséklődött. Ennek belátása a biomedicinális etikán belül ahhoz vezetett, hogy felmerült a *kiegészítő etikai megfontolások szükségességének igénye.* A hagyományos/klasszikus orvosi etika alapjainak megtartása, egyszersmind határainak belátása, valamint a kiegészítő etikai megfontolások bevezetése együttesen jellemzik a biomedicinális etikát, más szóval a modern orvosi etikát.

2.4.3. Bioetikai perspektíva

A bioetika³¹ komplex technológiai, szociális, jogi kontextusokban és interdiszciplináris együttműködési formák alkalmazásával tematizálja a modern

³⁰ Uo. 10.

³¹ A bioetika terminust először Fritz Jahr teológus alkalmazta. Vö. Jahr 2013. – Ám a bioetika napjainkban használatos jelentésének eredete az amerikai bioetika kezdetéhez, az 1970-es évek elejére vezethető vissza. Kezdetől fogva két különböző felfogás konkurált egymással. Az onkológus Van Rensselaer Potter 1971-ben javasolta új diszciplínaként a bioetika létrehozását, aminek a természettudomány és a morálfilozófia szintézisét kell megcéloznia. A bioetikának szerinte globális „túlélés-tudománynak” kell lennie. Az érzelhető ökológiai válság nyomán hidat kellene építenie a jövőbe és megfogalmaznia az emberiség túlélésének feltételeit a világ, a tudomány és az ember által alkotott egésznek a bázisán. Az emberiség túlélésére, előrehaladó jóllétére és a környezettel való harmóniára törekedve világszerte el kell terjednie ennek az etikának, amely a biotudományok

technológiai változások következményeit az orvoslásban. De nem kizárólag ott: pl. a környezeti etika vagy az állatetika is a bioetikához tartozó „területi etikának” tekinthető.³²

Alapvető törekvése az új, komplex helyzetnek és keretfeltételeknek megfelelő normák elméleti megalapozása és a megváltozott/változóban lévő (orvosi) gyakorlathoz való közvetítése. A bioetika jellegzetessége az elméleti megalapozásra való igény mellett a komplex látásmód, amely a gyakorlathoz való visszacsatolás adekvátságát és hatékonyságát is szolgálja, pl. tanácsadó testületek és szerepek formájában. Vagyis nemcsak elméleti-

minden releváns témáját átfogja, és ehhez interdiszciplináris és metodológiai-kritikai beállítottsággal rendelkezik. Ugyanebben az évben vezette be ugyanezt a fogalmat Andre Hellegers fiziológus és orvos. A bioetikának szerinte is össze kell kapcsolnia a természet-tudományokat és a medicinát az etikával. Pottertől eltérően azonban a konkrét problémamegoldási stratégiákat állította előtérbe. A tudományos-medicinális szaktudás és az etikai szaktudás professzionizált kombinációját javasolta. A bioetikának szűkebb értelemben alkalmazott, biomedicinális etikának kell lennie, amely hozzájárulhat konkrét problémák megoldásához. Ez a fogalomhasználat győzedelmeskedett, még ha némelyek ragaszkodnak is az „átfogó bioetika” koncepciójához. A *Lexikon der Bioethik* megfogalmazásában bioetikán azon „tényállások etikai reflexióját értjük, amelyek az embernek az étellel való felelősségteljes érintkezésére vonatkoznak”. Innen nézve a bioetika nem saját szabályokkal és elvekkel rendelkező speciális etika, nem is sajátos etika a biológusok vagy az orvosok számára, hanem általános morális elveknek sajátos tárgyterületen való alkalmazására történő kísérlet. Így az alkalmazott etikának egy aldiszciplinája, valamint területi etika, mint pl. a gazdaságetika vagy a technika etikája. Témája az emberi, az állati és a növényi életbe való mindenfajta beavatkozásról való megalapozott állásfoglalás és morális értékelés. Ennek megfelelően a bioetikához tartoznak a biomedicinális etika mellett az állatetika, az ökológiai etika, valamint az e területekre vonatkozó kutatási etika. Így a bioetika tipikus kérdései közé sorolhatók nemcsak az embrió kutatás, a magzatelhajtás vagy az eutanázia megengedésének vagy tiltásának kérdései, hanem pl. az a kérdés is, hogy hogyan lehet megalapozni a következő generációkkal szembeni felelősséget és meddig terjed ez, vagy hogy a fajok védelme vajon megalapozható-e, vagy hogy milyen mértékben lehet bevonnai állatokat a humán orvosi kutatásokba, vagy hogy van-e a természetnek önálló morális státusza, és ha igen, mit jelent ez az embernek a természettel való érintkezésében.

A bioetikának e tág fogalmával szemben a mai vitákban szűkebb fogalmat alkalmaznak, amely a bioetikát a biomedicinális etikára korlátozza. A „bioethics” kifejezés a „biomedical ethics” rövidítése. Ennek megfelelően a bioetika olyan orvosi etikaként fogható fel, amely figyelembe veszi a biológiai-orvosi kutatások és terápia újabb fejleményeit és lehetőségeit. Vö. Ach–Runtenberg 2002: 13–15.

³² A bioetika tudásterületére tartoznak az állatkísérletek, a tömeges állattartás, az internet befolyása vagy a zöld géntechnika kérdéseiről kialakult viták is.

kritikai jelentősége és hozadéka van ennek a látásmódnak, hanem *közvetlen gyakorlati haszna* is.

Manapság azonban többnyire azonos értelemben használják a bioetika és a biomedicinális etika terminusokat.³³ A bioetikának a biomedicinális etikára való szűkítése diszciplináris problémákat vet föl, ami azonban a témánkat közvetlenül nem érinti. Elvégre az orvos-beteg kapcsolat, az orvosi paternalizmus és a páciens autonómiája a biomedicinális etikában is alapvető jelentőségű kérdések. A biomedicinális etika előnye a klasszikus/hagyományos orvosi etikához képest, hogy „figyelembe veszi a biológiai-orvosi kutatások és terápia újabb fejleményeit és lehetőségeit”.³⁴ A klasszikus/hagyományos orvosi etikát *kiegészítő és transzformáló biomedicinális etikában* az autonómia elvét és az igazságosság elvét állítják középpontba. Ezen elvek törvényi szintre emelkedve és a média által felkapott témakörként a *nyilvánosságra* is tartozó kérdésekké válnak.³⁵

Ugyanakkor van példa az orvosi etika, a biomedicinális etika és a bioetika hasonló jelentésben való alkalmazására. Bettina Schöne-Seifert könyvének – *Grundlagen der Medizinethik*³⁶ – már a címe is jelzi: elsődlegesen orvosi etikának tekinti azt, amiről itt most szó van. De nem hagyományos orvosi etikának, hanem a biomedicinális etika jelzett értelmében vett etikának, amelyet időnként bioetikának is nevez. Alapműnek számító könyvének címe és fogalomhasználata önmagában is alkalmas ezen új tudásterülettel kapcsolatos terminológiai nehézségek és bonyodalmak illusztrálására.³⁷

³³ Ach–Runtenberg 2002: 15.

³⁴ Uo.

³⁵ Uo. 16.

³⁶ Schöne-Seifert 2007: 1–23.

³⁷ E könyv keretében a német bioetikára való összpontosításból adódóan nem tárgyunk a magyar bioetika fejlődése, irányultsága és teljesítménye, gazdag irodalma. Azonban Kovács Józsefnek a modern orvosi etika és a bioetika összefüggéséről alkotott koncepciójára mégis utalnunk kell. Ugyanis ez a koncepció körvonalazza azt az alapállást, amelyet jelen könyv szerzője is oszt, amikor kifejti a klasszikus/hagyományos etika, a biomedicinális etika (modern orvosi etika) és a bioetika eltéréseit. Vö. Kovács 1997, 1999, 2006.

2.4.4. A három etikai perspektíva együttműködése

Fontos annak hangsúlyozása, hogy nem egymást kizáró etikai alapállásokat jelöl a fenti három terminus, hanem a medicina tematikájának, komponenseinek – köztük az orvos-beteg kapcsolatnak – egymástól részben különböző megközelítési módjait és nézőpontjait. Ezen perspektívák között lehetséges és adott esetben szükséges is az *átjárás*. Nem ritkán adódik olyan helyzet pl. egy súlyos életveszélyes baleset kapcsán, amikor az orvos nem szerezheti be a beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezését, hanem azonnal cselekednie kell a beteg legjobb érdekében (im besten Interesse) és a károkozást kerülve.³⁸ Vagyis a hagyományos orvosi etikai előírásoknak megfelelően kell a beteget ellátnia. Ez a fajta paternalisztikus beállítottság és cselekvési mód nem számúzhető a modern orvoslás keretfeltételei közül sem. Ha ezt figyelembe vesszük, akkor Schöne-Seifert terminológiai „következetlensége” voltaképpen nem logikai hiba vagy elméleti hiányosság. Inkább a szóban forgó tárgyterület komplex jellegének és ebből is eredő többféle megközelítésmódjának és perspektívájának a kifejeződése. Az ő terminológiahasználata e különböző perspektívák közelítését célozza meg. Úgy tűnik, hogy *e megközelítésmódok megfelelő együttes alkalmazásával pontosabban megragadható egy adott konkrét, komplex eset, mintha csak az egyik vagy másik perspektíva érvényessége mellett kardoskodnánk*. E különböző nézőpontok összjátékának van megfelelő cselekvési bázisa és formája a modern medicinában: ez megnyilvánul pl. a modern orvoslás team-munkajellegében. A cselekvési tereknek a fel- és megosztása ugyanis nemcsak szakmai, hanem etikai jelentőséggel is rendelkezik. Ebben az értelemben tud az orvos, a filozófus-etikus, a jogász, adott esetben pszichológus és/vagy teológus egy-egy konkrét eset elemzésében és értékelésében termékenyen együttműködni. Együttműködésük eredményét a beteg/páciens számára felkínálják, miután etikailag is értékelt cselekvési opciókat tártak fel és munkáltak ki.

Ugyanakkor *a különbségeket nem lehet és nem is kell tagadni*. Az interakciós formák és cselekvési típusok, amelyek az orvos-beteg kapcsolatra

³⁸ Wolff 1989, 2006: 193–194.

vonatkozó etikai reflexiók alapját alkotják, eltérőek a három megközelítési módban. A klasszikus/hagyományos orvosi etika orvosközpontú, illetve orvosi döntés- és beavatkozáscentrikus, a biomedicinális etika/modern orvosi etika a pácienset a kétpólusú, ám szakmai tudás szempontjából eleve aszimmetrikus viszony integráns részének tekinti. A bioetika ezzel szemben az orvosszerepet lényegesen relativizálja a medicinában – a minden érintett (a páciens, a gondozószemélyzet, a család, az intézmény pénzügyi helyzete és politikája stb.) státuszában és kompetenciájában bekövetkezett alapvető változások eredményeként. Az orvos szerepének és feladatkörének a specializálódás révén eleve szűkebb szakmai kompetenciára alapozása az orvos számára nemcsak veszteség, mint sokan gondolják, hanem tehermentesítést is jelenthet. Ugyanis ezáltal elsősorban olyan feladatok hozzáértő ellátásának elvárását támasztják vele szemben, amelyben mindenekelőtt szakértői felkészültségére és az ehhez kapcsolódó felelősségére van szükség.

Tény: a közvetlen orvosi beavatkozások aránya számottevően csökken, az egészségügy más szereplőinek szakmai munkamegosztáson alapuló kompetens tevékenységi köre viszont bővül. Sokszereplőssé válik az egészségügynek a páciens gyógyítására összpontosító aspektusa, egyéb aspektusokról nem is beszélve. Gondoljunk ebben az összefüggésben olyan nehézségekre, mint a finanszírozás vagy a szűkösen rendelkezésre álló szerek igazságos elosztása, a gyógyító nem orvosi személyzet arányának bővülése pl. pszichológus, gyógytornász, fizioterapeuta vagy a modern technológiát (MRI, CT stb.) kezelő szakember alkalmazásával.

2.4.5. A bioetika előnyei

A jelzett problémák beazonosítására és artikulálására a komplex kontextusokat és keretfeltételeket integráló, *interdiszciplináris* bioetika sokkal inkább lehetőséget kínál, mint az orvosi etika, amely az orvos-beteg/páciens duális és aszimmetrikus kapcsolatára koncentrál. Ennek ellenére megőrzendőnek tűnik az orvosi etika nézőpontja is: ez nyújtja az első fogódzókat az orvos-páciens kapcsolat lényegi vonásainak feltárásához. Elvégre minden technikai és társadalmi változás ellenére a modern medicina keretfeltételei között is az orvos-beteg kapcsolatnak van elsődleges jelentősége.

Ezt semmiféle technikai fejlemény nem írhatja felül. Ugyanakkor elkerülhetetlen, hogy az orvosi etika kapcsán is utaljunk a bioetikai perspektíva ezen túlmutató normatív és a konkrét praxist orientáló további elemeire és aspektusaira. Manapság a modern/modernizálódó társadalmakban már nem lehet *kizárólag* az orvosi etikára támaszkodni konkrét esetek normaproblémáinak megítélésében. *Az orvosi etikának a bioetikával való együttműködése a jövő útja: erre a biomedicinális megközelítés és ennek az orvoslás gyakorlatában való közvetlen alkalmazása a legjobb példa, ahol a két nézőpont konkrét esetek kapcsán együttesen kerül alkalmazásra.* A klinikai gyakorlatban pl. egy onkológiai eset kapcsán az onkológus együttműködik az eset minél adekvátabb megközelítése és hatékonyabb kezelése érdekében a pszichológussal, az érintett terápiáért felelős szereplőkkel, a bioetikussal vagy akár a teológussal, ha az eset úgy kívánja. Mindnyájan elővezetik a többiek számára is érthetően saját szakmai szempontjaikat. Ez a *megosztott tudás megfelelő alap lehet a vitatott pontok és az eltérő nézőpontok közelítéséhez.* Ez az eljárás nem feltétlenül vezet kompromisszumhoz, hanem elsősorban *a beteg számára kínálandó cselekvési/beavatkozási opciók minél pontosabb és megfelelőbb kimunkálását és etikai értékelését szolgálja.* Ebben az együttműködési formában nem az orvos a kizárólagos szakértő, hanem *mindnyájan szakértők a maguk területén és ugyanakkor laikusok a többiek területén.* De a konkrét eset alkalmat és lehetőséget kínál olyan megoldások kimunkálására, amelyek a beteg javát leginkább szolgálják, a közösen kidolgozott tudás magasabb hatékonyságának esélye mellett. Nem kétséges, hogy *az orvos is nyertese ennek: egy ilyen együttműködés keretében sokkal többet érhet el páciense érdekében, mintha egyedül próbálkozna rajta segíteni.*³⁹

Az ilyen vagy hasonló együttműködési formák kidolgozása a bioetika tárgykörébe tartozik. A német bioetikában különösen fontos szerepet kap ennek a kooperációs formának a tematizálása és a modern medicina mindennapi gyakorlatába való átültetése. Ennek az interdiszciplináris együttműködési formának a kutatási, klinikai gyakorlati és egészségpolitikai, illetve intézményi vonatkozásai figyelemre méltóak az orvos és a páciens

³⁹ A laikusok és a szakértők változó státuszának kérdése az etikában új tématerület. Vö. Vieth 2006: 33–42.

kapcsolatára gyakorolt hatásuk miatt is. Mielőtt mindezt közelebbről szemügyre vennénk, teszünk egy kitérőt, amelyben vázoljuk a német bioetika történetének és specifikumainak főbb jegyeit. De nem csak abból a célból, hogy a német bioetikát bemutassuk a magyar érdeklődő közönségnek. Ezen túl azért is, mert a német bioetika rendelkezik olyan, az angolszász bioetikától eltérő jegyekkel, amelyek a magyar medicina és bioetika számára is érdekesek és tanulságosak lehetnek.

3. A modern medicina előtt álló etikai kihívásokra adható válaszok alternatív modellje: a kortárs német bioetika

3.1. A német bioetika múltja

Jelen kötet tárgyköre és szemléletmódja számára *alapvető támpontokat kínál a kortárs német bioetikai diskurzus és a megfelelő irodalom*. Ez a választás azonban tematikai szűkítéssel is jár: ennek a könyvnek *nem tárgya a magyar bioetika fejlődéstörténete, jellemzői, szakmai teljesítménye, gazdag irodalma, intézményi keretei*.

Vitathatatlan tény: a német orvosi etikai, biomedicinális, illetve bioetikai fejlemények a most tárgyalt kérdésekben sem választhatók le az e tudásterületek alapvetésében élenjáró *angolszász, elsősorban amerikai történeésekről, vitákról és szakirodalomról*.⁴⁰ Ezt a recepció-és hatástörténeti összefüggést kifejezésre juttatjuk abban, hogy a német irodalomra való hivatkozáskor *utalunk a megfelelő angolszász irodalomra is*, ahonnan a német bioetika az inspirációk jelentős részét merítette. Ugyanakkor jelen írásnak nem képezik tárgyát az angolszász, illetve amerikai bioetikai diskurzusok és fejlemények.

A német bioetika felé fordulást több figyelemre méltó tényező is indokolja. Először is a bioetika fogalmát egy német evangélikus teológus alkotta meg, Fritz Jahr, aki elsőként használta ezt a kifejezést a 20. század 20-as éveiben.⁴¹ Ugyanakkor a mai értelemben használt bioetika terminus az amerikai szakirodalomból származik. A német bioetika első tényleges kezdeményei a medicina történetének legsötétebb korszakához fűződnek: náci orvosok rasszista emberkísérleteihez. Az eugenika és az eutanázia termi-

⁴⁰ Vö. Ach–Runtenberg 2002: 38–42; Schöne-Seifert 2007: 11.

⁴¹ Jahr 2013. Vö. még: 30. lábjegyzet.

nusokat itt alkalmazták először nagy számban a modern orvoslás ilyen irányú kísérleteinek jelölésére. Ez a múlt vállalhatatlan és követhetetlen. Ugyanakkor mindezt a német orvostársadalom és általában a német társadalom nem tehetette meg nem törtéنتé. A szembenézés kötelezettségére a második világháború után a nürnbergi perben, ennek dokumentumaiban az amerikaiak figyelmeztettek – és ez a figyelmeztetés nem csak a német orvostársadalomnak szólt.⁴² A medicinális szaktudással és az orvosi etikával való visszaéléseket a *nürnbergi per ún. orvosi pereiben* külön tárgyalták. Az orvosi per 1946–47-ben zajlott, amelyben húsz orvost és három nem orvos közreműködőt állítottak bíróság elé példátlanul kegyetlen, fájdalmas és gyakran halállal végződő emberkísérletek megszervezése és kivitelezése miatt.⁴³ A (nyugat)német társadalom szembenézése mindezzel azonban évtizedeket vett igénybe. A bírósági jegyzőkönyvek több évtized elteltével jutottak el a német közvéleményhez, ami különösen Klaus Dörner orvos fáradozásainak köszönhető.⁴⁴ Az illetékes amerikai katonai bíróság a per végén összeállította és nyilvánosságra hozta az ún. *Nürnbergi Kódexet*, amelyben megfogalmazták a humánkísérletek etikai sztenderdjét annak garanciájaként, hogy ilyen és hasonló visszaélések az orvosi szaktudással és az orvosi etikával soha többé ne fordulhassanak elő. Ez történetileg az *első extern etikai előírás volt*, olyan etikai szabályozás, amelyet *nem orvosok alkottak maguknak*. (A hippokratészi eskü, mint láttuk, intern szabályozás volt: az orvosok egymás közötti viszonyát és a beteggel való kapcsolattartást szabályozta az orvos nézőpontjából.) A Nürnbergi Kódexben *a világon elsőként rögzítették az orvosnak azt a semmivel nem korlátozható kötelességét, hogy beszerezze az érintett páciensek és kísérleti személyek beleegyezését kivétel nélkül minden orvosi kísérletbe*. Ez az eredeti és alapformája a páciens tájékoztatáson alapuló beleegyezésének. Önkéntes beleegyezés nélkül nem végezhető semmiféle kísérlet – így hangzik az előírás.

⁴² A nürnbergi orvosi per dokumentumai: Mitscherlich–Milke 2004.

⁴³ Mitscherlich–Milke 2004: 79, idézi Schöne-Seifert 2007: 15.

⁴⁴ Ebbinghaus–Dörner 2002: 61, idézi Schöne-Seifert 2007: 15.

3. A modern medicina előtt álló etikai kihívásokra adható válaszok...

1964-ben az Orvosok Világszövetsége Helsinki Nyilatkozata⁴⁵ ennek a követelménynek intraprofessionális tartalmat adott, ami megint a világon az első volt a maga nemében.

Ám nem sokkal a második világháborút követően amerikai orvosok is végeztek etikátlan kísérleteket, amire csak később derült fény. Az 1960-as és 1970-es években egy sor kritikus amerikai publikáció hívta fel a figyelmet arra, hogy kockázatos vagy nem önkéntes humánkísérletek az USA-ban akkoriban nem számítottak ritkaságnak.⁴⁶ Az ismertté vált esetekben a kísérletek résztvevőit kényszerítették, becsapták vagy szándékosan félrekezeltek. Az egyik a hírhedtté vált *Tuskegee-szifilisztanulmány*: 400 fekete szifiliszetes beteget tudtak és beleegyezésük hiányában kezelés nélkül hagytak, azért, hogy tanulmányozzák a nem kezelt betegség lefolyását. Ez a kísérlet a 70-es évek elejéig tartott.⁴⁷ Ennek nyilvánosságra kerülése jelentősen erősítette a polgárjogi mozgalmak törekvéseit az USA-ban, ami a polgárjogi és kisebbségi kérdések megoldására irányult. Egyúttal fokozta a társadalmi érzékenységet nemcsak a jelzett társadalmi kérdésekben, hanem az orvosi kísérletek etikai problémái iránt is. A pár évvel a Nürnbergi Kódex megszületése után az USA-ban végzett botrányos humánkísérleteknek a nyilvánosságra kerülése nagyban hozzájárult ahhoz, hogy az észak-amerikai társadalomban előtérbe kerültek a páciensek és kísérleti személyek jogainak kérdései. A körülmények ezen összjátéka hozzájárult a páciensek és kísérleti személyek jogaiért folytatott harc eredményességéhez. A páciensek és a kísérleti személyek jogairól induló viták és az ugyancsak akkoriban zajló társadalmi emancipációs mozgalmak, ezek érzékenysége az emberi jogi és személyiségjogi garanciák iránt nagymértékben elősegítették, bizonyos értelemben kikényszerítették az orvosi etika modernizálódását, professzionalizálódását és intézményesülését. Ehhez az orvosok

⁴⁵ Az Orvosok Világszövetségének Helsinki Nyilatkozatát többször felülvizsgálták. Jelenleg a 2013-as változat van érvényben. Időközben sok pontosítást és árnyalást hajtottak végre a dokumentumban. A minden kísérleti személytől beszerzendő beleegyezés kategorikus megkövetelését feladták a dokumentumban, s jóváhagyták a beleegyezésre nem képes kísérleti személyeken végzett kutatást. Mégpedig azért, hogy ne zárják ki őket sem a potenciális medicinális haladásból való részesedésből. Vö. Schöne-Seifert 2007: 15.

⁴⁶ Faden-Beauchamp 1986: 63. Idézi Schöne-Seifert 2007: 15–16.

⁴⁷ Jones 1993: 73. Idézi Schöne-Seifert 2007: 16.

részéről érkező kezdeményezések is társultak. Olyan klinikai orvosok, akik részt vettek az orvosképzésben, aggodalmukat fejezték ki a betegség mellett gyakorolható humanitás megmaradásáért. Azért, mert ezt kétségessé tették a technikai fejlődés következtében felvetődő újszerű döntési kérdések, bürokratikus és specializációs kényszerek. Ezek az orvosok *tanácsért fordultak teológusokhoz és filozófusokhoz.*⁴⁸ *E három szakterület képviselői kezdték először új szaktudásként és diszciplínaként értelmezni az orvosi etikát,* amely egyre inkább biomedicinális etikává, azaz modern/aktualizált orvosi etikává, illetve tágabb, technológiai és társadalmi kontextusokat is bevonó bioetikává vált.

A fenti körülmények figyelembevételével világos, hogy a bioetika miért az USA-ban és miért nem pl. Németországban alakult ki. *Európában a bioetika létrejötte és felfutása eleve sokkal lassabban zajlott.* A második világháború borzalmas pusztításai után Európát először is újjá kellett építeni. Vagyis Európa évtizedeken át mással volt elfoglalva. *Még Nyugat-Németországban is,* ahol pedig az újjáépítést és a gazdaság fellendülését az USA a Marshall-terv révén rendkívüli módon segítette, a bioetika kb. 20 éves megkésettiséggel indult. Ahogy jeleztük, ennek sajátos okai is voltak. A nemzetiszocializmus emberkísérletei, az eugenikaprogram és az eutanáziaakciók, az érintett orvosok és nem orvosi személyzet demoralizálódása odavezetett, hogy *a halálba segítés vagy a humánogenetikai diagnosztika kérdéseit itt hosszú időn át tabuként kezelték.*⁴⁹ Még a nem is olyan távoli múltban is előfordult, hogy ha valaki a prenatális diagnosztikáért vagy az aktív halálba segítés lehetőségéért szállt síkra, akkor sokan a náci álláspontjának folytatását látták ebben. *A náci múlttal való szembenézés ugyanis a bioetika mint olyan megőrzéséhez vezetett Németországban.* A leg híresebb az ún. *Peter Singer-eset.*⁵⁰ Ez az eset példászerűen mutatja, hogy bizonyos szervezetek hogyan használták saját politikai céljaikra a bioetika elleni frontális támadást. Singer ausztrál filozófust, az eutanázia bioetikai kérdéskörének nemzetközileg elismert kutatóját meghívták német egyetemekre (Duisburg, Düsseldorf) előadást tartani. Különbőféle társadalmi szer-

⁴⁸ Zaner 1988: 95; Schöne-Seifert 2007: 15.

⁴⁹ Dörner 1990: 60; Hegselmann–Merkel 1991: 68; Schöne-Seifert–Rippe 1991: 85.

⁵⁰ Anstötz–Hegselmann–Kliemt 1995; Ach–Runtenberg 2002: 40–41.

3. A modern medicina előtt álló etikai kihívásokra adható válaszok...

vezetek, pl. a mozgáskorlátozottak egyesületei tiltakoztak Singer németországi fellépése ellen, és ennek kapcsán bioetika-ellenes kampányokat folytattak. Lenácizták Singert azzal vádolva, hogy az eutanázia támogatásával a fogyatékosok életét veszélyezteti. Ami külön érdekesség, hogy főleg szélsőbaloldali beállítódású egyesületek támadták a nem mellesleg Auschwitz-túlélő tudóst.⁵¹

*Németországban nemcsak a medicina múltja, hanem a filozófiai-etikai háttér is más volt, mint az USA-ban.*⁵² Kb. 1980-ig jórészt a Kant hatása alatt álló etika uralkodott, ami kevésbé volt nyitott érdeketikai, pragmatikus, kontextusérzékeny vagy kazuisztikus megfontolásokra. Ezek viszont fontos szerepet játszottak az angol-amerikai kultúrkörben az orvoslást érintő etikai vitákban, amelyekben Mill, Hume és Dewey etikája hatott a leginkább.⁵³

Johann Ach ebben az összefüggésben az észak-amerikaitól eltérő német filozófiai hagyományokat, ezek jelentőségét a német bioetika fejleményeiben részben másként értelmezi, mint Schöne-Seifert. Ennek a hagyománynak a tovább élése Ach és szerzőtársa, Runtenberg szerint odavezetett, hogy pl. *az autonómia amerikai interpretációját európai kontextusban csak bizonyos korlátok között vették át.* A kontinentális európai filozófia kevésbé érdeklődött Locke és az utilitarizmus tradíciója iránt, mint az amerikai. Az autonómia európai koncepciója inkább Arisztotelész és Kant filozófiájához kötődik. Kant szerint az autonómia az akarat önmeghatározási képességként fogható fel, vagyis az *önmagának törvényt adás képességéként, ami az erkölcsi törvény figyelembevételével mellett az idegen meghatározástól független akarat révén érvényesül.* Az erkölcsi törvény tisztelete és a kötelességérzet motiválja az embereket arra, hogy *az erkölcsi törvény szerint cselekedjenek és ily módon legyenek autonómak.* Vagyis az *egyén nem az egoracionalista önmeghatározás kompetenciája által autonóm, hanem a jó elismerésének képessége révén.* Jó az, ami jó az egyénnek és jó másoknak. Az autonómia ebben az értelemben magába foglalja az általános jó/közjó perspektívája átvételének lehetőségét. Ugyanakkor Európában is magasra

⁵¹ Vö. a J. Achhal készített interjú részleteit: Rózsa 2015: 118–120.

⁵² Viefhues 1989, 2006: 16–21; Ach–Runtenberg 2002: 18–38; Schöne-Seifert 2007: 13–21.

⁵³ Schöne-Seifert 2007: 19.

értékelik az autonómia azon tiszteletét, amiből a tájékoztatáson alapuló beleegyezés követelményét levezetik. Ám itt erőteljesebben hangsúlyozzák *az autonómia elsődlegességének olyan konkuráló értékekkel való gyakran igen nehéz mérlegelését, mint a károkozás kerülése vagy a páciens túlterhelésének kerülése.* Ezért Európában legitimnek tűnik, ha *az orvos értelmezi a páciens akaratát.*

Ráadásul Európában regionális eltérések is vannak: főleg *Dél-Európában gyakoribb a fundamentális értékeken való tájékozódás, mint Észak-Európában.* Emiatt itt *az orvos szerepét összekapcsolják az etikai felelősséggel,* aminek következtében a hagyományos orvosi ethosz még mindig kitüntetett jelentőségű.⁵⁴

3.2. Megkésetttség a német (európai) bioetikában

A német – és általában az európai – bioetikát egészében véve *a megkésetttség* jellemzi. Ez a megkésetttség, ami a magyarországi bioetika jellegzetesége is, Európa középső, keleti és déli régióinak újkori történelmében ismétlődő vonás. Ez részben a társadalmi, gazdasági, politikai és kulturális modernizációs kezdeményezések ismétlődő zátonyra futásának eredménye és tünete egyben. Hozzájárult ehhez az is, hogy ebben a régióban hiányzott egy erős polgárjogi mozgalom, amely a páciensek és a kísérleti személyek morális és törvény adta jogaiért (is) síkra szállt volna. Fordulat a 80-as évek elején következett be, amikor Nyugat-Németországban egyre nagyobb figyelmet kapott az alkalmazott etika és a bioetika. Úttörő szerepet játszott ebben néhány prominens filozófus, így Günter Patzig, Otfried Höffe, Norbert Hoerster.⁵⁵ Az intézményi keretek is rövid időn belül kialakultak: bioetika-centrumok, tanszékek és intézetek jöttek létre. Beépült a bioetika, illetve a modern orvosi etika az orvosképzésbe is. A nyilvánosság számára is érzékelhetővé vált a bioetika felértékelődése, amikor egymás után két bioetikai enquete-bizottságot állítottak fel a Német Szövetségi Parlament mellett, majd 2001-ben létrehozták a Nemzeti Etikai Tanácsot, 2007-ben

⁵⁴ Ach–Runtenberg 2002: 38–39.

⁵⁵ Schöne-Seifert 2007: 20.

az előbbi átalakítva, a Német Etikai Tanácsot. A bioetika visszamaradottsága és megkésettisége e fejlemények eredményeként lényegesen csökkent, illetve megszűnt Németország nyugati felében, majd az újraegyesített Németországban.⁵⁶

Magyarországon, mint a világon mindenhol, az amerikai bioetika terjedt el az utóbbi negyedszázadban. A német bioetikáról viszont alig tudunk valamit. Ugyanakkor *a magyar egészségügyi és jogi kultúrának nem amerikai gyökerei és hagyományai vannak, hanem német előzményei*. Ez jelentős részben történeti okokra vezethető vissza. Nemcsak politikatörténeti ez a kötődés, hanem sokkal átfogóbb és mélyebb: a modernizáció kelet-közép-európai változatának alapvető jellegzetességei, köztük a megkésettiség, számos hasonlóságot mutatnak. Márpedig a bioetika tágabb társadalmi-kulturális kontextusokban vizsgálódik, ezért sem érdektelen ezekre a kötődésekre figyelni. Továbbá azért is érdemes ezt figyelembe venni, mert a kortárs német bioetikának vannak olyan vonásai, amelyekben eltér az amerikai bioetikától, és az eltérések számunkra is érdekes és tanulságos szempontokat kínálhatnak. Ezért e sajátosságok tudatosítása és közvetítése a hazai bioetika számára sem érdektelen: új szempontok bevonása gazdagíthatja a magyarországi bioetika művelését. *Az erős társadalmi és etikai érzékenységgel rendelkező német bioetika* főbb jellegzetességeinek összefoglalása és bemutatása, valamint a *nyilvánosságigény* a német bioetikában szakmai körökön túlmenően is szélesebb rétegeket érdekelhet, és releváns információkat kínálhat a (potenciális) betegként vagy orvosként érintettek számára.

Ha egy pillanatra eljárszunk azzal a nyilvánvalóan történetietlen, de nem teljesen alaptalan gondolattal, hogy a bioetika akár Németországban is megszülethetett volna, akkor elsősorban nem arra emlékeztetünk, hogy magát a terminust először egy hallei teológus alkalmazta az 1920-as években. Hanem inkább arra, hogy az orvoslás technológiai átalakulása már a második világháború előtt benne volt a levegőben.⁵⁷ Bármilyen borzalmas

⁵⁶ Uo. 20–21.

⁵⁷ Kovács József felhívta a figyelmemet arra, hogy az eugenika és az eutanázia kérdéseit először Angliában vetették fel, s mindkettő világszerte népszerű gondolat volt a 20. század elején. Amit a hitleri korszakban nemzetközi elfogadtatás céljából eutanáziának neveztek, azt pedig nem is tekintették annak a mértékadó kortárs orvoslásban.

és abszurd, de mégis egyfajta bizonyítékot szolgáltatnak erre a náci korszak orvosi kísérletei, különösen az eutanázia és az eugenika területén. A náci Németországban nem volt sem jogi, sem etikai akadálya az eutanázia és az eugenika gyakorlatban való kipróbálásának. Ami történt, az arra is perdöntő bizonyíték, hogy ezek az orvosok a technikailag lehetséges (könnyen) és az etikailag megengedett vagy kívánatos (dürfen, sollen) közötti határokat megengedhetetlen módon túllépték és negligálták. Nem tették fel azt a kötelező kérdést, ami a bioetika egyik alapjegye, hogy a cselekvések új technikai lehetőségeinek dimenziójában hol kell meghúzni a cselekvők, illetve a cselekvések számára az etikai határokat. Ily módon közvetve a nemzeti-szocialista múlt számlájára írandó a német bioetika elvetélése is. A bioetika, ahogy Kovács József fogalmaz, a szabadság gyermeke, s ezért nem véletlen, hogy az USA-ban született meg. Miként az sem véletlen, hogy a saját múltjával szembenező (nyugat)német társadalom és értelmiség képes volt a 70-es évek végére megteremteni a megfelelő társadalmi-politikai és kulturális-tudományos kereteket a bioetika németországi megszületéséhez. Időbe telt, de annál erősebb lett az a medicínális, etikai, jogi és szociokulturális keret, amelyben a bioetikát létrehozták és napjainkban kiemelkedően sikeresen művelik.⁵⁸ E folyamatok eredményeként a bioetika önálló tudományos státuszra tett szert, ami nem választható el *interdiszciplináris* és *transzdiszciplináris* jellegétől.⁵⁹

3.3. A (nyugat)német társadalom történeti tudatának átalakulása és ennek hatása a bioetikai fejleményekre

A sokszorosan megterhelt múltnak a kritikus feldolgozása elsődlegesen nem a német orvosi társadalomhoz kötődik, és nem is a Nürnbergi Kódex

⁵⁸ A német bioetika intézményesülése több szinten zajlott és zajlik. Kutatásait, klinikai etikai bizottságok, központi etikai grémiumok, egyetemi etikai intézetek, kutatóhelyek, valamint a képzés és a továbbképzés intézményei és formái jelzik a főbb kereteket. Vö. ehhez Ach–Runtenberg 2002: 43–53.

⁵⁹ A modern medicínális etika tudományos státuszáról: Schöne-Seifert 2007: 21–23. – A bioetika tudományos státuszáról és intézményesüléséről: Ach–Runtenberg 2002: 41–53; Vieth 2006: 21–42, 55–61.

vagy a Orvosok Világszövetségének Helsinki Nyilatkozata játszott ebben döntő szerepet. *Az ún. történésvita a 80-as években hozta az áttörést*, ami más tényezőkkel (pl. új természettudományos fejlemények kritikai reflexiója) alapvető átalakulást hozott a (nyugat)német történelmi tudatban. Ebbe a széles társadalmi és kulturális kontextusba illeszkedve indult újtára a modern bioetika Németországban. Ennek a kontextusnak alapvonása lett a *történelmi érzékenység minden olyan jelenséggel kapcsolatban, aminek köze lehet a náci múlt*hoz. A bioetikában ez úgy is megnyilvánul, hogy többnyire még ma is kerülnek a máshol szakmailag széles körben alkalmazott, de Németországban a náci korszakhoz kötődő, ezért tabuként kezelt terminológiát. Példa erre az eutanázia (Sterbehilfe a bevett terminus) vagy az eugenika kifejezés. A náci múlt kritikus feldolgozása közrejátszott abban, hogy a német bioetikát *erős morális és etikai érzékenység* jellemzi. Ez az érzékenység az alapvető orvosi etikai elveknek a náci korszak humánkísérleteiben történt teljes semmibe vételével szembeni erőteljes ellenhatásként fogható fel. Ezen sajátosságok figyelembevételével mellett nem lepődünk meg azon, hogy az orvoslással kapcsolatos morális és etikai kérdésekre irányulóan erős *elméleti megalapozási igény* alakult ki a német bioetikában. Nem csak a német filozófiai hagyományok erős teoretikus beállítottságával magyarázható ez az igény. Ha áttételesen is, de ez is a múlttól való teljes elhatárolódást jeleníti meg: saját legjobb filozófiai-elméleti hagyományaihoz fordul a német bioetikusok egy része, s ezzel kimondatlanul is szilárd fundamentumot és garanciákat keres a bioetika számára mindenféle visszaélési lehetőséggel szemben. Ily módon a német bioetika jellegzetességein érzékelhetően nyomot hagyott a múlt: elsősorban a náci korszakban az orvoslásban történt borzalmak tudatosítása, kritikai reflexiója révén alakult ki a széles körű történelmi, valamint morális és etikai érzékenység, illetve a bármilyen visszaélés lehetősége ellenében ható erős elméleti megalapozási igény. Mindez a német bioetika közvetlen keretfeltételeihez tartozik és annak jellegzetessége egyben.

Ennek megfelelően a német történelmi tudat átalakulásával párhuzamosan a plurális értékeket tartalmazó (elfogadó, toleráló-gyakorló és legitimáló) modern társadalom realitását, ennek etikai és jogi normáit, illetve a páciens mint személyt megillető jogok egyre növekvő jelentőségét kezdték irányadónak tekinteni a kialakuló bioetikában a 80-as évektől kezdve. Ez a tör-

téneti és szociokulturális kontextus az orvos-páciens kapcsolatra is rányomja a bélyegét. Mindez azt is jelenti, hogy szükségesnek tartják a medicinális kontextuson *túli*, szélesebb és komplexebb társadalmi, etikai és jogi normák, illetve keretfeltételek tematizálását, meggyökerezését és a napi praxisba való átültetését.

A bioetika bő két évtized alatt, a második évezred elejére az *egyik leg-sikeresebb tudományterületté* vált Németországban. E tudományterület elismerése érvényesül a kutatóhelyek, a kutatási projektek kiemelkedő állami támogatásában, a bioetikának az orvoscépzésben tantárgyként, valamint önálló egyetemi szakként való oktatásában. Némelyek szerint már a túlképzés veszélye fenyeget a bioetikusok számát tekintve. A bioetika intézményi keretekben történő kiépítettsége és elfogadottsága ezen túlmenően is széles körű: a mindennapi klinikai, illetve kórházi gyakorlattól kezdve a szövetségi törvényhozásig dolgoznak bioetikusok fontos tanácsadói szerepkörökben. Ennek a folyamatnak a főbb állomásait és jellegzetességeit egy másik írásomban tártam fel.⁶⁰

Összességében tehát a német bioetika nem egyszerűen átvette az amerikai vagy az angolszász bioetikai vitákat és elméleteket, jóllehet ez a hatás nem elhanyagolandó. Számos német vitában és álláspontban nehezen választható el, mi benne az „amerikai” és mi a „német”. Az indulásnál az összefonódás természetes volt. Nem a saját bioetikai kezdemények (Fritz Jahr munkái) jelentették a kiindulópontot, de nem is az eugenika vagy az eutanázia, éppen a náci múlttal való szoros kapcsolatuk, illetve ennek a múltnak a teljes elutasítása miatt. *A történelműkhöz való kritikus viszony* volt az az alapvető bázis, amire a német bioetika kezdettől fogva épült. Ez a jellegzetesség alapvetően megkülönbözteti az amerikai bioetikától. Az orvosetikával szemben, amely az orvoslásban érintettek belső kapcsolatainak szabályozására szorítkozik, a bioetikai kérdésekről szóló viták *széles nyilvánosság* előtt zajlanak. Például a halálba segítés különböző variánsai közötti viták állandóan napirenden vannak az írott médiában vagy éppen a tévéadások főműsoridejében. Erre a német bioetikusok külön figyelnek: a nyilvánosság és az átláthatóság erős védelem bármilyen vissza-

⁶⁰ Rózsa 2015: 105–133.

3. A modern medicina előtt álló etikai kihívásokra adható válaszok...

éléssel szemben. Ezt is a saját történelmükből tanulták meg, és konzekvensen ragaszkodnak ennek a tanulságnak az érvényesítéséhez. Az ilyen műsorok nem csak a polgártudatot és a felelősségtudatot hivatottak fejleszteni. Ezen túl jelentősen hozzájárulnak a német társadalom egészség- és betegségtudatának magas szintjéhez. Ezt jelzi pl. az a tény is, hogy a közjegyző által hitelesített, a saját halálra vonatkozó előzetes rendelkezések/élő végrendeletek száma egyre gyarapodik. Az előregedő német társadalom tagjai egyre növekvő számban, idejében és tudatosan készülnek az életvégi lehetséges nehéz helyzetekre, és tudatuk teljes birtokában, törvényesen rögzített formában döntenek erről. Ebben a jelenségben a német társadalom egyfajta egészséges és észszerű *pragmatizmusa* is kifejezésre jut. Ahogy az is, hogy a német társadalomban elmozdulás történt az orvos-páciens kapcsolatban az erős orvosi paternalizmustól a páciens önmeghatározásának irányába. Egyre többen vallják az életvégi helyzetekről és a saját halálról való szabad döntés jogát. Szerencsés lenne, ha a média Magyarországon is kiterjesztené tematikáját ebbe az irányba, vállalna és gyakorolna ilyen és hasonló felvilágosítói funkciókat.

Ugyanakkor a kortárs német bioetika, illetve biomedicinális etika *elméleti vitakérdései* számos ponton *erősen kötődnek az amerikai bioetikához*. A mai vezető bioetikus generáció munkáiban jól érzékeltetően jelen van ez a *kettős kötés*. Az elméleti inspiráció gyakran az USA-ból jön, de a vitakörműmények és a válaszok német jellegzetességeket mutatnak. Ilyenek az erős megalapozási igény és/vagy a szisztematikusság igénye az elméleti kérdésekben, valamint a medicina mindennapi gyakorlatában felmerülő problémák jogi szabályozása kapcsán a nyilvánosságban zajló széles körű viták, vagy a német társadalom erős morális érzékenysége. Johann Ach, Bettina Schöne-Seifert, Dieter Birnbach, Michael Quante, Kurt Bayertz, Ludwig Siep, Elisabeth Hildt és mások munkái tipikus példák erre a kettős kötésre.

3.4. Változó orvos- és betegidentitás – német elméleti és kulturális kontextusban

3.4.1. Az orvos változó hivatásbeli identitása

Hagyományosan az orvos dominálta az orvos-beteg kapcsolatot, s nem csupán szakmai kompetenciája, hanem orvosi eszküvel is megerősített emberi és erkölcsi tartása, habitusa révén is. Ez a szilárd szakmai és etikai bázis volt az alapja az orvos hivatásbeli önazonosságának és a társadalomban róla kialakult, generációról generációra áthagyományozott képnek. Éppen ez a minta vált kérdésessé a múlt század hatvanas éveinek végétől először az USA-ban. A radikális és gyors ütemű technikai és társadalmi átalakulások eredményeként több ponton is változtak az elvárások az orvossal szemben. A korábban magától értetődőnek és egyértelműnek tekintett medicinális cselekedetek – a cselekvési opciók, a beavatkozási lehetőségek bővülése, a beteg jogai és más tényezők következtében – egyre inkább arra készítetik/kötelezik az orvost, hogy a mindenkori konkrét esetet elemezze, kritikusan mérlegeljen, kollégákkal konzultáljon, a beteggel és a hozzátartozókkal, valamint az egészségügy más szereplőivel (a gondozószeméllyel, a magasan fejlett technikát kezelőkkel) kommunikáljon. Ehhez viszont újfajta kompetenciák szükségesek, mint az analitikus kompetencia, értékelési kompetencia, kommunikációs/verbalizációs kompetencia.⁶¹ Ám e kompetenciák kikristályosodása és beépülése az orvos hivatásbeli önazonosságába hosszú időt vesz igénybe. Ez a folyamat jelentős mértékben függ attól, hogy az adott társadalomban és kultúrában milyen mértékadó normatív felfogások és kommunikációs formák vannak jelen.

A német példa mutatja: az 1980-as évek végén még erőteljesen jelen volt a hagyományos orvosi erkölcszöhöz és etikai kódexhez való ragaszkodás és az újszerű orvosetikai kérdések elutasítása (Nyugat-)Németországban, amelyeknek felvetése az USA-ban közel negyedszázaddal korábban már megindult.⁶² Ugyanakkor emellett *többfajta etikai álláspont* is érzékelhető volt a német kultúrában. Sajátosan német álláspont volt az, amit „*az elvi*

⁶¹ Viefhues 1989, 2006: 18–19.

⁶² Uo. 19.

3. A modern medicina előtt álló etikai kihívásokra adható válaszok...

kérdésekbe való menekülésnek” nevezett Odo Marquard.⁶³ Ez összefügg a Kant által indított német filozófiai hagyománnyal, amiben rendkívül árnyaltan van szó az általános etika kérdéseiről, ám *mellőzik a konkrét etikai problémákra és kérdésekre adandó konkrét válaszokat*.⁶⁴ Egy további nézet szerint a konkrét kérdések értelmezési anyagként használhatók *abszolút normatív álláspontok* megerősítésére. Max Weber ebben az összefüggésben már 1919-ben óvott az etikai gyakorlatban az érzületi etikától és ezzel szemben a *felelősségetika* mellett állt ki.⁶⁵ Az abszolút etikát ugyanis nem érdeklik a következmények, csak az, hogy a tiszta érzület lángja ne oltódjon ki – írja Weber. Ezzel szemben a felelősségetika azt hangsúlyozza, hogy a cselekvés előre látható következményeiért ténylegesen felelősek vagyunk. A medicinális gyakorlatban is ez az orientáció, a felelősség vállalása követendő sok más gondolkodó, köztük *Hans Jonas* szerint is.⁶⁶ A modern medicinában a felelősség a *megosztott felelősség* értelmében veendő. Egy további álláspont a *minimális etikát* javasolta, amely lényegében az orvosok szűk körére koncentrálódik és hermetikusan zárt. Ez a nézet a medicina etikai problematikáját lényegében jogi kérdésekre redukálja.

Az, hogy milyen (medicinális) etikai álláspont terjed el egy társadalomban, nagymértékben attól függ, hogy maga a társadalom és az érintett társadalmi réteg (az orvostársadalom) „nyitott” vagy „zárt”-e.⁶⁷ A plurális értékeket valló és gyakorló modern társadalmakban az orvosi etika kérdései, így az orvos hivatásbeli önazonosságának problematikussá válása és újrameghatározásának szükségessége a nyilvánosság intézményeiben zajló viták tárgya. Ennek komoly előnye, hogy ily módon elkerülhető a „*német betegség*”, „*a morál hipertóniája*”. *Polányi Károly* egyike volt az elsőknek, aki 1961-es munkájában „*a morálhoz való szenvedélyes odafordulásra*” hívta fel a figyelmet, ami „*mértéktelen követeléseivel*” tűnik ki. *Polányi* szerint a „kor szükséglete” ezért pontosan abban ragadható meg, hogy

⁶³ Marquard 1987: 111–115. Idézi Viefhues 1989, 2006: 20.

⁶⁴ Uo.

⁶⁵ Weber 1973: 174–176. Idézi Viefhues 1989, 2006: 20–21.

⁶⁶ Hans Jonas 1979-ben megjelent úttörő munkáját, a „Das Prinzip Verantwortung” című könyvet említük meg ebben az összefüggésben.

⁶⁷ Viefhues 1989, 2006: 25–29.

„mértéktelen morális elvárásainkat korlátozzuk”.⁶⁸ Arnold Gehlen 1969-es könyvében a „morál hipertóniájáról” értekezett, ami minden szakmai kérdést az érületi etika aspektusából kíván tárgyalni, s ezt egyetlen és kizárólagos ethoszként ismeri el, elutasítva a mindennapokban gyakorolt kompromisszumokat a különböző etikai álláspontok között.⁶⁹

Ezek a német példák kifejezésre juttatják azt az erős, ám megosztott morális töltetet, amely a német bioetika kialakulásának közvetlen előzményei közé tartozik. A hipermoralitás a német kultúrának különösen a második világháború után kiújult és felerősödött jellegzetessége, amire egyfajta gyógyírt hozott/hozhat a bioetika német változatának kimunkálása. Ebben a felelősség áll előtérben a morális érzülettel szemben, mégpedig az osztott, azaz együttműködési formákra és gyakorlatokra nyitott, észszerű érvekre alapozott felelősségvállalás értelmében.

A felelősség mellett a nyilvánosság szerepének felértékelődése jelentett és jelent fontos támpontot a hipermoralitásból való kigyógyuláshoz. Ezt kínálja a bioetika, amikor azt vallja, hogy az orvosi cselekvés és a biomedicinális kutatás a nyilvánosság felé felelősséggel tartozó cselekvés és kutatás. A felelősség elsősorban a cselekvés következményeire vonatkozik, amit Kant és a kantianus ihletésű etikák figyelmen kívül hagynak. A nyilvánosság felértékelődésében szerepet játszik az is, hogy az orvos-beteg kapcsolat egyéni morális jellege mellett mindig tartalmaz szociális-etikai aspektust is. Az orvosok és a páciensek eleve részesei a nyilvánosság intézményei (állami költségvetés, állami egészségügyi biztosítás) által működtetett egészségügyi rendszernek – a német bioetikában ez magától értetődő feltevés.

Mindent egybevetve a 80-as évektől a német társadalomban nem volt többé visszaút az áthagyományozott normakódexek és a bennük rögzített magatartási minták kizárólagos érvényességének követelményéhez. A fel-tartóztathatatlanul terjedő modern orvosi etika viszont hatalmas kihívások elé került. Tekintettel kell lennie a mentalitásban, az értékrendszerekben, a magatartási mintákban bekövetkezett változásokra, ha a valóságban hatékony akar lenni. Nyitottnak kell lennie konkrét esetekben a konszenzusos

⁶⁸ Polányi 1973: 141. Idézi Viefhues 1989, 2006: 23.

⁶⁹ Gehlen 1973: 142. Idézi Viefhues 1989, 2006: 23.

megoldásokra, az érintettek/résztvevők különböző etikai álláspontjai közötti egyensúlyozásra. Ez az alaphelyzet rákényszeríti a különböző táborokhoz tartozókat arra, hogy hallgassák meg egymást, tanuljanak meg közösségben (teamben) dolgozni és hatni, akkor is, ha bizonyos kérdésekben eltérő véleményen vannak – és maradnak.⁷⁰

Ezek a követelmények napjainkra a német egészségügyben többé-kevésbé a napi gyakorlatban is teljesülnek.

3.4.2. Beteg vs. páciens

A magyar helyzetet a némettel összevetve azonnal szembeötlik a *fogalomhasználat* különbsége. Ez már önmagában is jelzi az eltérő fejleményeket és fejlettségi szintet az orvos-beteg kapcsolatban. A magyar köznyelvben és részben a szakirodalomban, valamint a kórházi, illetve klinikai gyakorlatban közismerten a „*beteg*” kifejezés használata terjedt el, amit teljesen természetesnek vesz mindenki. A német szakirodalomban viszont, legyen az orvosi etikai vagy bioetikai irányultságú, csak elvétve fordul elő a *beteg* (Kranke) kifejezés. De az orvosi gyakorlatban is többnyire a „*páciens*” megjelölést használják. Tovább árnyalja a fogalomhasználatot, hogy részben amerikai, részben hazai viták, főként azonban a plurális életformákat elfogadó, toleráló társadalmi realitás hatására a páciens „*személy*”-státusza egyre nagyobb jelentőséget nyer az orvos-páciens kapcsolat etikai vonatkozásainak vizsgálatában, de a medicina mindennapjaiban is Németországban. Amikor a páciens belép a rendelőbe, az orvos feláll, nyújtja a kezét a páciens felé, hogy bemutatkozzon, és törekszik arra, hogy a páciense nevét megjegyezze és a nevéen szólítsa őt a vizsgálat, a beszélgetés, az esetleges beavatkozás vagy utókezelés során.

A „*beteg*” kifejezés *eleve negatív tartalmakat sugall*, és önkéntelenül negatív érzelmi töltetű fogalmi asszociációkat idéz fel, amelyek a kiszolgáltatottságot, a ráutaltságot, az alárendeltséget hangsúlyozzák. Ebben a kifejezésben semmi utalás nincs arra, hogy egy személyről lenne szó, aki történetesen valamilyen természetű betegség állapotába került, amely álla-

⁷⁰ A nyílt, értékplurális társadalomról: Viefhues 1989, 2006: 27–29.

pot viszont (többnyire) nem szünteti meg automatikusan a személystátuszát. A fentiek miatt a magyar kifejezés, „az orvos-beteg” kapcsolat szemantikája eleve elfedi vagy teljesen *figyelmen kívül hagyja a pácienshez mint személyhez tartozó elidegeníthetetlen jogokat és normákat és az őt mint személyt megillető tiszteletet.*⁷¹

⁷¹ Rózsa 2016: 219–222.

4. A bioetika mint civilizációs kihívás

A „beteg” kifejezés elterjedt használata csak egyik és nem is a legfontosabb jele annak, hogy milyen *civilizációs kihívások előtt áll a magyar medicina*. A hagyományos orvosi etika nem igazítja el sem az orvost, sem a páciens a modern orvoslás minden releváns vonatkozásában. Az orvos-beteg kapcsolat klasszikus szabályain túlmutató tényezők révén *hiátusok keletkeztek az orvoslás etikai értékelésében*. Ilyen tényezők többek között a páciens autonómiája, a növekvő nehézségek a modern medicina finanszírozásában, a többszereplőssé vált egészségügy, a modern technika sokrétű következményei az orvos-beteg kapcsolatban. E hiátusok megfelelő kitöltése mind az orvos, mind a beteg elemi érdeke. Az etikai deficitek hosszabb távon ugyanis negatív hatással vannak mind az *elbizonytalanodott orvosokra*, mind az új feltételek között *helyüket nem találó betegek*re. Az orvos szerepkörének újrameghatározása ugyanúgy sürgető feladat, mint a beteg/páciens státuszának körvonalazása és az új körülményeknek megfelelő magatartási mintává szilárdulása. Ez a változás a német társadalomban jórészt már lezajlott, de a magyar társadalom még ez előtt a civilizációs kihívás előtt áll. A bioetikai kérdések, problémák széles nyilvánosság elé tárása, az egészségszociológiával való együttműködés, a média szerepvállalása, megfelelő egészségpolitika segíthetik és felgyorsíthatják e komoly és komolyan veendő civilizációs kihívásoknak megfelelő válaszok és magatartási minták kimunkálását és elterjedését a medicina mindennapjaiban Magyarországon is.

Ezek a civilizációs kihívások azonban nem jelenthetik azt, hogy az orvosi etika nézőpontját negligálni kellene. Nemcsak hosszú múltja, hanem ma is érvényes komponensei miatt *a hagyományos orvosi etika nyújtja az első fogódzókat az orvos-páciens kapcsolat lényegi vonásainak feltárásában, ahogy az orvoslás mindennapjaiban is*. Ugyanakkor ez ma már önma-

gában nem kielégítő szemléletmód. Megkerülhetetlen a bioetikai perspektíva releváns elemeinek, így az orvosi etikai szemléleten túlmutató normatív, egyúttal a konkrét praxist orientáló elemeknek a bevonása a modern medicina különböző területeire, a gyógyító és/vagy kutató tevékenységi körökbe. A klasszikus orvosi etika normáinak és hagyományainak, valamint a bioetika szemléletmódjának *termékeny összekapcsolására a biomedicinális etika (modern orvosi etika) a legjobb példa.* Ez a tudásterület a korszerű medicinális gyakorlat és a megfelelő módosított/kiegészített etikai normák problematikáját egyaránt elsődleges tárgykörének tekinti. Ahhoz azonban nem kielégítően tág a tárgyköre, hogy társadalmi, jogi, pénzügyi, egészségpolitikai, egészségpszichológiai tényezőket, vagyis azokat a sokrétű *extern* kérdéseket és összetevőket is figyelembe vegye, amelyek a modern medicina keretfeltételeit képezik. A bioetikai horizont kínál lehetőséget e keretfeltételek megfelelő átfogására és tematizálására. Ahogyan arra is, hogy az ebben a komplex tárgykörben rejlő valódi civilizációs kihívásokra a *modern medicina minden érintette és szereplője* – és semmiképpen sem pusztán egy tucatnyi bioetikus – *releváns válaszokat tudjon adni.* Valamint hogy képes legyen megfelelően elhelyezni (újraértelmezni) saját konkrét cselekvési hatókörét ebben a rendkívül összetett, sokszereplős és gyorsan változó játéktérben.

Mindez azt is jelenti, hogy a civilizációs kihívásra *lehet válaszokat találni* máshol és lehet tanulni belőlük, sőt: ajánlatos is. Ám ez nem minden. A más országokban és részben más kultúrákban kimunkált és működő válaszok *adaptálásra* szorulnak a mindenkori kulturális, intézményi, jogi, pénzügyi, egészségpolitikai stb. keretfeltételek figyelembevételével. Az egészségügy szervezettsége és finanszírozása Németországban egészen más szinten van, mint nálunk. Már csak ezért is *illúzió, sőt ostobaság lenne pl. a német bioetika egy az egyben történő átvételére törekedni.* Továbbá nem elegendő az adott társadalmi, gazdasági, egészségpolitikai stb. komponensekhez való adaptálás, pl. intézmények „lemásolása” révén. Az ugyanis megkerülhetetlen, hogy az egészségügy minden egyes szereplője interiorizálja, sajátjává tegye vagy éppen kimunkálja az opciókat vagy válaszokat. Úgy, ahogy évszázadokon át tették ezt orvosok generációi a hipokratészi hagyománnyal. Van tehát „tananyag”, amit elsajátítani érdemes és ajánlatos. Mert olyan nehéz vizsga előtt állnak a medicinában érintettek, beleértve a betegeket/pácienseket is, amelyet nem lehet elbliccelni, ez szóba sem jöhet: csak sikeresen teljesíteni lehet.

5. Az orvos-beteg kapcsolat átrendeződése és átértékelődése a modern medicinális gyakorlat keretfeltételei között

5.1. A technológiai változások kihatása a medicinális gyakorlatra és az orvos-beteg kapcsolat etikai kérdéseire

A 20. század 60-as éveitől új dimenzióba kerültek a hagyományos orvoslás munkafeltételei és teljesítőképessége, beleértve az orvos-beteg kapcsolatot. Korábban elképzelhetetlen módon *megváltoztak az orvosi cselekvési lehetőségek az altatás, a védőoltások és az antibiotikumok alkalmazásával, valamint a szervátültetés és szervpótlás, illetve a genetikai diagnosztika bevezetésével, s átalakultak az orvoslás szervezeti és társadalmi feltételei.* Az orvosi gyakorlat olyan keretek közé került, amelyeket többek között az alábbi fogalmak jellemeznek: *műszak, teammunka, szakorvoslás, nem orvosi gyógyító tevékenységek, etikai bizottságok, agyhalál.*

Mindebből következően *új és újfajta szakmai-etikai kérdések* merültek fel ebben az összefüggésben. Ilyen kérdések *a kezelés megszakításának joga vagy kötelessége az élet végén, az orvosi beavatkozások határai az élet kezdetén, az intenzív medicina teljesítményei és határai, a kómában fekvő beteggel szembeni etikai dilemmák, a genetikai beavatkozások jogosultsága vagy jogtalansága, az eutanázia kötelessége vagy tilalma, az agresszív sugárterápia és a kemoterápia joga és jogtalansága, az orvosi felelősség és a páciens autonómiája közötti, feszültségektől nem mentes viszony.*⁷²

A változások egyik alapvető jelentőségű következménye, hogy a hagyományos orvosi gyakorlatot felváltó, jóval összetettebb medicinális gyakorlatnak és interakciónak már *csak egyik összetevője az orvos és a páciens*

⁷² Sass 1989, 2006: 7–8.

közötti kapcsolat. Ma már a medicinának számos olyan eleme van, amiben nincs szerepe az orvos-beteg közvetlen kapcsolatának. (Példa erre a modern technika eszközeivel való diagnózis felállítása: egy MRI-vizsgálaton a páciens nem találkozik orvossal, vagy egy röntgenfelvétel szakmai kiértékelése internetes kapcsolattal történik. A leletet az asszisztentstől kapja meg.) Ily módon az *orvos-beteg kapcsolat* nemcsak átalakulóban van, hanem *jelentősen redukálódott.*

A jelzett új (és állandóan bővülő) technológiai lehetőségek nemcsak korábban nem ismert, hanem *állandóan változó helyzetet* vonnak maguk után. Ez *folyamatosan bővülő cselekvési tereket* nyit meg a medicina előtt. Ez a fejlemény egyúttal *új együttműködési és kommunikációs formákat hív életre.* Ilyenek például a teammunka konkrét esetek kapcsán, vagy a szakértői kompetenciák és ezek kicserélésének felértékelődése egy adott esetről való etikai és/vagy jogi tanácsadás céljából, a szakorvos mellett pl. etikus, jogász részvételével, vagy a tájékoztató beszélgetés a pácienssel. Új kommunikációs formának számítanak a személyes találkozást alkalmanként vagy esettől, illetve orvostól és páciensstől függően akár rendszeresen helyettesítő mobil- és e-mail-kapcsolattartás pl. a vizsgálati eredményekről való tájékoztatás céljából vagy tanácsadás kérésére. Idetartoznak az ún. *telemedicina* lehetőségei.

Az új technológiák bevezetése és ennek részeként az orvosi specializálódás a medicina fejlődésének interdependens okai és következményei. A technika emeli a hatékonyságot, mivel célszerű eszközöket bocsát rendelkezésre. Természete szerint se nem humán, se nem inhumán. Semlegesége azonban megnyitja a lehetőséget egy sajátos öntörvényűsége, ami hozzájárul a *medicina elszemélytelenedéséhez.*⁷³ Az orvos és a beteg/páciens személyes kapcsolattartása helyett egyre több technikai eszköz és megoldás ékelődik közéjük.

A diagnosztika egyre inkább áthelyeződik az orvosi vizsgálat területéről a *számítógépek és az elektronika által irányított technikai segédeszközökre.* Az ennek révén nyert adatok sokfélesége és sokasága figyelmeztet bennünket egy olyan fejleményre, amely *a beteget és a kórházat egyaránt a mér-*

⁷³ Wolff 1989, 2006: 184.

hetőre és a számokban kifejezhetőre redukálja. Terápiás területen többek között az intenzív osztályokon, a radioterápiás helyiségekben és a dialízis-központokban megy végbe *az orvosnak a technika általi pótlása.* Sőt ez a jelenség valójában mindenütt megfigyelhető, akár egy hordozható EKG-készülék felhelyezésekor is.

A növekvő specializálódás a medicina multidirekcionális fejlődésének és a munkamegosztáson alapuló egyes tevékenységek nagyobb hatékonysága iránti szükségletnek a következménye. Az ebből eredő kompartmentalizációnak a medicinában megvan az ára. Az orvos számára ez az ár az arról az *önértelmezésről és önazonosságról való lemondás, amely önértelmezés és önazonosság egy osztatlan hivatásbeli kompetenciából indul ki.* A beteg számára ennek a változásnak az ára *elsődleges kívánságának megnehézült vagy esetenként ellehetetlenült teljesülése: az, hogy a bizalmát élvező orvostól teljes körű felvilágosítást kapjon állapotáról.*⁷⁴ Az igaz, hogy a tájékoztatáson alapuló beleegyezés soha nem volt elterjedtebb, mint ma, és a betegek soha nem kaptak annyi felvilágosítást, mint ma. Ám a több információ nem jelent automatikusan magasabb szintű tájékozottságot, ha az információk súlyozása, a páciens sajátos helyzetéhez illesztése nem kapcsolódik hozzá. A technikai bővülés és a medicina specializálódása elkerülhetetlenül magával hozza *a személyes kapcsolattartás arányának csökkenését, a közvetlen, személyes, bizalomra épülő orvos-beteg kapcsolat jelentőségének háttérbe szorulását,* illetve bizonyos területekre való visszahúzódását. Az utóbbira példa a várandós nők vagy a rosszindulatú daganatos betegek esete: itt tovább él a bizalmon és rendszeres találkozáson és beszélgetésen alapuló kapcsolat.

A technikai apparátusra, a specializációra és az újfajta kooperációkra épülő orvoslásban szükségessé vált, hogy rögzítsék és biztosítsák az orvosi cselekvések helyzeteire annak a *felelős személynek* a funkcióját, aki *koordinálja a technikai intézkedéseket, és emellett megfelelő figyelmet fordít a páciensre mint személyre és emberre.* A klinikai személyzet szerkezetében ezt a feladatot eleve az *osztályos orvosnak* szánták. Kérdés, hogy ez mennyire sikeres. Arról nem is beszélve, hogy *a házi orvos sokkal inkább alkal-*

⁷⁴ Uo. 186.

mas lenne erre a funkcióra, aki többnyire a legszélesebbkörű ismerettel rendelkezik a páciensről, beleértve annak etikai preferenciáit is. Kórházi kezelés fennállása esetén a háziornosnak az osztályos orvossal való együttműködése lehetne egy megfelelő opció. Ennek a modellnek a kidolgozása azonban még várat magára – Németországban is.

5.2. A hivatásbeli változások hatása az orvos önmagáról alkotott képére

A medicina szerkezeti átalakulása, de a társadalmi és technológiai változások is nyomot hagytak az orvos hivatásáról, a páciens státuszáról és mindkettőnek önmagáról alkotott képében.⁷⁵ Az általánosítással azonban legyünk óvatosak. Mert mindenhol, ahol a fejlemények változóban vannak, ott a képet végül is a hagyományos elemek és az új tényezők egymás mellett élése, ezek valamilyen kombinációja határozza meg. S az a mód, hogy miként reagál az egyes egyén (az orvos és a páciens) ezekre a hatásokra, attól is függ, hogy miként élte át és fogadta azokat. Néhány általános megállapítást azonban mégis megkockáztatunk.

Tovább él az orvosnak mint szükséghelyzetben mindig rendelkezésre álló és tapasztalt segítőnek a képe, akinek a személyében egyesül a páciens bizalma és az orvosnak az iránta való osztatlan felelőssége. Ennek a képnek töretlen életképességét sok publikáció dokumentálja, és egyes orvosoknál a hivatáshoz való kötődés számos megnyilvánulása visszaigazolja. Még a nyilvánosságban is fennmaradt egyfajta nosztalgikus kívánságképként (példa erre *A hegyi doktor* című tévéfilmsorozat morális tartalma és roppant népszerűsége). Azért, mert ez a kép *megfelel a páciens egy bizalmi személyre irányuló kívánságának.* Az orvosképzésben viszont elhalványult ez a kép, elsősorban a szakmai tananyag expanziójának eredményeként.⁷⁶ Újraéledése nagymértékben függ attól, hogy milyen helyet kap a modern orvosi etika és a bioetika a jövőben az orvosképzésben.

⁷⁵ Uo. 188.

⁷⁶ Uo. 189.

Az orvosi hivatásról alkotott *reális kép sok vonatkozásban eltér az ideális képtől*. Ez különösen ott érvényes, ahol az orvos speciális diagnosztikai és terápiás szolgáltatásokat nyújt. Ezeknek a szolgáltatásoknak a technikai természete és ilyen jellegű szervezethez való kapcsolatot minimálisra redukálja. Ezekben a területeken *az orvos általános kompetenciája és összfelelőssége helyébe a speciális kompetencia és az ennek megfelelő sajátos szakmai felelősség kerül*. Az orvos általános morális attitűdje és erkölcsi habitusa itt háttérbe szorul: elsődleges, akár kizárólagos célja az, hogy a *szakmai feladatára koncentráljon, s azt technikailag tökéletesen hajtassa végre*, hiszen ennek magas színvonalából nyerhet hivatásbeli tekintélyt.

Az ilyen és hasonló jelenségek eredménye az is, hogy a beteg bizalmának tárgya ma már nem annyira a személyes tekintély, hanem inkább *az orvos szakmai kompetenciája, aki átfogó életsegítőből a „hibás szervek reparátora” lett*. Ez jól illusztrálja azt a trendet, amely az orvosi hivatásról alkotott kép alapvető átalakulásának irányát jelzi.⁷⁷

Az orvos hagyományos önértelmezése szerint szükséghelyzetben magától értetődően rendelkezésre állt, ami nemes kötelesség volt. Az anyagi ellenszolgáltatás a hála kifejezése volt, nem pedig javak kicserélésének jelensége. Ezzel szemben a modern társadalom növekvő igényei az élet egyedi alakítására szükségképpen magával hozták az orvosi önértelmezés megváltozását is. Az egyes szolgáltatásokhoz hivatalosan hozzárendelt illetékek és a kiegészítő megegyezések a honoráriumról *szereződéses* elemmé váltak, és ilyen módon kerültek be az orvos-beteg viszonyba Németországban. Hasonlóan szerződéses jellegűek azok a munkaidőre vonatkozó szabályozások, amelyek az orvos szabadidőre irányuló igényét rögzítették.

Az orvosról alkotott kép változásának megítélése a közvéleményben ambivalens.⁷⁸ A kritikus kifogások jól ismertek nálunk is: az orvos túl kevés időt szentel a betegére, az ellenszolgáltatás érdekét gyakran a hivatásbeli etosz felé helyezi stb. Ám ezekben a kifogásokban sokszor csupán egyedi tapasztalatokra, fenntartásokra vagy társadalmilag nem reprezentatív felmérésekre alapozott túláltalánosító ítéletekről van szó. A magyar egészségügyben a negatív hangok sokasága és a panaszok egybeesése (különösen

⁷⁷ Uo. 189.

⁷⁸ Uo. 190.

a paraszolvencia kapcsán) azonban arra a következtetésre kényszerít bennünket, hogy ezek a kifogások legalább részben megalapozottak. Ezért az orvosi társadalomnak a megfelelő intézményi keretekben, pl. a Magyar Orvosi Kamara kereteiben reflektálnia szükséges erre. Főleg a fiatalabb generációkhoz tartozó orvosokra jellemző a paraszolvencia kórosan elburjánzott jelenségének elutasítása. Emellett sokan (köztük e könyv szerzője is) elismerik és nagyra értékelik számos orvos mintaszerű és áldozatkész fáradozását páciensei jóllétéért.

5.3. A páciens változó önképe és magatartása

Végbemennek változások a páciens státuszában és habitusában is, hasonló forrásokból táplálkozva: a „nagykorúság” növekvő tudatából, a társadalmi-technológiai fejlődésből eredő igényekre való reflexiókból, a medicina belső szerkezeti változásából eredően. A medicináról a közvéleményben alkotott képet a saját tapasztalatokon túl a média és az internet is jelentősen befolyásolja. A „nagykorúsított”, felvilágosult páciens az orvoshoz napjainkban *magasabb információs sztenderddel, fejlettebb öntudattal, egészség tudattal és magasabb igényvel* fordul, mint korábban. Nagyobb részesülést vár el az információkból, a tervezésből és a döntésből, valamint az egészségügyi ellátás kapacitásából, ellátási kínálatából. Előfordul, hogy gyakran a medicinális indikációk határain is túllépve tart igényt szolgáltatásokra (pl. fizioterápiás kezelésekre termálfürdőben). Mindaddig, amíg nem a betegség és a szenvedés határozzák meg az orvoshoz való viszonyát, addig ennek a viszonynak inkább szerződéses, azaz kölcsönös megállapodáson alapuló jellege van.

Az orvosi technológia lehetőségei és a növekvő specializálódás sokféleképpen, akár ellentétes reakciókat kiváltva hatnak a páciensekre. Az intenzív osztályon a technikailag tökéletesen ellátott súlyos beteg ezt érezheti odatartozásnak, védettségnek, de akár kiközösítésnek is.⁷⁹ Némelyek számára a specializálódás és a magas szintű technológia *a modern medici-*

⁷⁹ Uo. 191.

na omnipotenciája iránti bizalmat ébresztő szimbólumokat jelentenek. Másokban a technika bonyolultsága és a bürokrácia eluralkodása vagy a farmakoterápia mellékhatásainak kockázata bizalmatlanságot váltanak ki. Olyan bizalmatlanságot, amely megerősítést keres és talál más forrásokban, így általános technika- és tudományellenességben. Sok páciens megfelelő felvilágosítás hiányában az együttérzés és az empátia hiányaként éli meg pl. a nagy klinikákon gyakori más osztályokra történő továbbküldést. Időhiány és nyilvánvaló szervezési problémák nemritkán a személytelenység érzését váltják ki. Ha ehhez még hozzávesszük a medicinával kapcsolatos túlzott elvárásokat követő csalódást, akkor magyarázatot kapunk arra, hogy miért fordul sok páciens az alternatív gyógymódok felé. Az alternatív gyógyászat ráadásul rendelkezik a „természetes”, a „nem káros” vagy a „titokzatos” vonzerejével is. Művelőitől személyes odafordulást remélnék azok, akik ezt a szokásos intézményes keretekben (indokoltan vagy alaptalanul) hiányolják.

5.4. Szakmai és etikai orientációvesztés az orvosi magatartási mintában: az apparátusmedicinába való menekülés és a túlkezelés veszélyei

Az orvos és a beteg önképének, illetve az orvosi hivatásról és a beteg státuszáról alkotott képnek a változásai leképeződnek a medicina szereplőinek magatartási mintáiban végbemenő változásokban és konkrét magatartási megnyilvánulásokban is. Ezek igen sokfélék. Nem kevesen vannak az orvosok és a betegek között is, akik a hagyományos paternalisztikus és tekintélyelvű orvosszerephez vagy a hagyományos betegképhez ragaszkodnak. A hagyományos betegkép szerint a beteget a teljes passzivitás, az orvosra való teljes körű és feltétlen hagyatkozás, alapvető kérdésekben való tájékozatlanság jellemzi. Ám a páciensek egyre növekvő arányban már nem annyira önállótanok, nem olyan tudatlanok és már a feltétlen, vak bizalom sem jellemző rájuk. A magatartási minták átalakulási folyamatában vagyunk valahol, amely minták azonban még nem tisztultak le. Mindez magától értetődően messzemenően kihat az orvos-beteg kapcsolatra. Páciensek és orvosok egyaránt azt tapasztalják, hogy a régi normák és magatartási

minták már nem működnek a korábban megszokott módon. A medicina hagyományos szereplői nem tudnak teljesen azonosulni a korábbi szerepekkel, magatartásmintákkal, mert azok vagy túlnőttek rajtuk, vagy kisebb méretűek lettek, vagy szokatlan fazont öltöttek.

Döntő tényező a magatartási minták átalakulásában, hogy *a páciensek szerepe alapjaiban változik meg*, legalább három tényező hatásának eredményeként: 1. *a betegjogok révén*; 2. *a tájékoztatáson alapuló beleegyezés beszerzésének kötelező érvénye következtében*; 3. *a preventív medicina terjedése eredményeként*. Ugyanakkor gyakran még *a régi szerepelvárások is tovább élnek*. Töretlenül túl nagy az elvárás az orvosokkal szemben, akiknek valójában már nincs meg az a széles körű, átfogó szakmai és emberi kompetenciájuk, ami korábban megvolt. Ma az orvosoknak, részben a háziorvosok és a mostanában nyugdíjkort elérő generációhoz tartozó orvosok kivételével, szűk szakmai kompetenciára kell szorítkozniuk, a specializálódás igénye (kényszere) következtében. A régi magatartási minták és a hozzájuk tartozó etikai normák, valamint a betegek ezen alapuló elvárásai ily módon nem esnek egybe. Ugyanakkor az új normák és magatartási minták vagy még nem tisztultak le, vagy ha igen, akkor gyakorlati alkalmazásuk sok kívánnivalót hagy maga után. Az így bekövetkező *szakmai és etikai orientációvesztés* nemritka következménye az orvoslás mindennapjaiban az ún. *apparátusmedicinába* való menekülés. Ennek tipikus példái a túladagolt sugárkezelés, túlzásba vitt kemoterápia. Itt is megemlíthető a gyógyszeres túlkezelés általánosan elterjedt jelensége is.

A beteg „túlkezelése” akár gyógyszerekkel, akár más módon jellemző tünete a defenzívába szorult hagyományos orvosi etikának és az ily módon etikai kérdésekben *magukra maradt, megfelelő orientáció hiányában tanácstalan orvosok* reakciójának. A fejlett technikára épülő medicina offenzívája a hagyományos orvosi etika defenzív alapállásának megfelelője, vagyis ugyanannak az érmének a két oldaláról van szó. *Az etikai felelősségkompetencia megoldatlansága* következtében egyfajta „szükségállapot” lép fel az orvos magatartásában. *De nemcsak az orvosnál, hanem a pácienseknél, a betegellátás és az egészségügy intézményeiben is, sőt az egészségpolitika felelőseinél is megfigyelhető jelenségről van szó*. Az érintettek elvesztették a régi, biztos tájékozási pontokat, és még nem találták meg az újakat.

A páciens érzékenységének fokozása, saját magával szembeni felelősségének és kompetenciájának kialakítása is *az új kihívások közé* tartozik. A páciensnek felkínálható több cselekvési (kezelési, beavatkozási) opció önrendelkezési jogának tiszteletben tartását szolgálja, de orvosilag is indokolható. Például adott esetben lehet olyan kezelési opciót felajánlani, amely hosszabb élettartamot valószínűsít, ám erősebb fájdalmakkal jár, vagy olyat, amely ugyan rövidebb élettartamot ígér, de lényegesen kevesebb fájdalommal kell együtt élnie a betegnek. Az ilyen döntésekhez megfelelő érzékenység, kompetencia és felelősség szükséges a páciens részéről. Ez a felkészültség manapság még nem általános a betegek körében.

A vázolt helyzet jellemzésére találó az, amit a német bioetikus, Sass így fogalmaz meg: a medicina mindennapjaiban az „etikai válságmenedzsment” gyakoribb, mint a megbízható és precíz konszenzust megcélzó mérlegelés, ami roppant időigényes. Kétségtelen, hogy a *szakmailag és etikailag adekvát reakálás ma nagyon sokat vár el az érintettektől*: az orvostól az alapos elmélyülést, a konkrét eset más szakmai és nem szakmai érintetteivel (pl. más, az eset kapcsán érintett szakorvos, etikus, teológus, jogász szakértőkkel) való diskurzust, a különböző nézőpontok kicserélését, szakmailag és etikailag egyaránt elfogadható konszenzus vagy akár a betegnek felkínálható több opció kimunkálását igényli – s mindezt a beteg tájékoztatáson alapuló autonómiájának figyelembevétele mellett. Arról nem is beszélve, hogy a páciens kimunkálható kompetenciája és felelőssége is feltétele és összetevője a helyes döntésnek.

Az új, roppant összetett helyzetből adódóan a szakadatlanul bővülő medicinális cselekvési lehetőségek és új kooperációs formák *megfelelő* realizálásához az új körülményeknek megfelelő *új mércékre és paraméterekre* lett szükség etikai vonatkozásban. A medicina ezen új típusú igényében többé *nem lehet kizárólag a hippokratészi ethoszra támaszkodni*. A modern medicina többé már nem azonosítható a hagyományos, személyes kapcsolaton, feltétlen bizalmon, az orvos beleélő képességén, osztatlan szakmai és emberi felelősségén alapuló paternalisztikus orvosi/háziorvosi praxissal. A medicina lehetőségeiben és napi gyakorlatában az új szakmai szttenderdek mellett fellépett az *új etikai paraméterek iránti igény*. Ennek kielégítésére jött létre részben a *biomedicinális etika mint modern/aktualizált orvosi etika, részben a bioetika*. Ez utóbbi a modern medicina összes

releváns aspektusának etikai elveit és normáit hivatott vizsgálni, tisztázni, majd visszacsatolni a medicina gyakorlatához.

5.5. A modern medicina újabb keletű szakmai határai és a megfelelő etikai reflexió igénye

A modern orvoslásra szakmailag is több árnyék vetült. Minden technikai fejlődés ellenére a modern, technikailag igen magas szintű medicinának nincsenek eszközei egy sor szenvedés és betegség kezelésére. Komoly tényező és kihívás a medicina számára is, hogy a fejlett világban tovább emelkedik a várható élettartam, miközben a születési ráta stagnál vagy tovább esik, ezzel szemben a kevésbé fejlett térségekben rendkívül magas a születési ráta, és ott hiányoznak alapvető ellátási feltételek és eszközök. A betegek egyre növekvő arányban a folyamatosan öregedő társadalom idősebb tagjaiból kerülnek ki. Nemcsak az egyre nagyobb arányban terjedő időskori demencia formái és tüneteinek kezelése jelentenek nagy kihívást, hanem az életnek tág és állandóan bővülő technikai spektrumon való fenntarthatósága. Mindennek komoly anyagi és etikai konzekvenciái is vannak. Fontos kérdés, hogy pl. ki és kinek vagy minek rovására finanszírozza az idős, irreverzibilis betegségben szenvedők életfenntartásának költségeit. Vagy hogy hol kell meghúzni a határt az életben tartás technikai lehetősége és a méltóság megőrzése között az irreverzibilis betegségben szenvedő idős embereknél. És hogy ki húzza meg ezt a határt. Saját maga, még a betegsége kitörése előtt hozott „élő végrendeletében”, vagy a hozzátartozók, vagy hivatalosan kijelölt helyettesítője, vagy az orvos?

A modern társadalmakban éppen a sokszereplőssé és soktényezőssé vált medicina hatásaként egyre gyakrabban áll elő olyan *szükséghelyzet*, hogy bár e társadalmak rendelkeznek technikai javak, etikai és kulturális értékek széles körű gazdagságával, de gyakran nem rendelkeznek *megfelelő időben megfelelő értékekkel az adott konkrét eset hatékony kezelésére* (példa erre a kómában fekvő betegekkel kapcsolatos szakmai-etikai bizonytalanságok). Ami technikailag elvileg már megoldható, az etikailag a gyakorlat számára sok esetben még nem tisztázott. Önmagában a hagyományos/klaszszikus orvosi etika *már nem* tud segíteni az új, komplex medicinális gya-

korlat számos konkrét kérdésében. *A biomedicinális etika és a bioetika képes ezekre a kihívásokra megfelelően reagálni, ugyanakkor nem készült, nem készülhetett fel minden lehetséges, sajátos helyzetre.*

Az új etikai diszciplínák *nagy potenciállal* rendelkeznek. Mindenekelőtt arra kérdeznék rá, hogy hol vannak a technikailag lehetségesnek az etikai határai. Ezt a kérdést az orvosok és a páciensek nézőpontjából is felteszik. Belátják és beláttatják, hogy az érintettek, köztük az orvos és a páciens *törvényes védelme mellett szükség van az új helyzetnek megfelelő emberi, morális és etikai kompetenciákra is.* A medicina mai, állandóan változó helyzetében ez alapvető igény a páciensek többsége részéről az orvossal szemben. Ily módon társadalmi elvárás is egyben. Bizonyos, hogy sok orvos önmagával szemben is felállítja ezt az elvárást, még ha nem is talál minden esetben megfelelő etikai támpontokat ennek a teljesítéséhez.

A modern medicinális etika azt az igényt juttatja kifejezésre, miszerint a páciens értéképzete is legyen mérvadó a diagnózis felállításában, ne csak a vérképe. H. M. Sass szélsőségesen fogalmaz, hogy a probléma valós súlyára irányítsa a figyelmet. Sokakat irritáló megfogalmazása szerint pl. a differenciáldiagnosztikában az értéképzetnek egyenjogú státuszt kell kapnia az angioscopiával.⁸⁰ A tisztán orvosi diagnosztikai adatok szerinte ugyanis nagyon keveset árulnak el az egészség, a betegség, a fájdalom, a jóllét, a nem jóllét komplex tényállásáról. A modern medicina komplex feltételei között az etikai kérdésfeltevéseknek és javaslatoknak *provokálnia* kell mind a szűk értelemben vett szakmai kompetenciát, mind a hagyományos etikai megközelítés kereteit – az új, roppant összetett helyzetnek megfelelő értéképzetek és etikai diagnózis kidolgozása céljából. Ennek birtokában az orvosi diagnózis értelmesen kibővíthető, ami a *páciens mint személy* releváns körülményeivel (pl. értéképzete, életmódja) is kalkuláló, hatékonyabb terápia előtt nyitja meg az utat.

Az tény, hogy *a medicina mai eredményeit a természettudományos alapokon nyugvó tapasztalati medicinának köszönhetjük.* Ugyanakkor az utóbbi évtizedek technológiai, társadalmi és jogi változásai hoztak bennünket abba a helyzetbe, hogy *rákérdezhetünk: szabad-e mindazt megtenni, amire*

⁸⁰ Sass 1989, 2006: 14–16.

*technikailag képesek vagyunk.*⁸¹ A megfelelő válaszhoz a klasszikus orvosi etika önreflexiójára és önkritikájára, valamint nézőpontjának kitágítására és egyúttal a bioetika felé való nyitásra van szükség. A biomedicinális, illetve bioetika *szakmai tudásra támaszkodva*, azaz a megfelelő szakmai kompetenciával elemzett és kiértékelt várható orvosi prognózisra és konkrét orvosi intézkedések mérlegelésére, adott esetben konkrét opciók kidolgozására építve, *etikailag alaposan és sokrétűen elemzi és értékeli a konkrét esetet, majd javaslatokat tesz az eset menedzselésében érintetteknek az etikai tartalmú lépésekre.* Pontosan ezért érdemes a medicinális szaktudást és kompetenciát képviselőknek is megismerni és megfontolni a bioetikai reflexiókat.

A modern medicina három etikai perspektívája, ezek együttműködése és egyfajta egymásra utaltsága azonban ebben az összefüggésben sem téveszthető szem elől. Már csak azért sem, mert a medicinának a jövőben komoly problémákkal kell szembesülnie, ha nem sikerül a technikai haladást, a betegjogokat és az alkalmazott etikát integrálnia. A jövő útja feltehetően az lesz, hogy a *medicina technikai profilja mellé felzárkózik az etikai profilja.* Valószínűleg annak a bizalomnak a mértékében, amelyet a társadalom a medicinával szemben, a beteg/páciens pedig az orvossal szemben táplál és kifejez. Ennek a bizalomnak az elnyerése és megőrzése előfeltétele annak, hogy a *szakmai kompetencia és az etikai reflexió együttesen irányítsák az orvosi cselekvéseket a páciens jólléte érdekében, egyúttal autonómiájának tiszteletben tartása mellett.*

⁸¹ Uo. 8–9.

6. Betegből páciens: a modern társadalom autonómiaelvének hatása a modern medicinára és ennek etikai reflexiója

A természettudományok és a biotechnológia fejleményei által befolyásolt és egyre inkább alakított ún. nyugati medicina sikerei, a kórházak és az intézményesített egészségügy egyéb létesítményeinek megalapítása és elterjedése, az államháztartásból finanszírozott egészségügy kiépítése, az orvostársadalom specializálódása és professzionalizálódása azok a fontosabb tényezők, amelyek a modern medicinában (is) az *aszimmetrikus orvos-beteg kapcsolatot hozták kedvező helyzetbe*.⁸² Ugyanakkor az 1960-as évek elejétől kezdve a polgárok, illetve a személyek jogai tiszteletben tartásának követelése az orvosi intézkedésekre vonatkozó döntésekre is kiterjedt.⁸³ Ennek hatására vezették be a klinikai gyakorlatba a *tájékoztatáson alapuló beleegyezés* követelményét.⁸⁴ A tájékoztatáson alapuló beleegyezés keretében az *önmeghatározásra/önrendelkezésre* képes betegnek megfelelő *információk* birtokában abba a helyzetbe kell kerülnie, hogy olyan döntést hozhasson, amely összhangban van *saját személyes értéképzeteivel*. A döntésnek azonban *saját szabad* akaratból kell történnie, megengedhetetlen idegen befolyástól vagy manipulációtól mentesen. Az *autonómia* újabb keletű etikai elve a páciens önmeghatározása/önrendelkezése értelmében, valamint a páciens akaratának tiszteletben tartása számos etikai felfogásban elsőbbséget élvez más etikai elvekkel szemben, némely esetben pl. a jót tevés évezredes alapelvét is megelőzi. Az autonómia elvének ezt a kitüntetett státuszát erősítette a páciens jogainak törvénybe iktatása.⁸⁵

⁸² Vö. Faden–Beauchamp 1986: 111–114, illetve Vollmann 2008.

⁸³ A paternalizmusvitáról a legújabb, etikai és jogi aspektusokat egyaránt átfogó, összefoglaló írás: Drüber–Gutmann–Quante 2015: 122–128.

⁸⁴ Vö. Vollmann 2008, valamint Heinrichs 2015: 58–65.

⁸⁵ Magyarországon az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről a nyugati biomedicinális etika és jogalkotás szintjére emelte a betegjogokat, köztük a beteg önrendelkezési jogát és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés jogát. Vö. <https://net.jogtar.hu/eutv>.

Ezek a változások alapjaiban kihatottak az orvos-páciens kapcsolatra, annak korábban érvényes modelljeire.⁸⁶ A német szakirodalomban, részben angolszász hatásra különböző modelleket különítettek és különítenek el. Első lépésben *Hanns P. Wolff három modelljét idézzük fel.*

Ezek a modellek nem pszichológiai konstrukciók, hanem *realitások a medicinában* – szögezi le indításként Wolff.⁸⁷ A korábbi generációkban az orvos-beteg viszony erősen paternalisztikus volt. Az orvos magasra értékelt autoritása emberi és hivatásbeli tekintélyére alapult. Feladatát abban látta, hogy *vezeti a beteget annak legjobb érdekében. A beteg bizalom nyugvó alárendeltséget* hozott be ebbe a viszonyba. Mint laikus nem várt el semmiféle felvilágosítást, és nem volt ahhoz szokva, hogy megkérdőjelezen orvosi utasításokat. Ez a hagyományos viszony abban a mértékben vált egyre ritkábbá, ahogyan a vázolt technikai és társadalmi változások egyre inkább befolyást nyertek. A medicina szekularizálódása, ökonomizálódása és technicizálódása az egyik oldalon, a másik oldalon a polgárok önmeghatározása és a pluralista társadalom értékváltozásai jelentik ennek a gyökeres változásnak a keretfeltételeit. Mindezt az orvos és a beteg önértelmezésének megváltozása kísérte. Ebben a változási folyamatban *a hagyományos modellt egyre inkább az interakció más formái váltották fel, illetve egészítették ki.*

6.1. Etikai reflexiók az átalakuló orvos-páciens kapcsolatra

6.1.1. Három modell – a medicina „realitására” építve

Az orvos-páciens viszony *három, egyénileg variálható alapformája* különíthető el Wolff szerint: a hippokratészi, a szerződéses és a partnerségi modell.

a) A hippokratészi modell

Érvényességi területe a szükség és a segítség antropológiai alaphelyzetéből adódik. Az ebben a modellben alapvető segítségnyújtási kötelesség a hip-

⁸⁶ Vö. Siegrist 1998: 238–242.

⁸⁷ Wolff 1989, 2006: 206.

pokratészi hagyomány orvosi paradigmájának része. Ez a forma általában spontánul lép fel, a páciens egzisztenciális fenyegetettsége állapotaiban. A páciens szerepe többnyira passzív, akár amiatt, mert fizikailag vagy pszichikailag képtelen az önrendelkezésre, vagy azért, mert önkéntes önkorlátozásból „az orvos kezébe” adja át magát. Az orvos szerepe aktív cselekvésre épül. *Akut szükséghelyzetekben*, mint baleseti ellátás, intenzív osztályon való elhelyezés, sürgős operációk vagy súlyos fertőzések esetében kerül sor ennek a modellnek az alkalmazására. A szükséges terápiás beavatkozás a kimenetel esélyeitől függetlenül történik, a szakmai kompetencia érvényesítésével. A páciens *tartós egzisztenciális fenyegetettségek*or, pl. rák, AIDS vagy más krónikus betegségek esetén az emberi odafordulás és odafigyelés lép az orvosi szakmai ellátás előterébe.⁸⁸ Ilyen helyzetekben az orvos *paternalista döntései értelmese*k, bizonyos körülmények között *elkerülhetetlenek*, és ha *rationálisan megalapozhatók*, akkor *etikailag igazoltnak tekinthetők*.

A hippokratészi modellnek *felelősségetika* képezi az alapját. Magába foglalja az orvos átfogó, szakmai és emberi felelősségét és azt, hogy adott esetben kész a páciens jóllétét a saját érdekei fölé rendelni.

b) A szerződéses modell

Mindenütt hallgatólagos érvényességet élvez ez a modell, ahol az orvos mint medicinális szolgáltatásokat nyújtó ajánlattevő és a páciens mint ilyen szolgáltatások iránt érdeklődő lépnek kapcsolatba egymással. Különösen olyan intézményes cselekvések igénybevételénél, amely intézmények *speciális diagnosztikai vagy terápiás szolgáltatásokat nyújtanak az orvossal való kapcsolat csekély mértéke vagy akár annak hiánya mellett*. Erre példa a labormedicina, a sugárdiagnosztika, a sugárterápia, az aneszteziológia, az endoszkópia vagy a sebészet néhány részterülete. A szerződéses modell végül is megfelel a medicina mindennapjainak is azokban az esetekben, amikor a páciens a nem veszélyes egészségi zavarok elhárítását időben behatárolt reparáló szolgáltatásoktól várja. A szerződéses modell egyenlő módon veszi figyelembe az orvos és a páciens érdekeit. Az orvos eldöntheti,

⁸⁸ Uo. 207.

hogy mikor teljesíti a tőle elvárt szolgáltatást. A páciensnek viszont törvényesen is biztosított keretek között önrendelkezési joga van. Ez a modell sok vonatkozásban hasonlít az ügyvéd és ügyfele/megbízója kapcsolatának modelljéhez. Mindkét modell azonos elveken nyugszik: a kliens autonómiája, az őszinteség és kölcsönös bizalom elvein. A kliens/páciens érdekeinek a védelmére vonatkozó *professzionális kötelezettség* mindkét modellben az *egyeztetett szakmai szolgáltatások teljesítésére korlátozódik*. A szerződéses modell morális alapvetése a szerződésetikában gyökerezik, amely az orvosra szakmai felelősséget hárít.⁸⁹

c) A partnerségi modell

Ez a modell abból a tapasztalatból vezethető le, hogy az olyan gyakori krónikus szenvedések, mint pl. a cukorbetegség, a magas vérnyomás, a hízási hajlam, a veseelégtelenség eseteiben a kezeléshez, a tünetek mérsékléséhez vagy a javuláshoz *egyaránt szükség van az orvos és a páciens teljesítményére*. Ebben a modellben *az orvos tanácsadó szakértőként működik, a beteg pedig aktív, saját felelősséggel rendelkező munkatárs*. Együttműködésétől elvárják az előírtak betartását éppúgy, mint az önmegfigyelés tapasztalatainak és az önkontroll adatainak a rögzítését és rendelkezésre bocsátását pl. a vérnyomásról, a pulzusról vagy a testsúlyról. Ezek az adatok a további orvosi eljárások és kezelések számára fontos indikátorok arra, hogy megbízható önmegfigyelési és önellenőrzési adatok alapján a páciens bizonyos körülmények között megváltoztathatja a kezelést – de csak az orvosilag megállapított keretek között. „Az orvos segít a betegnek abban, hogy saját magán segítsen” – így foglalható össze ennek a modellnek a lényege. Hasonló együttműködési modellek érvényesek a preventív medicinára vagy az olyan eltérő területekre, mint a pszichoterápia vagy a krónikus vesedialízis, ahol nemritkán ugyanaz a páciens mind a kettőben érintett. *A partnerségi modell annál inkább alkalmas és sikerrel kecsegtető, minél inkább hasonlít egymáshoz a páciens mint partner és az orvos intelligenciában, képzettségben és élettapasztalatban*. Ugyanakkor annál siker-

⁸⁹ Uo. 208.

telenebb ez a modell, minél kevésbé intelligens és érett a páciens, vagy minél inkább érdektelen és kapcsolatra képtelen az orvos.

A partnerségi modell etikai strukturálásában elsőbbséget élvez a páciens önmeghatározási joga és saját magával szembeni felelőssége, valamint az orvosnak a szakmai kompetencia határait túllépő felelőssége. Ez különösen akkor érvényes, ha az orvos hosszabb ideig tartó kapcsolatban szorosabb kötődést alakít ki a pácienssel, és adott esetben saját magával szemben kell megvédenie a páciensét.⁹⁰ A kognitív disszonancia – az ismert kockázatoknak és a kellemetlen magatartási változások elkerülhetetlenségének a tudattalan elfojtása – a nem kielégítő páciens-együttműködés leggyakoribb okai közé tartozik a preventív medicinában és a krónikus betegségek lefolyásának kontrolljában. Ez a modell ugyanis minden részletében nagy önfegyelmet igényel a páciensről.

Mindegyik modell szituációra vonatkoztatott kommunikációs keretként értendő, amelyen belül minden egyes orvos-páciens kapcsolat a maga egyediségében és egyszerűségében bontakozik ki. Ugyanakkor a különböző modellek közötti *vegyített formák* is lehetőségek. Az orvos-páciens viszony lehet egy időben és tartalmilag behatárolt szituáció, de egy hosszabb folyamat is, miközben az egymáshoz való viszonyuk változik. Az egyik modell átmehet egy másik modellbe. Egy magas vérnyomásban szenvedő páciens friss szívinfarktussal a klinikai kezelés fázisában a hippokratészi modell orvos-páciens viszonyában érzi magát megfelelően védettnek. Az ehhez kapcsolódó hosszabb időtartamú kezelés idején, amelyben a különböző medicinális paraméterek önkontrollja is szerepet játszik, célszerűbb a páciens egészségi érdekének képviselője a partnerségi viszony keretében.

A három modell leírása *kerüli az összehasonlító etikai értékeléseket.* *Mindegyik modell meghatározott körülmények között megfelelő és alkalmazandó.* Mindegyik lehet más előfeltételek mellett alkalmatlan és nem megfelelő. A hippokratészi modell állítja fel az orvos számára a legmagasabb követelményeket. Ugyanakkor az orvosi szolgáltatások elszemélytelenedése és eltárgyasítása révén ez a modell a leginkább veszélyeztetett.⁹¹ Ugyanezen trend alapján voltaképpen a szerződéses modellnek kellene

⁹⁰ Uo. 209.

⁹¹ Uo. 210.

elterjednie a medicina mindennapi gyakorlatában. De ezt a várható prognózist a gyakorlat még nem erősítette meg. A partnerségi modell gyakorlati jelentősége abban a mértékben növekszik, amilyen mértékben a páciens önmagával szembeni felelősségét ő maga és az orvos is elfogadja. Ehhez hosszú időre, sok közös tapasztalatra és számos egyéb feltétel teljesülésére van és lesz szükség.

Az orvos-páciens kapcsolat fenti három modelljéhez korrigáló, illetve kiegészítő megfontolásokat tesz Jan Schildmann és Jochen Vollmann közös publikációjukban. Szerintük további megkülönböztetési alapként értendők az orvos-páciens kapcsolatban a tájékoztatás és a döntéshozatal ideáltipikus modellképzetei, amelyeket az orvos-beteg kapcsolat különböző formáira alkalmaznak.⁹² Az etikai-normatív elhatárolásban az Ezekiel Emanuel és Linda Emanuel által kidolgozott kritériumokhoz kapcsolódnak.⁹³ Az alábbi kritériumokról van szó: 1. az orvos-páciens közötti interakció célja; 2. a döntéshozatalban részt vevő orvosok és páciensek feladatai; 3. a döntés ellenőrzésének hozzárendelése. E kritériumok a bioetika cselekvéseméleti orientációjára épülnek, s nem az orvos-páciens kapcsolat egészségszociológiai, medicinatörténeti vagy empirikus megközelítésére. A cselekvéseméleti alapvetésnek megfelelő javaslatokat tesznek az orvos-páciens kapcsolat további modellezésére.

6.2. Cselekvéseméleti modellek az orvos-beteg kapcsolatra

Az alábbi modellek cselekvéseméleti alapvetést alkalmazva a medicinális intézkedésre irányuló döntéshozatal feltételeit, elemeit és jellegét állítják középpontba.

6.2.1. Paternalisztikus döntéshozatal

A paternalisztikus döntéshozatal, amelyet az irodalomban hippokratészi modellnek is neveznek, azt a célt tűzi ki, hogy olyan döntést hozzanak,

⁹² Vö. Schildmann–Vollmann 2015: 195.

⁹³ Emanuel–Emanuel 1992: 2221–2226.

amely a páciens egészségi értelemben vett jóllétét (*wellbeing, Wohlergehen*) a lehető legjobban szolgálja. Az orvos feladata, hogy ennek megfelelő terápiát javasoljon. Ez a rendelkezésre álló szakmai ismereteken, valamint saját klinikai szakmai tudásán és tapasztalatain alapul. A beteg jólléte a modell elképzelése szerint „objektív”. A páciens szerepe összekapcsolódik az egészséget előnyben részesítő magatartási módok és életvezetés betartásával, aminek támogatnia kell az előre látható kezelések sikerességét. Ebben a modellben a *jót tevés etikai alapelve elsőbbséget élvez a páciens autonómiája etikai elvével szemben.*

6.2.2. Tájékoztatáson alapuló döntéshozatal

Az orvos-páciens interakció célja ebben a modellben a páciens tájékoztatáson alapuló döntése, aminek bázisa 1. lehetőleg átfogó ismeretek a rendelkezésre álló medicinális opciókról; 2. a saját értéképzeteknek való megfelelés. Ezt a modellt az irodalomban „szerződéses modellnek”, „tanácsadási modellnek”, „tudományos modellnek”, „fogyasztói modellnek” is nevezik. *Az orvos feladata az, hogy megadja a döntéshozatal számára releváns információkat. A páciens feladata a megkapott információk mérlegelése és az orvosi beavatkozásról való döntés.* Ezen modell szerint az egészségvonatkozású döntések tekintetében a preferenciák ismertek a páciens számára, illetve bizonyos értelemben konstansak, ugyanakkor egyénileg különbözőek. Az orvos értéképzetei nem befolyásolhatják a döntést. A döntéshozatal ezen modelljének központi értéke a *páciens autonómiájának etikai elve, ami fölötté áll a páciens orvosilag meghatározott jóllétének.*

6.2.3. Interpretatív döntéshozatal

Az orvos-páciens interakció célja itt egy olyan döntés, amely megfelel a páciens preferenciáinak. Ez azt is jelenti, hogy a preferenciák között nem feltétlenül az autonómia élvez elsőbbséget. *Az orvos feladata, hogy támogassa a beteget értéképzeteinek tisztázásában, tudatosításában.* A páciens értéképzetei ugyanis ezen modell szerint nincsenek rögzítve, és csak részben van tudatában saját értéképzeteinek. Ennek megfelelően az orvos

elsődleges feladata, hogy segítse az értéképzetek tudatosítását, az ezeknek megfelelő morális érzék és erkölcsi tartás kialakulását, illetve tisztázását. Annak érdekében, hogy a *páciens olyan döntést hozzon, amely saját preferenciáinak a leginkább megfelel*. Az autonómia és a jót tevés viszonyában az előbbi áll előtérben. Vagyis végső soron ez a modell az előzőnek egyik tovább árnyalt és finomított változata, akkor is, ha nem feltétlenül és nem kivétel nélkül az autonómia a páciens legfőbb preferenciája. Elvégre az autonómia jogi védelme és etikai támogatottsága lehet a biztosítéka annak, hogy akár más természetű értéképzetek és preferenciák esetén sem sérül az autonómia elve. Az orvos ebben a változatban *tanácsadóként* áll a páciens mellett egy olyan döntés keresési folyamatában, amely döntés a páciens saját preferenciáinak a leginkább megfelel. *Az orvos kötelessége az autonómia elvét akkor is védelmezni és biztosítani, ha az nem szerepel a páciens közösen beazonosított, tudatosított preferenciái között.*

6.2.4. Deliberatív döntéshozatal

Az orvos-páciens interakció célja ebben a modellben egy olyan döntés, amely mind a páciens személyes értéképzeteit és ennek megfelelő tartását, habitusát, mind az egészségvonatkozású, orvosilag definiált értékeket figyelembe veszi. Az orvos feladata, hogy a terápiáról való döntéshozatal számára releváns információk közvetítése után részt vegyen a pácienssel folytatott *diskurzusban*. Ennek lefolyásában egészségvonatkozású, részben a beteg által bevont értéképzetek megnevezésére és mérlegelésére kerül sor. Az orvosnak meg kell győznie a páciens egészségileg releváns értékekről, ugyanakkor a manipuláció vagy a kényszerítés minden formája kerülendő. Az autonómia és a jót tevés viszonya szempontjából *az orvos a barát vagy a tanító szerepét veszi át*, aki saját értéképzeteit, ilyen jellegű tartását és habitusát is behozza a döntési folyamatba.

Az orvos-beteg kapcsolat új alapokra helyezésének kérdése további vi-
tákat váltott és vált ki ma is.

A fentebb tárgyalt szempontok, vagyis az extern, komplex technikai, társadalmi, jogi, egészségpolitikai, finanszírozási stb. keretfeltételek, illetve az intern, a modern medicinára reflektáló etikai elméletek perspektívái, valamint az orvos-beteg kapcsolat különböző modelljei figyelembevétele

mellett *releváns empirikus kontextustényezőket* is célszerű bevonni az orvos-páciens kapcsolat etikai minőségének értékelésébe. Ugyanis tapasztalati tény, hogy akár lényegesen eltérő extern keretfeltételek, pl. hátrányosabb finanszírozási körülmények között is lehet magas szakmai és etikai szintű orvos-páciens kapcsolatra számos példát találni bizonyos intézményekben. Ez fordítva is igaz: az extern (társadalmi, gazdasági tényezőktől, gazdaság- és egészségpolitikai döntésektől függő) *kedvező keretfeltételek önmagukban nem garantálják a szakmailag és etikailag is magas szintű orvosi ellátást, illetve orvos-páciens kapcsolatot*. Egy konkrét orvos-beteg interakció medicinális etikai értékelése és valós értéke ugyanis jelentős mértékben függ olyan *empirikus kontextustényezőktől*, amelyek a mindenkori konkrét orvos-páciens kapcsolatot jellemzik. Ez a kapcsolat intern: szakmaiságon és ebből eredő erkölcsi kötelességeken alapul az orvosnál, rászorultságon a betegnél, és kedvező esetben mindkét fél részéről bizalmon. Intern ez a kapcsolat a *bizalmon és személyes kapcsolaton alapuló jellege* miatt is, és mert nem közvetlenül határozzák meg az extern tényezők, pl. egy országban a GDP-nek az egészségügyre fordított aránya. A következőkben néhány példán világítjuk meg ezt az összefüggést.

6.3. Az orvos-beteg kapcsolat etikai értékelésének releváns empirikus kontextustényezői

6.3.1. Értékelés a konkrét empirikus kontextus és a normatív koncepciók összefüggésében

Az a konkrét kontextus, amelyben a diagnózisra, a kezelési lehetőségekre és a prognózisra vonatkozó információk közvetítésre kerülnek, és amelyben meghozzák a döntéseket, vitathatatlanul releváns tényező a mindenkori konkrét orvos-páciens kapcsolat értékeléséhez. Ha a kezelőorvos a folyosón vagy a betegágyánál, ám közben az órájára vagy a mobiljára tekingetve néhány perc alatt elintézi a (kedvezőtlen) diagnózis eredményeinek ismertetését, az etikailag nyilván nem helyes. Különösen a kedvezőtlen diagnózis esetén meg kell teremtenie a megfelelő feltételeket a rossz hír közlésére. Ugyanez érvényes a tájékoztató beszélgetésre, illetve a páciens beleegyezésének megszerzésére. Ugyanakkor egy meghatározott empirikus kontex-

tus célkitűzéseiből közvetlenül nem vezethető le normatív értékelés, pl. abból, hogy az orvos milyen kórházi körülmények között, mennyi idő alatt, milyen pontossággal végezte el a beteg tájékoztatását. Az egyes esetek összegyűjtése viszont az empirikus elemzés számára fontos adatbázist képez, és támpontot kínál az adott egészségügyi intézmény, osztály vagy szakorvosi ellátás etikai minőségének és ilyen jellegű identitásának elemzéséhez és értékeléséhez. A közvetlen, szubjektív-morális kontextustényezők (pl. egy bizonyos kezelőorvos megnyilvánulásai egy meghatározott beteg esetében) nem biztosítanak elegendő alapot az etikai értékelésre. Ehhez ugyanis etikai normatív koncepciókkal és elméletekkel is kell rendelkezniünk. Egyes szubjektív-morális megnyilvánulásokra nem reagálhatunk hasonlóan szubjektív-morális megnyilvánulásokkal, pl. úgy, hogy saját morális érzékünket szembeállítjuk az adott orvos eltérő morális tartalmú megnyilvánulásával. Ráadásul azt sem tudjuk, nem tudhatjuk, hogy az a megnyilvánulás valójában megfelel-e az ő morális érzékének és attitűdjének, vagy csak rossz napja volt. Ezzel nem felmenteni akarjuk őt, hanem a kontextusba helyezését fontosságát hangsúlyozzuk. Egyszerűen fogalmazva: egyes esetekből nem lehet túl messzire vezető következtetéseket levonni. Ehelyett *1. etikailag normatív alapvetésre támaszkodva, valamint 2. ismert, releváns morális tényezők fényében lehetséges és szükséges az orvos-páciens kapcsolat orvosi etikai értékelése.* Lényeges, hogy ez az értékelés releváns morális információk bázisra is támaszkodjon, s ne egyszerűen konceptualizáljon, vagy ne előítéletekre, de ne is véletlenszerű morális megnyilvánulásokra építsen.

6.3.2. Orvosi intézkedés a páciens feltételezett értékpreferenciáival összhangban

Az orvos-beteg kapcsolat cselekvési és kommunikációs tér egyben. Ezen interaktív cselekvési térben érvényes játékszabályokat három modell segítségével világítottuk meg. Mindegyik modell számára adottak *konkrét orvosi etikai kontextusok*, amelyekben a modellek valamelyikét előnyben részesítik. Ugyanez érvényes a *paternalisztikus döntéshozatal* ma sokszorosan bírált modelljére is. Erre példát nyújtanak azok a szituációk, amelyekben a *legrövidebb időn belül kell intézkedni a páciens életének meg-*

mentéséért és/vagy állapotának stabilizálásáért. Ilyen helyzetekben nincs lehetőség a megfelelő intézkedések kivitelezése *előtt* a páciens releváns értékékszeteinek, személyes preferenciáinak és ennek megfelelő habitusának bevonására és értelmezésére, többnyire még az előzetes beleegyezés beszerzésére sem. Ilyen helyzetekben az orvos azon feltételezés mellett cselekszik, hogy az általa megcélzott életmentés, illetve az élet fenntartása, valamint valószínűsíthető károsodások megakadályozása vagy mérséklése *összhangban van a páciens preferenciáival és értékhabitusával.* Lehetséges, hogy utólag kiderül: ez a premissza nem volt korrekt. Ennek ellenére *etikailag igazoltnak tűnik az orvos eljárása az adott helyzetben.* Az is kétségtelen, hogy nem minden olyan szituációban igazolhatók az életmentő vagy életet meghosszabbító intézkedések, amikor medicinális szempontból sürgősen kell cselekedni. Az etikailag nem igazolható cselekvésnek lehet egy olyan scenáriója, mint pl. a vérátömlesztés egy olyan betegnél, akiről tudni lehet, hogy egy ilyen intézkedést minden helyzetben elutasít. Példa lehet erre a Jehova tanúinak ellenállása a vérátömlesztéssel szemben, bár az utóbbi időben módosulóban van a teljes elutasítás.

6.3.3. Az orvos-beteg kapcsolat időtartama

Más morálisan releváns empirikus tényezők is belejátszanak az orvos-páciens viszony orvosi etikai értékelésébe. Példát kínálnak erre olyan szituatív tényezők, mint *az orvos-beteg kapcsolat tartóssága, illetve időtartama.* Ilyen esetekben az etikai értékelés számára releváns az a megkülönböztetés, hogy vajon sok éve létező kapcsolat van-e a háziorvos és a páciens között, vagy a klinikára éppen felvett páciens és az osztályos orvos közötti első, kezdeti kapcsolatról van-e szó. Az első esetben az orvosnak lehetősége van arra, hogy érvényesítse a páciens preferenciáit a kezelésben életveszélyes helyzet fennállása esetén, elvégre hosszú évek alatt megismerte azokat. Lehetséges az is, hogy a beteget régóta ismerő és kezelő orvos a páciens ellátása során megismeri a beteg/páciens ambivalens érzéseit, fenntartásait meghatározott orvosi beavatkozásokkal szemben. Tipikus példa erre *az irreverzibilis kómába került páciens mesterséges táplálással történő hosszabb távú életben tartása,* s az ezzel kapcsolatos averziók a páciensek jelentős részénél. Ezzel szemben az osztályos orvos számára csak korláto-

zotan lehetséges a páciens preferenciáinak differenciált elemzése az első kapcsolatfelvétel keretében. Az orvosi etikai elemzésnek egy ilyen konkrét esetben el kellene ismernie az osztályos orvos részéről a szituációfüggő korlátokat a tájékoztatás és a döntéshozatal alakításában. Emellett megoldási opciók kidolgozására van szükség ahhoz, hogy lehetségessé váljon a páciens preferenciáinak etikai perspektívából megkövetelt figyelembevétele olyan esetekben is, amikor nem áll rendelkezésre hosszú éves ismeretség és a páciens preferenciáinak ismerete. Ilyen esetekben *a döntéshozatal szempontjából a házi orvos és az osztályos orvos és/vagy az érintett szakorvosok közti jobb együttműködésre lenne szükség a megfelelő javaslatok kidolgozásához.*

6.3.4. További releváns empirikus kontextustényezők

Leszögezendő, hogy a mindenkori konkrét esetben az érintett orvosokkal szemben *teljesíthetetlen követelés a beteget érintő összes releváns információ beszerzése és integrálása*, beleértve a beteg preferenciáit és érték-képzetait. Ennek az igénynek még a viszonylagos teljesüléséhez is *együttműködési formák* szükségesek, pl. a háziorvossal, a családtagokkal, a törvényes képviselővel/helyettesítővel stb. Ebben a tekintetben viszont az ápolószemélyzetnek van nagyobb feladatköre, és nem az orvosnak. A szakmai és etikai kompetencia ilyen „megosztott” kimunkálása további támogatást kínál az orvos-páciens kapcsolat hatékonyságának emeléséhez.

a) Strukturális keretfeltételek

A strukturális keretfeltételek is morálisan releváns tényezőkként azonosíthatók be, mint pl. *egy magas szintű munkamegosztással működő kórházi rendszer struktúrája*. A speciálisan kiképzett orvosok különböző diagnosztikai és terápiás intézkedéseinek hatékonyabb kivitelezését segítheti elő az etikai perspektíva bevonása. *Az etikailag is megerősített szakmai tudás támogatja a jó orvosi ellátást, annak szakmai minőségét is.* Hozzunk fel egy német példát: Németországban a kórházak és a klinikák rendszeresen szerveznek *etikai továbbképzéseket* az orvosok és az egészségügyi személyzet számára kifejezetten azzal a céllal, hogy fokozzák a morális érzékenységét az alkalmazottakban, valamint hogy egységesítsék és folyama-

tosan aktualizálják egy adott kórház vagy klinika etikai sztenderdjét. A morális érzékenység mikéntje ily módon az egyes egészségügyi intézmények sajátos védjegyévé válik, beleértve ennek az intézménynek minden egységét.⁹⁴

b) Kommunikációs kompetencia

Nemcsak a rendelkezésre álló idő, hanem az orvos kommunikációs kompetenciája is empirikus keretfeltételt képez az orvos-páciens kapcsolat etikailag megfelelő alakításához. Ezt az orvos is befolyásolni tudja, amennyiben ilyen hiányosságai vannak, pl. a kommunikációs kompetenciák javítását célzó továbbképzésen való részvétellel. Ugyanakkor a játéktér a rendszerfüggő adottságok (pl. időtényező) miatt behatárolt.

c) Betegből páciens

A beteg pácienssé válása, személystátuszának és az ahhoz tartozó jogoknak a tudatosítása és gyakorlása empirikus kontextustényezők által körülhatárolt, adott helyzetekben is lényegesen csökkentheti kiszolgáltatottságát. *A betegnek is vannak feladatai, neki is tanulnia kell, hogy a betegjogokkal élni tudó pácienssé válhasson.* Ennek érdekében neki is meg kell szereznie a megfelelő kommunikációs kompetenciát, hogy megértse, amit az orvos a tájékoztató beszélgetésen elé tár, de ahhoz is, hogy megértesse magát, és ne csak aláírkantsa a sebtében orra alá dugott nyomtatványt. A páciens kompetenciájába tartozik a megértésen túl a megfelelő döntési képesség.⁹⁵ Ezek a feltételek még egyébként erősen autonóm egyéneknél sem feltétlenül működnek, ha betegként kerülnek döntési szituációkba. Éppen ezért az orvosnak mindent meg kellene tennie a páciens döntési képességének erősítéséért.⁹⁶

⁹⁴ Vieth 2006: 21–25.

⁹⁵ Schöne-Seifert 2009: 117–118.

⁹⁶ Uo. 44.

6.4. Esetelemzés (kazuisztika) és etikai értékelés az orvos-páciens kapcsolatban

Az esetelemzés előnyben részesítése az angolszász bioetikára jellemző. *A német bioetikusok többsége két vezető amerikai bioetikus, Tom L. Beauchamp és James F. Childress koncepciójához kapcsolódva szükségesnek tartja az esetelemzés számára is az ún. középszintű etikai elvek bevonását.* A medicinával kapcsolatos minden releváns tényező értékeléséhez szükség van elvi etikai megalapozásra a német bioetikusok jelentős része szerint. Korábban utaltunk rá, hogy ez az *erős elméleti-megalapozási igény* szorosan összefügg a német orvoslás történetének sötét korszakával, az orvosi szaktudással való megengedhetetlen visszaéléssel a náci korszakban. Emellett a konkrét medicinális gyakorlatban terjedőben van az esetelemzés Németországban. Ugyanakkor az esetelemzést preferáló álláspontból sem hiányzik az elméleti-etikai reflexió igénye.⁹⁷

Az esetelemzés kiindulópontja, hogy a medicinában, annak a pácienssel kapcsolatos minden szegmensében az etika *alkalmazott etika*.⁹⁸ A szakmai hozzáértéssel, az etikai elemzéssel és az értékérvényesítéssel való közvetlen és szoros kapcsolata révén az orvosi etika (a biomedicinális és a bioetika is) *etikai alapvetést nyújt konkrét problémahelyzetekben a medicinális cselekvések számára*. Wolff szerint három fokozatban megy végbe a medicinális etikai esetelemzés.⁹⁹

A medicinális státusz tisztázása az első lépés, amelyben minden medicinális és társadalmi tény, valamint diagnosztikai és terápiás alternatívát és prognózist be kell vonni az elemzésbe. *A második lépés az etikai státusz meghatározása és körülhatárolása*, ami abban áll, hogy az orvosi cselekvési alternatívák minden etikai aspektusát bevonják az elemzésbe, mégpedig medicinális döntések és cselekvések alapelveit követve. *A harmadik lépésben az előző két szempont párhuzamos összevetésének arra a kérdésre kell megadnia a választ, hogy mi áll a beteg legjobb érdekében*. A döntést

⁹⁷ Vieth 2006: 42–55.

⁹⁸ Vieth 2006: 53–57, valamint Wolff 1989, 2006: 205.

⁹⁹ Wolff 1989, 2006: 205.

és a döntési opciókat ily módon mind szakmailag, mind etikailag megalapozottnak lehet tekinteni.

Az etikai státusz elméleti-megalapozási igénye ennek eredményeként nem öncélú, de nem is extern: a medicinális cselekvések, döntések, alternatívák és egyúttal a páciens legjobb érdeke, ezek együttese vezeti az etikai alapvetést. Az esetre vonatkozó medicinális szaktudástól idegen etikai elvek alkalmazását ez az intern jelleg korlátozza vagy akár kizárja.

Ez az eljárás aláhúzza az egyes esetre való összpontosítást, amire a mai medicinában egyre nagyobb igény mutatkozik. Az esetelemzésnek ez a modellje leginkább az ún. *gyenge orvosi paternalizmus sztenderdjéhez áll közel*, és a medicina mai technológiai és személyi feltételei között a leginkább megfelelőnek tűnik. Előnye, hogy nem zárja ki, sőt feltételezi a páciens bevonását, azaz autonómiájának érvényesítését a döntési folyamatba. A páciens aktivizálása, amennyiben ezt egészségi állapota lehetővé teszi, már a második szinten megtörténhet, ahol lehetőség kínálkozik a cselekvési opcióknak, ezek előnyeinek és kockázatainak az ismertetésére, ahogy arra is, hogy a mérlegelésbe bevonják a páciens. Fennáll annak a kockázata, hogy a páciens saját legjobb érdekei ellen dönt. De az orvosnak még ekkor is van játéktere ahhoz, hogy érveket sorakoztasson fel betege meggyőzésére annak saját legjobb érdekeiről.

6.5. Az esetelemzés határai és a szisztematikus megalapozás erős igénye a német bioetikában: átvezetés az autonómiaelvetematiszálásához

Az elmélet és az egyes esetek közötti viszony három modelljének, a deduktív, az induktív kazuisztikus és a koherenciamodellnek az amerikai bioetikában történt megkülönböztetésére a német bioetikusok jelentős része úgy reagál, hogy Beauchamp és Childress javaslatát követve és továbbfejlesztve, a deduktívizmus és a kazuisztika közötti középút, a *koherenciamodell* mellett voksol.¹⁰⁰ Az elméletileg megalapozható és védhető, egyúttal mo-

¹⁰⁰ Beauchamp–Childress 1979, 2011, 2013. E modell mértékadó német interpretációi közé tartoznak az alábbi írások: Ach–Runtenberg 2002: 54–68; Schöne-Seifert 2007: 32–37. Megemlítenő ebben az összefüggésben: Hildt 2006: 24–25.

rálisan megnyugtató *konszenzus keresése elterjedt álláspont a német bioetikában*. A mindennapi beállítottságokban mélyen benne gyökerező normatív meggyőződések szerint pl. az aktív halálba segítség, legyen ez akár saját előzetesen rögzített kívánság, megengedhetetlen. Ám konkrét döntési helyzetekben sokkal nehezebb a konszenzus megcélzása. Ezért a koherenciamodell keretében egy olyan konszenzusképes szintet kapcsolnak be, amelyből kiindulva a mindenkori elméleti reflexió kitérhető mind az elméleti általánosítás, mind a konkrét alkalmazási szint irányába. *A megalapozás többdimenziós és nem szigorúan hierarchikus: a normák és az érvek koherens hálózatának kialakítása a cél*. Emögött az a feltevés áll, hogy a morális ítéletkezés kontextusfüggő, és hátterében egy lényegét illetően nem teljes elmélet áll.¹⁰¹ Ezzel a középszintű elvekhez kötődő elméleti alapállással és ennek hozadékával *megcélozható a magatartásmódoók helyessége és megfelelése*.

Az autonómia a középszintű elvekre alapozott elméleti alapállás egyik princípiuma. Az autonómia *prima facie* elv. Az autonómiaelv esetében is érvényes elvárás, hogy a konkrét esetekről és az alapvető morális koncepciókról meglévő felfogások és nézetek bevonandók az elemzésbe. A különböző felfogásokat egymással szembeállítva olyan megoldáshoz kell eljutni, amely minden szintet figyelembe vesz és lehetőség szerint „egyensúlyt” alakít ki. A különböző szintek egymást kölcsönösen kontrollálják. E komplex folyamat akár módosíthatja az elveket és szabályokat.¹⁰²

Ugyanakkor a szisztematikusság hiányának kimondott vagy kimondatlan kifogása *prima facie* elvek kapcsán a német vagy német filozófiai háttérrel rendelkező bioetikusok körében meglehetősen erőteljesen van jelen.¹⁰³ Némi leegyszerűsítéssel lehet úgy fogalmazni, hogy míg *az amerikai bioetikusok inkább a megalapozás kérdéseire teszik a hangsúlyt, a németek emellett szisztematizálási igénnyel is fellépnek*. Ezt az igényt számos német bioetikus kifejezésre juttatta, s javaslatot tett egy-egy bioetikai téma megfelelő szisztematikusság kidolgozására. Csupán példaként említsük meg

¹⁰¹ Hildt 2006: 24–27.

¹⁰² Nida-Rümelin 1996.

¹⁰³ Vieth–Quante 2002.

ebben az összefüggésben Michael Quante munkáit,¹⁰⁴ amelyekben bioetikai kérdéseket a személyfogalom szisztematikus kidolgozása alapján közelít meg, vagy Bettina Schöne-Seifertnek a bioetikai kulcskérdéseit kritikai-elméleti alapvetésű igénytel tárgyaló könyvét,¹⁰⁵ vagy a szisztematikus igényű paternalizmustanulmányát.¹⁰⁶ Az autonómia kérdésköréről Elisabeth Hildt szisztematikus monográfiája megkerülhetetlen munka.¹⁰⁷

Az alábbiakban a B/ fejezet keretében *az autonómia kérdéskörét három (bioetikai, biomedicinális, szisztematikus) perspektívából vizsgáljuk.* E perspektívákat az alábbi módon jelöljük: *B/I., B/II., B/III.*

¹⁰⁴ Quante 2010a, 2010b, 2012a.

¹⁰⁵ Schöne-Seifert 2007.

¹⁰⁶ Uő 2009.

¹⁰⁷ Hildt 2006.

B/ AUTONÓMIA: A MODERN
MEDICINA ETIKAI
REFLEXIÓINAK NORMÁJA

DUPress

TARTALOM

I/1. Az autonómia mint közéletikai elv	109
1.1. A közéletikai elvek szociokulturális kontextusa	110
1.2. Közéletikai (prima facie) elvek.....	116
1.3. Közéletikai elvek bioetikai diskurzusokban – A páciens autonómiájának elve és a konszenzusmodell.....	120
1.4. Az etika minimalizálása és proceduralizálása a „morálisan idegen” posztmodern perspektívájából – Személyesség/ személytelenség	126
1.5. Búcsú az autonómiaelvtől? A bioetika technológiai- szolgáltatási fordulata és ennek kritikája	130
1.6. Releváns szempontok az autonómiaelv kiegészítésére a liberális modell kritikáiban	133
I/2. Az autonómiaelv korrekciójának igénye a bioetika paradigmaváltásában	137
2.1. A paradigmaváltás négy oka.....	137
2.2. A paradigmaváltást sürgető tényezők az orvos-beteg közötti kapcsolatban és a közéletikai elvek vs. klasszikus etikai elvek kérdése	139
2.3. Dilemmák az autonómiaelv körül a modern medicina mindennapjaiban.....	142
2.4. Elméleti nyereségek és gyakorlati alkalmazhatóság	143

A biomedicinális és bioetikai viták nem szűkíthetők a társadalmi keretfeltételekre, de az orvos-páciens kapcsolatra sem. Mindenekelőtt etikai elveket tematizálnak, amelyek 1. elméletileg igazolhatók; 2. a medicinális gyakorlat keretfeltételei között s az orvos-páciens kapcsolatban végbement változások mentén alkalmazhatók a medicina mindennapi gyakorlatában. Ezek az elvek a közéleti (prima facie) elvek, amelyek egyike a páciens autonómiája.¹⁰⁸ Ebben a fejezetben az autonómia elvéhez kapcsolódó témakört állítjuk középpontba.

Az A/ fejezetben különbséget tettünk a modern medicinára reflektáló kétfajta etika, a bioetika és a biomedicinális etika között. Még ha a különbség egyre inkább megszűnőben van is, a német bioetikában megőrződött az eltérés számos releváns eleme. Ez kihat a bioetika, illetve a biomedicinális etika autonómiafelfogására. *Míg a bioetika az autonómia tág fogalmával dolgozik, amelybe a személy életösszefüggéseinek társadalmi, kulturális, életmódbeli aspektusai és az ezeknek megfelelő autonómiakompetenciák is beletartoznak, addig a biomedicinális etika a páciensstátuszra szűkítve fogadja el az autonómiakompetencia érvényességi területét.*

A bioetikában *paradigmaváltás* indult a 90-es évektől. A Tom L. Beauchamp és James F. Childress nevével fémjelzett liberális (ma már klasszikusnak is nevezett) bioetika lényegi elemét az említett közéleti elvek jelentették. A paradigmaváltás során felhozott kifogások, javaslatok következményekkel jártak a személy, illetve a páciens autonómiájának, azaz az egyik közéleti elvnek az értelmezésére. Felmerült az autonómiatematika további árnyalásának és szisztematikus kimunkálásának igénye. E fej-

¹⁰⁸ Ez az etikai elv a magyar törvényhozásban 1997-ben az egészségügyi törvény megalkotásával nyert jogi érvényességet.

lemények tükrében az autonómia tematikáját az alábbi *három nézőpontból tárgyaljuk*:

1. bioetikai vitakontextusban,
2. biomedicinális vitakontextusban,
3. szisztematizáló perspektívában.

B/I. AUTONÓMIA – BIOETIKAI
VITAKONTEXTUSOKBAN

DUPress

I/1. Az autonómia mint közéleti elv

A biomedicinális és bioetikai viták elsődlegesen nem az extern (társadalmi, gazdasági, jogi stb.) keretfeltételekre, de nem is az intern orvos-páciens kapcsolatra koncentrálnak, amit az A/ fejezetben tárgyaltunk. A diskurzusok mindenekelőtt olyan etikai elveket (és az itt nem vizsgálandó jogi normákat) kísérelnek meg rögzíteni, amelyek 1. elméletileg védhetők, alátámaszthatók és alapvetően konzisztensek, 2. ugyanakkor a medicinális gyakorlat modern technikai, tudományos, pénzügyi, jogi keretfeltételei között és az orvos-páciens kapcsolatban végbement/végbemenő mélyreható változások mellett *megfelelően alkalmazhatók a modern medicina mindennapjaiban*, annak újfajta és megnövekedett cselekvési és kommunikációs tereiben. Ezeket az elveket nevezzük *közéleti (prima facie)* elvekknek. Ezek egyike az ebben a fejezetben részletes tárgyalásra kerülő elv, a páciens autonómiája.¹⁰⁹

A közéleti elvek előzményeit megtaláljuk a klasszikus (hippokratészi) orvosi etikában. Egy elv azonban *kivétel*: ez éppen a *páciens autonómiájának elve*, amely a nyugati világ modern társadalmában szociális, politikai, jogi fejlemények eredményeként kristályosodott ki. Ezt az elvet pontosan e társadalmi-történeti okok miatt nem találjuk, nem is találhatjuk meg a hagyományos/klasszikus orvosi etikában.¹¹⁰ A páciens autonómiája *modern társadalmi és etikai fejlemény, amit a jogalkotók is felfedeztek, kidolgoztak és integráltak a modern társadalmak jogrendjébe*. A páciens

¹⁰⁹ A modern medicinában nemcsak a páciens saját maga, hanem képviselői/helyettesei is lehetnek hordozói a páciens autonómiára, önmeghatározására, önrendelkezésére való jogának. Ez nem csak a belátási képességgel nem rendelkezőkre (gyermekekre, kómában lévőkre, fogyatékosokra stb.) vonatkozik.

¹¹⁰ Schöne-Seifert a „klasszikus” terminust alkalmazza a többnyire hagyományosnak vagy tradicionálisnak nevezett orvosetikai elvekre.

autonómiájának, önmeghatározásának, önrendelkezésének¹¹¹ elve (és törvényben rögzített joga) a könyv A/ fejezetében vázolt modern medicina keretfeltételeiben végbement változások exempláris kifejeződése.

Az alábbiakban közelebbről vizsgáljuk meg az autonómia elvét, ennek orvosi/biomedicinális etikai, illetve bioetikai aspektusait, így a páciens autonómiája, önmeghatározása, önrendelkezése fogalmainak tartalmát, sajátos etikai jelentését, valamint az e fogalmakkal jelölt jelenségek gyakorlati következményeit az orvos és a beteg/páciens kapcsolatában. Ezt megelőzően felvázoljuk ennek az elvnek néhány alapvető szociokulturális, elmélettörténeti és diskurzusetikai hátterét.

1.1. A közéleti etikai elvek szociokulturális kontextusa

a) Univerzális etikai tartalom és a modern társadalom értékpluralitása

A medicinális cselekvések etikai mérlegelésére szolgáló klasszikus kritériumok napjainkban a modern plurális értékeket valló társadalmakban *közéleti etikként* jelennek meg. Ezek olyan elvek, amelyekben a *legtöbb, egymástól erősen különböző vallási és világnézeti alapállás meg tud egyezni*. Attól függetlenül egyezsége juthatnak, hogy ezeknek a középelveknek a megalapozhatóságát az egyik álláspont az igazságosságra, a másik az emberi méltóságra, egy további Istennek való engedelmességre vezeti vissza. A Jézus által előadott esettanulmányt, az irgalmas szamaritánus történetét etikai középelveként is felfoghatjuk, akkor is, ha bioetikáról akkoriban még egyáltalán nem beszéltek, és akkor is, ha nem vallanánk magunkat hívőnek vagy sajátosan keresztény hívőnek.¹¹² Tudniillik ez a kétezer éves esettanulmány a konkrét kontextustól elvonatkoztatva *univerzális etikai tartalommal rendelkezik*, s éppen ezért ma is alkalmazható olyan tipikus helyzetekre, amelyekben orvosokat és gyógyítással foglalkozókat világnézeti, vallási vagy társadalmi pozíciójuktól függetlenül arra szólítanak fel, hogy csillapítsák a szenvedést, enyhítsék a fájdalmat. A szenvedés enyhí-

¹¹¹ Az 1997. évi CLIV. törvény az önrendelkezés kifejezést használja.

¹¹² Ehhez az Újszövetség-beli példázathoz a nagylelkű és irgalmas szívű segítőről vö. Lukács evangéliuma 10:25–37.

tése, a fájdalom csökkentése olyan *elsődleges etikai kötelesség*, ami átvihető olyan jellemző mai szituációkra is, amelyekben az orvosok vagy akár a nem orvos gyógyítók (különböző terapeuták, így fizioterapeuták, pszichológusok stb.) *saját világnézeti álláspontjuktól függetlenül cselekednek a beteg/páciens legjobb érdekében*.¹¹³

b) A mindennapi morális képzetek pluralitása és a monolitikus értékkezetek irrealitása

A közéleti elveknek a modern medicina keretfeltételei mentén történő kidolgozása, mint láttuk, két amerikai filozófus nevéhez kötődik. Tom L. Beauchamp és James F. Childress a szerzője a *Principles of Bioethics* (első kiadás 1979) című bioetikai alapműnek.¹¹⁴ Alapvető céljuk az volt, hogy társadalmilag és hagyományosan elfogadott, széles körben akceptált morális képzetekre alapozzanak: ezek a morális képzetek jelentik a tényleges etikai döntéshozatal bázisát.¹¹⁵ Fontos előfeltétel, hogy a javasolt etikai elvek kompatibilisek legyenek egészen különböző elméleti kiindulópontokkal, ugyanakkor összhangban álljanak a „közösségi morállal”. E célok teljesülése érdekében a modern társadalmak világnézeti és értékorientációs sokféleségét és erősen individuális (nemritkán individualista) beállítottságát figyelembe véve olyan pluralisztikus elméleti alapállást munkáltak ki a szerzők, amely normák, értékek és morális érzékek sokszínű szövedékeként jellemezhető.

A közéleti elvek ezen felfogása alapjaiban eltér a *monolitikus moráleméletektől*, amelyek egyetlen alapérték (pl. a monoteista fundamentalisztikus vallásfelfogások istenképzetének kizárólagosságra való igénye) mellett köteleződnek el. Tegyük hozzá: egyetlen alapértéknek a kizárólagossága a különböző társadalmakban és történelmi korszakokban mindig is problematikus volt. A mindig is többféle normativitással rendelkező adott társadalmi valóságban, kulturális közegben *soha nem lehetett teljesen érvényesíteni egyetlen és kizárólagos normaadó igényt*. Még a legszélsőségesebb diktatúrákban és totalitárius rendszerekben is léteztek és működtek

¹¹³ Sass 1989, 2006: 10.

¹¹⁴ Beauchamp–Childress 1979, 2001, 2013.

¹¹⁵ Ach–Runtenberg 2002: 56.

a fennálló, kizárólagosságra törő „értékrendtől”, ideológiától eltérő normákat vallók és gyakorlók, akik nemritkán életük kockáztatása árán is ragaszkodtak az uralkodó, kizárólagosságra törekvő ideológiától eltérő felfogásukhoz. Különösen problematikus a kizárólagos normadói igény képzete és szándéka a mai globalizált világban, ahol egy ilyen igénynek aligha van tartós és széles körben érvényes életképessége.

c) A szociokulturális attitűd konzervatív jellege

Ez azonban nem jelenti azt, hogy az ilyen jellegű hagyománnyal rendelkező társadalmak (pl. a posztszocialista/posztkommunista társadalmak, amelyekben az ideológia monopóliumára való törekvés az állampártot jellemezte), illetve polgáraiak értékekről vallott felfogásukban *automatikusan* elfogadnák és tolerálnák a normák, világnézetek, élettervek sokszínűségét. Még akkor sem, ha a gyakorlatban többnyire eszerint élnek. Szociológiai felmérések igazolják *a gondolkodásmód és a beállítottság értékorientációinak konzervatív jellegét, a hagyományos mintákhoz való ragaszkodást*. Mindez részben a mindennapi gondolkodás és beállítottság jellegéből adódik.¹¹⁶ A szokásokhoz, hagyományokhoz való erős kötődés egyik célszerű funkciója, hogy megkönnyítse a mindennapi életvezetést. Az emberek többsége azért is követi az adott társadalomban ismert, begyakorolt, szokássá vált mintákat, mert nem akarja saját életét azzal terhelni, hogy más opciókról kezd el gondolkodni, amelyek új, ismeretlen utak kitapaszásának nehézségeit vonnák magukkal. *Egy társadalom tagjainak többsége ösztönösen és nem feltétlenül értékelvű döntés, meggyőződés vagy világnézet alapján kötődik akár túlhaladott, idejétmúlt, a valós életben nemritkán egyre inkább gátat jelentő régi mintákhoz, eszmékhez, elvekhez, normákhoz*. Példa lehet erre *a szocializmus egyenlőségeszménye*, ami egyébként akkor sem felelt meg a valóságnak: az egyenlőség eszméje mögött nagyon is komoly, főleg politikailag motivált tényleges egyenlőtlenségek húzódtak meg, ami pl. az állampárt redistribúciós politikájában (pl. az értelmiség

¹¹⁶ Heller Ágnes a mindennapi élet sajátosságai között tárgyalja a normativitást, az ökonomikusságot, a szokásvilágot, a pragmatizmust, az utánzás, valamint a mindennapi érintkezés ebben az összefüggésben is releváns vonásait. Heller 1970: 192–322. Ehhez vö. Rózsa 1997: 95–123.

alulfizetettsége, a munkásosztály viszonylagos anyagi túlértékelése) erőteljesen kifejezésre jutott. Egy másik jellemző példa a „*magyar társadalom*” két világháború közötti korszakáról alkotott idealizált kép, gyakran kritikátlanul és egyoldalúan kezelt felfogás. Az anakronizmus, a múlt valamely idealizált és mitizált korszakához való fordulás, ennek eszményítése, kulturális és magatartási mintáinak kritikátlan átvétele könnyebbnek bizonyul az időt, gondolkodást, reflexiót, innovációt igénylő jelennel való konfrontálódásnál, ennek beható elemzésénél, normatív mérlegelésénél és megítélésénél. Ráadásul a múltból alkotott képet könnyen lehet aktuálpolitikai célokra instrumentalizálni.

A modern társadalmak története is azt mutatja, hogy a „modern világ” („modern idők”) alapstruktúráinak, magatartási mintázatának feltérképezése, kiértékelése, s mindennek a jelen társadalmi gyakorlatába és életvilágába való transzformálása hosszú időt igénybe vevő folyamat. Mindez komoly szellemi-intellektuális és gyakorlati kihívás volt és maradt – nemcsak a szakértők, hanem az egyének/polgárok számára is.

Lefordítva a modern orvosi etika kérdéskörére ez azt jelenti, hogy *a volt szocialista országokban alapvetően nagyobb a készletelés az orvos-beteg kapcsolatban (is) a régi minták követésére, mint az ún. nyugati társadalmakban. Az új etikai és jogi normák, mint a páciens autonómiája vagy a személyiségi jogok és a betegjogok ilyen közegben nehezebben gyökereznek meg.*

d) A globalizálódó világ modern társadalmainak plurális értékvilága és életformái: civilizációs kihívás

A globalizálódott világ modern/modernizálódó társadalmában a pluralizálódó értékek és életformák elfogadása, tolerálása, gyakorlása, intézményesülése rendkívül időigényes és roppant bonyolult *civilizációs folyamat*. Megtalálni azt a „legkisebb közös többszöröst”, amit a modern társadalom különféle értékeket, világfelfogást valló, eltérő kulturális-történeti hagyományokkal rendelkező csoportjai és egyénei elfogadnak, és mindezt cselekedeteik alapvető normájaként érvényesítenek – ez az a kihívás, amely itt és most mindnyájunkat érint, még hozzá nemcsak orvosetikai, hanem széles társadalmi-kulturális perspektívában.

Ennek a civilizációs kihívásnak az elfogadása ugyanakkor nem jelenti, nem jelentheti automatikusan az ún. nyugati értékek kritikátlan átvételét, vagy a saját történelmi, kulturális, jogi, egészségügyi hagyományok és a megfelelő jelenkori sajátos kontextusok elvetését. Nem is erről van szó. Sokkal inkább arról az alapvető kérdésről, hogy vajon a magyar társadalom, illetve a posztzocialista társadalmak képesnek és hajlandónak mutatkoznak-e arra, hogy szembenézzenek saját valóságos állapotukkal, tényleges erősségeikkel (köztük pl. a jövő felé orientálódó innovációs képességekkel) és gyengéikkel (pl. idealizált múltképekhez, világfelfogásokhoz való ragaszkodással). Ha erre képesek és hajlandók, akkor olyan reális képet alakíthatnak ki önmagukról, ami történelmük terhelő és felemelő momentumait egyaránt valósan adja vissza. Mégpedig az *itt és most* elemzéséből adódó, egyszersmind a *jövő felé orientálódó, az innovációs képességeket mobilizáló perspektívából*. S ha e kérdésekre igen a válasz, akkor további konkrét opciók dolgozandók ki a „hogyan tovább” kérdésre a társadalmi és egyéni élet legkülönbözőbb dimenzióiban.

Mindennapi tapasztalatokkal is bőven alátámasztott tény: a magyar társadalom döntő többsége életszínvonalban és életminőségben inkább a nyugati társadalmak *jelenkori mintáit* kívánja követni. A modernizáció többszörös megkésettsége, ami a magyar és a kelet-közép-európai történelem alapvonása, önmagában is magyarázza ezt az igényt – ám, legalábbis részben, egyúttal a szakadékat is jelzi. További kérdés (ami legalább az 1960-as évek végén zajló fridsiderszocializmus-vita óta élő kérdés), hogy hogyan lehet a nyugati modern társadalmak életszínvonalbeli és életminőség-mintáit a mi kulturális közegünkbe, szokásainkba, hagyományainkba transzformálni, amelyekhez ragaszkodunk? Melyek azok a velejárók, amelyeket a transzformáció menetében el kell fogadnunk, ha nem is tetszenek nekünk? Milyen intézményi kereteket, kötődéseket, szabályokat, érintkezési formákat szükséges a modern életvezetés és társadalmi gyakorlat sikeres transzformációjához elfogadnunk, és hol van az elfogadás határa, amit pl. a saját társadalmi-kulturális, történeti szuverenitásunk megőrzéséhez feltétlenül szükségesnek tartunk? Mi az a minimum vagy optimum, amit társadalmi, kulturális, jogi, politikai stb. relációkban el kell fogadnunk, s mit kell feladnunk, és mit nem akarunk és nem tudunk feladni? Mi az az „ár”, amit meg kell fizetnünk az áhított életszínvonal érdekében, és hol van az „arról

folytatott alku” felső határa? Összeegyeztethető-e ez a határ a modern társadalom nyugati mintáinak és szabályainak értéktartalmával vagy sem? Vagyis távolról sem csak aktuálpolitikai kérdésekről van szó, amelyeket hivatásos politikusok így vagy úgy tesznek fel és válaszolnak meg. Sokkal mélyebben fekvő és mélyebbre ható civilizációs folyamatoknak vagyunk részesei és lehetünk bizonyos mértékig alakítói – a saját életünkről és a hivatásunkról vallott felfogásunk és ennek gyakorlása révén is. Nemcsak az etikus vagy a filozófus, hanem *az orvos is részese hivatása gyakorlásával annak a folyamatnak, amelyben kikristályosodnak a magyar társadalom válasza a fenti kérdésekre.*

A globalizált világban természetes ellenhatás a regionális, lokális vagy éppen a személyes identitások erősítésére való törekvés, amire számos jel mutat (pl. a regionális vagy lokális konyha és gasztronómia felértékelődése vagy helyi civil kezdeményezések erősödése). A mai társadalmak globalizált és egyre inkább globalizálódó jellege, aminek köztudottan a kapitalizmus nemzetközi elterjedése és ereje a végső és erőteljes fundamentuma, ugyanakkor olyan adottság, amelyet aligha lehet megváltoztatni. A történelmi idő kerekét nem lehet visszafordítani, a kapitalizmus megdöntési kísérletei világszerte kudarcba fulladtak. Viszont élhető, sőt elég jó életminőséget kínáló modelleket sikerült kimunkálni, elsősorban a nyugati világban, ahol, mint pl. Nyugat-Európában, a megfelelő betegbiztosítás, a jó egészségügyi ellátás és szociális ellátórendszer a jó életminőség alap-elemei. De egészen más kultúrájú országok és társadalmak sikertörténete is visszaigazolja ezt a viszonylagos mozgásteret a globalizált kapitalizmus keretei között. Gondoljunk olyan távol-keleti példákra, mint Japán vagy Szingapúr!

E röviden jelzett, rendkívül összetett és tág, ugyanakkor mindnyájunk személyes életét és hivatásának gyakorlását közvetlenül is érintő és befolyásoló *civilizációs kihívás artikulálása és kiértékelése, az adekvát normák és magatartási minták felmutatása, a társadalomban rejlő innovatív potenciál mobilizálása, valamint társadalmi gyakorlatokban – így a medicina mindennapjaiban – való érvényesítése és elterjedése elengedhetetlen feltétele a társadalom elsöprő többsége által kívánt megfelelő színvonalú és minőségű életvezetés és életszínvonal realizálhatóságának, más szóval a korszerű modern magyar társadalom kimunkálásának.*

e) A bioetika: a modern társadalom érték- és életforma-pluralizmusának kifejeződési formája

Ebben a civilizációs folyamatban a modern orvosi etikára és a bioetikára egyaránt fontos szerep hárul. A bioetika ebben a tág kontextusban hozzá kíván járulni a *modern életforma medicinális vonatkozásainak tisztázásához, kiértékeléséhez és a megfelelő normák napi gyakorlatba való átültetéséhez*. A modern orvosi etikára is feladat hárul, elsősorban azért, mert az orvos és a páciens kapcsolata *integráns része* ennek a mélyreható folyamatnak. Sőt: e kapcsolat társadalmi súlya jóval nagyobb a társadalmi kapcsolatok egyéb formáival összevetve. Elvégre az ember életének alapkérdései koncentrálódnak az orvos és a páciens kapcsolatában: a születés, a meghalás, az egészség, a betegség alapélményei és elementáris erejű történései. Ez a jelleg kiemeli a többi kapcsolati és kommunikációs forma közül az orvos és a páciens viszonyát. *E különös státusza révén egy társadalom civilizációs szintjének releváns mutatója és kritériuma ennek a kapcsolatnak a minősége. Éppen ezért az orvos-beteg/páciens kapcsolat miniatúrájától a modernizálódó társadalom érintkezési formái, magatartási modelljei kimunkálásában.*

A preventív medicina jó példa a modernitás feltételei közötti életvezetési minták feltételeinek és következményeinek felmutatására: a páciens együttműködésre, észszerűsége, saját egészsége iránti felelősségtudatra motiválja, és a társadalomban korlátozottan rendelkezésére álló egészségügyi javakkal szembeni felelős magatartásra ösztönzi.

Ezen a ponton térjünk vissza a modern életvezetést – kiemelten az orvos-páciens kapcsolatot, ennek minőségét – megalapozó etikai elvek biomedicinális, illetve bioetikai kontextusaihoz!

1.2. Középetikai (*prima facie*) elvek

a) Elvek bevezetésének szükségessége a bioetikai vitákba –
Beauchamp és Childress érdemei

Az a gondolat, hogy etikai elveket kell bevezetni a bioetikai vitákba, a *National Commission for the Protection of Human Subjects and Behavioral Research* (1978) ún. *Belmont-beszámolójára* vezethető vissza. A közvetlen

cél az volt, hogy ezen elvek segítségével meg lehessen vitatni és ki lehessen dolgozni a klinikai kutatásokban részt vevő személyek megfelelő védelmét.¹¹⁷ Az ezekről az elvekről folytatott vita W. D. Ross angol filozófus azon nézetére megy vissza, hogy alapvető, nem redukálható elvek egész sora létezik a társadalomban, mint pl. a hűség, a jót tevés vagy az igazságosság elvei.¹¹⁸ Beauchamp és Childress ezt a gondolatot fejlesztették tovább, összekapcsolva olyan elvekkel, amelyek a hippokratészi hagyományban is megtalálhatók. Közvetlenül Rosstól vették át a *jót tevés és a károkozás kerülésének* klasszikus elveit, és kiegészítették a William Frankena által kiemelt két elvvel: a jót tevés oly módon értelmezett elvével, amely Frankena szerint implikálja a károkozás kerülésének elvét, valamint az *igazságosság* elvével. Ezt a két utóbbi elvet az USA-ban az 1960-as években szélesebb értelemben vett szociális elvként fogták fel, s mindkettő benne gyökerezett az egészségügyi rendszer intézményeiben és gyakorlatában. Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy a klasszikus orvoslás gyakorlata és a hagyományos orvosi etika is részben ezekre az elvekre épített, ami alól kivételt a *páciens autonómiájának* modern elve és az igazságosság elve képez.

Ily módon négy elv áll Beauchamp és Childress megfontolásainak középpontjában: 1. a beneficence (a pozitív ellátási kötelesség elve); 2. a non-maleficence (a károkozás kerülésének elve), amely tiltja másoknak a testén, életén vagy tulajdonán való károkozást; 3. az autonómia elve, vagyis a páciens (vagy a kísérleti személy) önrendelkezésének, ennek tiszteletben tartásának, valamint az autonómia realizálásához elengedhetetlen megfelelő tájékoztatásnak az elve; 4. az igazságosság elve. Nem etikai axiómák ezek, hiszen nem épülnek szigorú értelemben konzisztens elméletté, hanem *kulcsfogalmak*, amelyek a *mindenkori adott középszintű morális diskurzust* vezetik. A *prima facie* jellegük azt jelöli, hogy konfliktusos esetekben konkrétan és egymáshoz viszonyítottan *mérlegelni* kell közöttük a helyes döntéshez.¹¹⁹

¹¹⁷ Ach–Runtenberg 2002: 57.

¹¹⁸ Uo.

¹¹⁹ Uo. 58.

b) Racionális diskurzus és mérlegelés

Beauchamp és Childress kiegészítették ezeket az elveket ún. *másodlagos elvekkel*. Idetartoznak az orvos titoktartási kötelessége, a magánszféra védelme, az orvosi hivatáshoz tartozó erények, amelyek a klasszikus orvosi etikában régóta ismert és a medicina mindennapjaiban hagyományosan gyakorolt normák voltak. Nézetük szerint mindezen elvek és fogalmak segítségével *racionális diskurzus* keretében kell és lehet megítélni az etikai cselekvési diszpozíciókat, és ezek mindegyikének figyelembevételével lehet megvizsgálni, mérlegelni, kidolgozni a tényleges cselekvési opciókat. Mégpedig úgy, hogy az *érintettek szempontjai* is bekerüljenek a diskurzusba. Az érintettek szempontjainak bevonásában a páciens autonómiájának elve érvényesül a modern medicina mindennapi gyakorlatában. Hangsúlyos elem az is, hogy az etikai döntésnek mindig a lehetséges konkuráló cselekvési opciók *mérlegelésére* kell alapoznia. A mérlegelés szempontjait és menetét befolyásolja a páciens önrendelkezési joga. Továbbá szükség van annak belátására, hogy a mindenkori konkrét komplex helyzetre vonatkozóan ezek az elvek mindig *értelmezésre* szorulnak. Az értelmezés nyit először utat a cselekvési opciók (orvosi beavatkozási lehetőségek) feltárására. Vagyis a konkrét cselekvésről való döntés nemcsak a mérlegelést előfeltételezi, hanem ezt megelőzően az értelmezést is.¹²⁰ Az értelmezés vonatkozik a páciens autonómiájára is: a mindenkori diagnózis felállítására, a rendelkezésre álló technikai lehetőségek és finanszírozási keretek rögzítése mellett a cselekvési opciók kimunkálásába a páciens kívánsága is bevonandó. Ugyanis a mérlegelés lényege a konkrét eset értelmezése során feltárható *cselekvési opciók összevetése az összes szóba jöhető releváns tényezővel*, beleértve a páciens jogait és kívánságait.

c) A páciens bevonása és a kölcsönös korlátozás elve

Releváns tényezők egész sorára kell tehát tekintettel lenni a modern medicina mindennapi gyakorlatában, amiből semmiképpen nem lehet kihagyni a páciens jogait és kívánságait. E tényezők sorába tartoznak a mindenkori eset szakmai-orvosi diagnózisa, a rendelkezésre álló szakmai kompetencia,

¹²⁰ Uo. 59.

technikai teljesítőképesség, finanszírozási tényezők, a páciens egészében vett állapota, kívánságai, a kívánságok realitása, arányossága, teljesíthetősége. A páciens részéről felmerülő szempontok komoly etikai problémákat vethetnek fel. Például azt a dilemmát, hogy vajon a páciens kívánsága, aminek autonómiája révén komoly súlya van, orvosilag a megfelelő és indokolt beavatkozásra irányul-e, illetve a költségvonzatot tekintve arányos-e más releváns beavatkozási opciókkal összevetve.

Az elvek pluralizmusa és a hierarchizálásukról való lemondás eredményeként a mindenkori érvényességi területen az etikai elvek *kölcsönös korlátozására* számíthatunk. Az orvosnak az az etikai kötelessége, hogy a páciens számára a legjobbat nyújtsa, összeütközésbe kerülhet a páciens más irányú kívánságával. Lehetséges, hogy a páciens olyan beavatkozást kíván, amely az orvos szerint nem megfelelő vagy akár káros is lehet a számára. Más esetben egy sürgős beavatkozást igénylő páciens mellőzése sértheti az igazságosság elvét, pl. ha az orvos a műtéti kapacitást saját, egyébként nem sürgős beavatkozást igénylő betege előnyére használja a sürgős beavatkozásra szoruló páciens kárára.

A közepes érvényességi terjedelem miatt olyan elméleti státuszt nyernek ezek az elvek, amit *közepes megalapozási mélységűnek* nevezhetünk. Ugyanakkor *tartalmi elvek*, amelyek más etikai rendszerekben is szerepet játszanak, elsőként Hippokratésznél. Fontos előny, hogy ezen elvek *alkalmazása végső megalapozási problémák előzetes tisztázása nélkül is lehetséges és értelmes*. Ezért „felfelé” gyenge értelemben számítanak megalapozottnak, ugyanakkor „lefelé”, konkrét szabályozásokra vonatkozóan mégis átvehetnek megalapozó szerepet későbbi esetekre történő alkalmazáskor.¹²¹

d) A közéleti elvek előnyei a sikeres alkalmazásban

Ezt a modellt rövid idő alatt átvették és *alkalmazták a nyugati világ egészségügyi intézményeiben, és jól használhatónak bizonyult a gyakorlatban*. Számos etikai bizottság ítéletalkotásának, valamint az orvosképzésnek is a része lett. A modell előnyei: 1. lehetővé teszi a társadalomban jelenlévő

¹²¹ Uo. 60.

különböző etikai álláspontok egyenrangú kezelését, hozzájárulva a társadalmi pluralizmus tényének elismeréséhez; 2. az elvek variálhatósága a mérlegelés során lehetővé teszi a konkrét problémakör, a szóban forgó eset pontosabb megközelítését, ezért az elvek merev rendjéhez ragaszkodó deduktív tételektől eltérően megengedi a „kontextusfüggő flexibilitás” eljárását;¹²² 3. az alapvető megalapozási kérdésekről való lemondás fölöslegessé teszi a hosszadalmas elméleti vitákat. Ez előnyt jelent a mindig sajátos, konkrét esetekre vonatkozó egyedi értékelések számára. A fentiek miatt jóval magasabb ennek a modellnek a *konszenzusképessége*, mint az elvont elveké vagy elméleteké. Etikai bizottságokban vagy sürgős döntési helyzetekben ez komoly *gyakorlati előny*.

Beauchamp és Childress műve a *bioetika paradigmájává vált*. Ebben a modellben felmutatták, hogyan lehet a modern plurális társadalomban *konszenzusra* törekvő, egyúttal a medicina mindennapi gyakorlatában *használható* bioetikát művelni.¹²³

1.3. Középetikai elvek bioetikai diskurzusokban – A páciens autonómiájának elve és a konszenzusmodell

Azonban számos kritika is érte Beauchamp és Childress munkáját. Vegyük röviden szemügyre a főbb kritizált elemeket, és emeljük ki azokat, amelyek hozzájárul(hat)nak a *modell etikai finomításához*, valamint a medicina mindennapi gyakorlatában való alkalmazás *hatékony korrekciójához!*

a) A principializmus kritikája

A kritikák egyik súlypontja a *principializmusra* irányul. A principializmus, azaz elvek rögzítése nem azonos egy konzisztens elmélet kidolgozásával. Többen bírálták a hiányzó egységes elmélet miatt ezt a modellt, és kritikával illették a szisztematikusság hiányát is.¹²⁴ Brody az autonómia példáján azt emeli ki, hogy 1. az elvek csak akkor vethetők be értelmesen, ha alkal-

¹²² Ach–Anderheiden–Quante 2000: 22.

¹²³ Ach–Runtenberg 2002: 61.

¹²⁴ Uo. 61–64.

mazási területüknek szilárd értelmezése van; 2. az elvek jelentősége az egyes, konkrét esetekben, az azokra való alkalmazhatóságukban van.¹²⁵ Clouser, Gert és Culver hasonló értelemben bírálták Beauchamp és Childress művét. Ehelyett olyan biomedicinális etika követelményét állították fel, amely egységes és univerzalisztikus elméletre alapozódik.¹²⁶ Szerintük csak egy ilyen elmélet engedi meg a morális kódex elemeinek szisztematizálását, illetve a morális konszenzusok, valamint az ezt megelőző nézeteltérések megvilágítását. Csupán e feltételek teljesülése mellett képes az elmélet segítséget nyújtani a döntéshez a cselekvők/érintettek számára. Az utóbbi három szerző álláspontja „morality as a public system”-ként jellemezhető. Eszerint egyfelől minden személy résztvevője a morális közösségi/nyilvánossági rendszernek, amelyben mindenki felelős a cselekvéséért, s ezáltal morális cselekvő. Másfelől a moráleméletnek lehetővé kell tennie az implicit és rejtett normatív premisszák felmutatását, magyarázatát, és ezt hozzáférhetővé kell tennie az elméleti reflexió és igazolás számára. Az elméleti igény (reflexió és igazolás) és a szisztematizálási elvárás (elméleti konzisztencia) erősítése közös vonása ezeknek a kritikus álláspontoknak.

A fenti elméleti kifogások és megfontolások *elméleti indokoltságát aligha lehet vitatni*. Ám ezen igények kimerítő teljesítése feltehetően *aláásná azokat az előnyöket, amelyekkel Beauchamp és Childress modellje a modern medicina mindennapi gyakorlatában rendelkezik*. Ez azonban nem jelenti azt, hogy az e modell kritikusi által javasolt korrekciónak ne lehetne értelme és haszna. Az értelmesnek és hasznosnak ígérkező *korrekciós javaslatokra* alább kitérünk: éppen a *várható hozadék* indokolja azt, hogy e modell kritikusaik megfontolásait tárgyaljuk.

b) A konszenzusos modell előnyei

A principializmus fenti kritikája *egy elvnek* az előnyben részesítését javasolta stratégiaként. Leginkább az *autonómia* elve mellett álltak ki. A modern medicina kontextusában ez a páciens autonómiájának elvét jelenti, ami alapvető medicinális és filozófiai elvként széles körű elfogadásra talált,

¹²⁵ Brody 1990: 165–169.

¹²⁶ Ach–Runtenberg 2002: 63, valamint Clouser 1995: 219–236; Gert–Culver–Clouser 1997.

és emellett a *konszenzust* előnyben részesítő etikai modellek normatív vonatkozási pontjává és alapvetésévé vált.¹²⁷ Ez a fejlemény elméletileg is fontos lépés volt, egyszersmind komoly hatással lett a medicínális gyakorlatra és ennek etikai aspektusára. *A konszenzusos modell javaslata és ennek kimunkálása az egyik olyan korrekciós javaslat, amelytől közvetlen haszon várható a medicina mindennapi gyakorlatában.*

Az angolszász filozófiában a kontraktualizmus révén, a német filozófiában a diskurzusetika révén nyert kulcsszerepet a konszenzus. *A morális ellentétek megoldására a konszenzus létrehozása sokak szemében a legnagyobb kilátással rendelkező stratégia. Különösen az intézményesített bioetika területén, ahol a törvényalkotók számára dolgoznak ki állásfoglalásokat, ajánlásokat, vagy a medicínális gyakorlat (pl. kórházak, klinikák) számára munkálnak ki irányvonalakat.*¹²⁸

De mire irányul a konszenzus?

Mivel a modern társadalmakban az életformákról, a világnézetekről vagy a jó (sikerült) életről, benne az életminőségről sokféle felfogás létezik, számos bioetikus szerint fel kell adni a szubsztanciális normákról és értékekről alkotott egyetértés reményét, vagyis azt, hogy létezik egyetlen, végző Igazság pl. a jó életről. Ugyanakkor ez a feladás nem zárja ki, hogy meghatározott területeken létre lehessen hozni *partikuláris konszenzust*, miközben más területeken a *plurális élettervek materiális heterogenitásával* kell számolni. Ez a heterogenitás az autonómia elvének materiális bázisa, a partikuláris konszenzusra törekvés pedig gyakorlati relevanciával rendelkezik az élet különböző területein. A plurális értékek és élettervek materiális heterogenitása azt jelenti, hogy az egyének más-más értéket részesítenek előnyben saját életvezetésük és életminőségük szempontjából. Egyesek a pénzt, mások a hatalmat, ismét mások az élet élvezetét (vagy akár annak minimalizálását, vagy éppen a fogyasztás minimalizálását) tartják a legfőbb jónak. Ez a sokféleség viszont önmagában nem tesz lehetővé konszenzust. Ugyanis a modern társadalomban *minden egyénnek joga van saját értéképzeteihez ragaszkodni*. Gyakran még akkor is, ha azok követése saját maga számára káros következményekkel járhat. Például egy szen-

¹²⁷ Ach–Runtenberg 2002: 64.

¹²⁸ Vieth 2006: 24–25.

vedélyes láncdohányos esetében a tüdőrák magas kockázata miatt. Itt tetten érhető az orvosi paternalizmus egyik alapvető nehézsége: a dilemma az, hogy a páciens saját kívánságának/döntésének vagy az idegen (az orvos) ajánlásának/tanácsának/döntésének van-e nagyobb súlya. A kérdés tehát az, hogy melyik álláspontnak van elsőbbsége: a páciens dohányzáshoz való ragaszkodásának, ami számára pl. genetikai és egyéb okok miatt a tüdőrák magas kockázatát vonja maga után, viszont törvényesen is biztosított joga van ehhez, vagy pedig az orvos ajánlásának, előírásának van-e, legyen-e prioritása? *Meddig van a páciensnek joga ragaszkodnia olyan materiális javakhoz, amelyek nyilvánvalóan kockáztatják egészségét és kárt okoznak neki?* Továbbá károsítják családját, mert pl. halála esetén a család anyagi katasztrófa szélére kerül, sőt magatartása másokat – harmadik személyt – érintő további károsodáshoz vezet, mert a passzív dohányzáson mint másoknak okozott károsodáson túl egészségügyi kapacitásokat von el egészségtudatos életmódot folytató más páciensektől és személyektől.

c) A konszenzusos modell határai

Ha az értékekre, a világfelfogásra, az élettervekre, ezek tartalmára irányulóan általában véve nem lehetséges konszenzus a sokfajta egyéni életfelfogás és életterv miatt, akkor csak a normák és értékek sokféleségével való érintkezés eljárására vonatkozóan lehetséges megcélozni és kivitelezni a konszenzust. Ennek megfelelően számos bioetikus a konszenzust a procedurális (eljárási) kérdésekre irányulóan tekinti lehetségesnek és értelmesnek. Ennek az álláspontnak az erőssége, hogy elismeri a létező életformák, értékkepzetek és élettervek pluralitását mint társadalmi realitást, anélkül hogy teret nyitna a morális relativizmus számára.¹²⁹ Emellett garantálja a magánszférában az evaluatív/értékelő és a morális döntések nyitottságát. Ezen álláspont szerint a morál „kemény magva” kizárólag a döntéshozatal eljárásaira vonatkozik, tartalmi kérdésekre nem. A fenti megfontolásokra építve dolgozták ki a procedurális etikát. Erre visszatérünk.

¹²⁹ Ach–Runtenberg 2002: 66.

d) Minősített konszenzus és a bioetika feladata

A konszenzus *nem azonos mindenki egyetértésével*. A morális érvényességre igényt tartó konszenzusnak *minősítettnek* kell lennie: egy sor feltételnek kell teljesülnie ahhoz, hogy egy konszenzusnak morális értéket tulajdonítsunk. Ilyen feltételek: megfelelően tájékozott egyének, páciensek, megfelelő okok, alátámasztott indokok alapján létrehozott megegyezés a cselekvésről/beavatkozásról mind az érintett személyhez tartozók körében, mind a beavatkozást végző orvos és a páciens (adott esetben hozzátartozói) között, valamint az, hogy a páciens kényszermentesen, szabadon és megfelelő tájékozottsággal megy bele a konszenzusba.¹³⁰

A bioetika feladata ebben az összefüggésben az, hogy 1. *támogassa konszenzusok létrehozását a medicina mindennapi gyakorlata számára és 2. elméletileg és kritikusan vizsgálja felül a tényleges konszenzusok racionális érvényességét*. Például a különböző konkrét esetek kapcsán létrehozott klinikai etikai bizottságokban a bioetikusnak az a feladata, hogy a szóban forgó eset etikailag releváns tényezőit összeállítsa, előzetesen kritikusan kiértékelje, majd a többiek előtt, számukra érthetően, tehát nem szakmai zsargonban elővezesse ezt és javaslatot tegyen az etikailag releváns tényezőknél (a páciens korábban kinyilvánított kívánságának, értékpreferenciáinak, személyes identitása védelmének stb.)¹³¹ a cselekvési/beavatkozási opciók mérlegelésébe való bevonására.¹³² E feladatának teljesítése az érintett szakorvossal, esetleg jogással, teológussal való kommunikációban a páciens legjobb érdekét szolgáló konszenzus kimunkálását hivatott elősegíteni, az autonómia megőrzése mellett.

e) A konszenzusos modell kritikája

Bár a legtöbben elismerik, de vannak kritikusi is ennek a modellnek. Egyesek arra hivatkoznak, hogy gyakorlati kivitelezési nehézségek merülnek fel olyan lényeknél,¹³³ akik nem belátóképesek (pl. értelmi fogyatékos-

¹³⁰ Bayertz 1996: 25.

¹³¹ Vö. Quante 2010a: Hetedik fejezet.

¹³² Vieth 2006: 21–32.

¹³³ Itt és a következő mondatban a „lény” kifejezés speciális, a köznyelvitől eltérő, a bioetikai irodalomban használt értelmében szerepel, amely nemcsak az emberi lényeket foglalja magában, hanem például az állatokat is.

sággal élők). Mások, pl. Ach arra hívja fel a figyelmet, hogy a procedurális etikában a bioetikai döntési folyamatok konszenzusos eljárásai gyakorlati nehézségeket vetnek fel, különösen a belátóképességgel nem rendelkező lényeknél. Ezen túl a procedurális etika hiába állítja magáról, valójában morálisan nem semleges pozíciót képvisel.¹³⁴ A konszenzus fogalmának premisszái, az autonómia elve és az egyetértésre irányuló kommunikáció preszuppozíciói nem semlegesek morálisan. Ez a fajta morális nyelv, a konszenzus nyelve *egy a többi között*, ezért *nem lehet univerzálisan érvényesnek* feltételezni. A kritikusok szerint az eljárás *formális* igényére való utalás helyett olyan középelvekre van szükség, amelyek segítségével *konkrét tartalmi mércék* állapíthatók meg, s a konszenzus eljárásának gyakorlati kivitelezéséhez szükséges *konkrét kritériumok* dolgozhatók ki. Ennek az igénynek a teljesítése azonban számos kérdést és nehézséget vet fel. Konkrét tartalmi mércék megjelölése elkerülhetetlenül különbséget tesz a társadalomban egészen eltérő értékkezeléssel és életvezetési tervekkel rendelkező egyének között, így egyeseket preferál, másokat nem támogat vagy netalán kizár a mércék érvényességi területéről.¹³⁵

Az értékkezelések materiális heterogenitásának *faktuma* rendkívül megnehezíti, sőt problematikussá teszi konkrét kritériumok felállítását a konszenzusos modellt illetően. Mindössze *néhány általános jogi és etikai normát tekinthetünk konkrét tartalmi mércének, pl. amelyeket az alkotmány vagy törvények rögzítenek, vagy amit az orvosi eszköz tartalmaz*. Ilyen általános tartalmi mérce az *emberi méltóság, az emberi és személyiségi jogok tisztelete és védelme*, vagy az orvos-páciens kapcsolatban a *páciens önrendelkezésének tiszteletben tartása, a páciensnek a legjobb érdekében történő, károkozást kerülő ellátása*.

¹³⁴ Engelhardt 1996-os németül megjelent két írásáról van szó, amelyek a konszenzus bioetikai aspektusait tárgyalják. E koncepció némelyek szerint „túlhajtja a liberális modellt”. Vö. Engelhardt 1996a, 1996b, valamint Ach–Runtenberg 2002: 66–67.

¹³⁵ Az Inklusion-Exklusion dilemma nem csak társadalmi probléma és kihívás, hanem a bioetikai és egészségügyi ellátási rendszer problémája is.

1.4. Az etika minimalizálása és proceduralizálása a „morálisan idegen” posztmodern perspektívájából – Személyesség/személytelenség

Beauchamp és Childress modelljének egyfajta kiélezésére került sor azokban a bioetikai tételekben, amelyek a minimalizálás és a proceduralizálás hangsúlyozásában jutnak kifejezésre. Ezek az álláspontok lemondanak a megalapozó szerepet játszó morálkonceptiókról. Jellemző példa erre H. Tristram Engelhardt Jr. bioetika-konceptiója, amelyet a *The Foundations of Bioethics* című könyvében (1986) fejtett ki részletesen. Miután a magyarországi bioetika kezdeti időben egybeesnek a magyar filozófiában később eluralkodó posztmodern indulásával, ezen időbeli párhuzamosság miatt is érdemes egy rövid pillantást vetni erre a felfogásra.

a) Morális idegenség a plurális társadalmakban

Engelhardt rekonstruktív tételként értelmezi alaptézisét, amellyel a posztmodern plurális társadalmak mindennapi szituációját elemzi.¹³⁶ Engelhardt szerint „morális stresszhelyzetben” vagyunk.¹³⁷ Azért, mert plurális társadalmakban az emberek nem morális barátokként, hanem „morális idegenekként” találkoznak.¹³⁸ Közös tartalmi értékkelvű meggyőződések viszont – szemben a felvilágosodás univerzalizmusreményével – szerinte csak morális közösségeken belül találhatóak. A morális közösséghez azonban szükség van közösen osztott kötődésekre, világnézetekre és a jóról való alapvetően közös elképzelésekre, valamint egymással osztott mércékre és nézetekre arról, hogy melyek a megfelelő mérlegelések és autoritások.¹³⁹ A morális normák megalapozása végső soron csak egy közösség keretében lehetséges – morális idegenek között nem várható el. Ugyanakkor szembe kell azzal nézni, hogy közösen osztott célok és értékek többé nem hozhatók létre szekuláris perspektívából vagy a pusztán észből, ahogyan a felvilágosodás remélte. Az alkalmazott etika feladata e feltételek mellett csak egy

¹³⁶ Engelhardt 1996a: 275. Idézi Ach–Runtenberg 2002: 67.

¹³⁷ Leist 1994. Idézi Ach–Runtenberg 2002: 68.

¹³⁸ Engelhardt 1996b. Vö. Ach–Runtenberg 2002: 68.

¹³⁹ Engelhardt 1996a: 32–65, 74; Ach–Runtenberg 2002: 68.

olyan maradványálláspont (residualposition) megalapozása lehet, ami akkor marad vissza, amikor lehetetlenné válnak további általánosan összekötő igények és esélyek.

„Nem csak lehetséges narratívák és értelmezések sokfélesége létezik; nem létezik semmiféle megalapozott lehetőség arra, hogy ezt a sokféleséget legyőzzük [...] Ez sokakban rettenetes rémületet kiváltó tény. Sokkal szívesebben vennék, ha találnánk magunknak morális közösséget. Mint Önök is tudják, sem Németországban, sem az Egyesült Államokban vagy más demokráciában nincs válasz erre.”¹⁴⁰

Engelhardt mindazonáltal előfeltételezi, hogy a megszüntethetetlen vállalási, kulturális és morális pluralizmus ellenére *mégis létezik a kölcsönösen osztott egyetértésnek egy minimális maradéka*. A morálisan idegenek között ez az egyedüli konszenzusképes bázis a *jóváhagyáselv* (principle of permission; Erlaubnis- vagy Zustimmungsprinzip) *elismerése*. Nem Isten, nem az ész, nem a hatalom akarása az autoritás, hanem egyedül a jóváhagyás. Ez a belátás vezeti el Engelhardtot a minimális etika koncepciójához.¹⁴¹

b) Minimális etika és tartalmilag szegényes jöttévs-elv

Engelhardt szerint a minimális etika sajátos értelemben veendő. Nem abban a kézenfekvő értelemben, hogy a morális meggyőződések azon minimumát kellene formába öntenie, amit minden ember elfogadhat, akik egyébként eltérő világnézettel, vallással és tradícióval rendelkeznek. A minimális etikára vonatkozó javaslatát inkább a „felvilágosítói remény vezérfonalaként” érti. Procedurális eljárást ajánl arra, hogy hogyan tudnak az érintettek az ellentétes nézetektől eljutni egy mindnyájuk számára elfogadható megoldáshoz. Ehhez mindenekelőtt annak belátása szükséges, hogy a morális ellentétek erőszakra és hatalomra való hivatkozás nélkül oldandók meg.

Az ehhez szükséges minimális egyetértés¹⁴² az önmeghatározás, a magánszféra tiszteletben tartása és a jó élet igényein alapul. Szerinte ezekre az igényekre alapozható a mindenki érdekében álló döntés lehetősége az együttműködésről és a méltányos feltételek elismeréséről. A morális ide-

¹⁴⁰ A szerzők interjúja H. T. Engelhardttal. Idézi Ach–Runtenberg 2002: 68.

¹⁴¹ Ach–Runtenberg 2002: 69.

¹⁴² Ach–Runtenberg 2002: 70.

genek ilyenfajta érintkezése lehetővé teszi a minimális etikát mint szekuláris etikát, mivel a közös alap a *jóváhagyáselv és egy tartalmilag szegény jöttvévés-elv elismerése*. A tartalmilag szegény jöttvévés-elv lehetővé teszi a morális gyakorlat *tartalmi* alakítását, ami viszont csak *partikuláris morális közösségeken* belül lehetséges. Ezért kell felhívni a figyelmet a szekuláris ész „vékony talajára”, törekenységére. Ilyen értelemben Engelhardt álláspontjának nincs köze a felvilágosodás univerzális szekularizáló és az ész mindenhatóságát hirdető programjához.

c) Az autonómiaelv proceduralizálása: az etikai norma kiiktatása a jog javára

Bennünket most elsősorban az érdekel, hogy lehetséges-e, mi több: értelmes-e az etika ilyen formájának *az autonómia elvével való összekapcsolása*. Engelhardt szerint lehetséges és értelmes is. 1986-ban az autonómiát még az önmeghatározás tartalmi elveként értette, majd 1996-ban újraértelmezte. Eszerint *az autonómia mint személyek közötti kölcsönös tisztelet* jelentheti a jóváhagyási elvnek *mint minden morális együttműködés procedurális feltételének a tiszteletét*. Az autonómia ily módon *nem érték*, hanem jóváhagyási/beleegyezési elv. Az autonómiának effajta normatív és fogalmi lecsupaszítása mögött a magánszférára való jog kiemelt jelentőségét találjuk, ami Engelhardt szekuláris etikájának egyik kulcsfogalma. Vagyis Engelhardt lényegében *kiiktatja a bioetikai modellből az etikai aspektust* ennek minimalizálása révén, és a proceduralizálás eredményeként a jogi normativitás aspektusát állítja az etikai aspektus helyébe.¹⁴³

Az etikai aspektusról való lemondás a morális minimálkódexben sok mindent megenged, ami miatt értékkonfliktusok eleve bele vannak programozva. A tolerancia szükséges implikáció e kódex számára az erőszakkal és a támadással szembeni védelemhez. Ugyanakkor a tolerancia nem véd meg a morális kritikától és azok lenézésétől, akik más morális ítéletre jut-

¹⁴³ K. Bayertz Engelhardttal vitába szállva azt állítja, hogy egy procedurális morális univerzalizmus egyre inkább a joghoz közelít, s hogy a morális univerzalizáció csak az identitás elvesztése árán érhető el. A procedurális etika így végső soron a hiányzó normativitás révén a morálról való lemondást jelenti. Vö. Bayertz 1996: 74, valamint Ach–Runtenberg 2002: 68.

nak.¹⁴⁴ Azok a konkrét gyakorlatok, amelyek a társadalom tagjainak morális meggyőződéseibe ütköznek, bár engedélyezettek, morálisan mégis megkérdőjelezhetők. Az etika célja végső soron a *cselekvések kitérője és békés eltűrése a kisebbségek részéről*. A legjobb, amit remélhetünk, a formális kitérő szövevényének való elköteleződés. Engelhardt elismeri a magán- és a nyilvános élet, illetve a tartalmak közötti robusztus határt és az ezáltal kódolt feszültségeket.

d) A minimális etika és az orvos morális túlterhelése

A minimális etika szükségképpen *személyközpontú*. Nem legitimálhatók az olyan entitások morális státuszára vonatkozó lényeges kijelentések, amelyek semmiféle személyes vonatkozással nem rendelkeznek.¹⁴⁵ Ennek egyik messze vezető következménye, hogy az etika e felfogás szerint nem javasolhatja a betegség és az egészség fogalmak konceptualizálását. E fogalmak ugyanis sajátos közösségek társadalmi konstrukciói, így nem univerzalizálhatók. A páciens önmeghatározásra való jogát viszont igazolhatja a minimális etika. De hogyan? Az orvos szerepének gyakorlásával. Ez a „morális geográfus” szerepével határozható meg, aki meg tudja világítani a páciens jogait és az ezeket behatároló feltételeket, valamint képes felmutatni a pácienseknek a morális opciók spektrumát. Az orvos ilyenfajta morális kompetenciája valójában egy *morálisan túlterhelt*, az orvos-beteg kapcsolat társadalmi sztereópjait kiiktató, e kapcsolatot alapjaiban személyes síkra helyező koncepciót és elvárást juttat kifejezésre.

e) A posztmodern minimális etika negatív következményei

Engelhardt felfogásának ez a kimenete önmagában is nyilvánvalóvá teszi, hogy egy ilyen álláspont *nem alkalmas a modern medicina mindennapjaiban az orvos-páciens kapcsolatban felmerülő általános és tipikus problémák beazonosítására és etikai értékelésére*. Úgy tűnik, hogy a posztmodern perspektívája, a másik mint morálisan idegen feltételezése, legyen bármennyire is vonzó filozófiai felfogás sokak szemében, valójában nem használható modellként a tényleges etikai problémák megközelítésére és

¹⁴⁴ Ach–Runtenberg 2002: 71.

¹⁴⁵ Uo. 72.

napi szintű kezelésére. A modern medicina mindennapjaitól való ilyenfajta elszakadás gátat emelhet a bioetika művelésével szemben olyan filozófiai kultúrákban, amelyekre a posztmodern vázolt vonásai erősen rányomták a bélyegüket. Ezt a múlt század nyolcvanas és kilencvenes éveinek fordulójától kezdve több kelet-európai ország filozófiai kultúrájáról el lehet mondani. Ez a fejlemény hátrányos helyzetbe hozta az (angolszász orientációjú) bioetikát és művelőit a domináns helyzetbe került posztmodern filozófiát művelők szemében: tárgyterületük és perspektívájuk alapján *a priori nem számítottak sem filozófusnak, sem etikusnak*. Mellesleg ez az álláspont igen távol került Engelhardt törekvéseitől.

A helyzet mára sokat változott, de az a trend, ami pl. Németországban megfigyelhető, hogy ti. a bioetikai kutatások kiemelkedő anyagi támogatást, interdiszciplináris szakmai tekintélyt és széles körű társadalmi támogatottságot élveznek, nálunk aligha várható a közeljövőben. Nem is biztos, hogy szükség van ilyen irányváltásra. Lehet, hogy elegendő lenne az is, ha a klasszikus filozófiák (beleértve az analitikus filozófiát) művelése mellett (amiből egyébként Németországban a bioetika filozófiai-etikai ága kinőtt) megkapná az őt megillető helyet a fejlett világban élvonalbeli diszciplínának számító bioetika – a filozófia intézményes kereteiben is.

1.5. Búcsú az autonómiaelvtől? A bioetika technológiai-szolgáltatási fordulata és ennek kritikája

A 90-es évek elejétől megfigyelhető a *pragmatikus bioetika* iránti megnövekedett érdeklődés.¹⁴⁶ Ez az érdeklődés kifejezésre jut a „principle based common-sense theory”-ban¹⁴⁷ és a konszenzusorientált bioetika különböző kísérleteiben. A konszenzusos modell, mint láttuk, a modern medicina mindennapjaiban minden érintett számára elfogadhatónak és hasznosnak mutatkozik.

A 90-es évektől más szempontok mentén léptek fel bioetikára irányuló kritikák. Éles bírálat tárgya lett, hogy az angolszász országokban egyre

¹⁴⁶ Pl. Wolf 1994: 3, 95–415; Hoffmaster 1993: 366–389.

¹⁴⁷ Sass 1988, uó 1993.

inkább feladták az alapelvekre való reflexiót, a vitákat pedig túlnyomóan technikai és szervezési kérdésekre redukálták. Felmerült az a kritika is, hogy a bioetikai diskurzus a politikai döntések számára „software”-t szállít: azoknak a morális tematikáknak bázisa és médiuma lett, amelyek a politikai véleményalakítás, a döntés és a megvalósítás előfeltételei vagy részei. Mindennek következtében a bioetika eredeti, kritikai jellege is veszélybe került: főleg eljárási kérdésekről folytatott vitákra redukálódott.

a) A bioetika mint szolgáltatási diszciplína

Az újabb angolszász fejlemények önkritikus vizsgálata található Daniel Callahan provokatív tanulmányában, aki a bioetika helyzetét a következőképpen írta le: e diszciplína és képviselői azt tanulták meg, hogy a bioetikát mint kritikus és reflexív diszciplínát a tudományos kutatás „kiszolgálójává” tegyék. Ily módon *szolgáltatási diszciplínává* tették, amely az etikai szak tudást a tudományos-technikai fejlődés szolgálatába állítja, és mindent megerősít és legitimál, amit kívánnak tőle. Másként, mint a kezdetekben, a bioetika feladja az alapelvekre és az elutasító álláspontokra irányuló reflexiókat, és beépül a biomedicinális establishmentbe. A bioetikusok pedig bennfentesek lettek anélkül, hogy reflektáltak volna erre a fejleményre. Callahan szerint, ha a bioetika mint diszciplína a tudományos-technikai haladásra akar reflektálni, akkor minden álláspontot, különösképpen a vitatott pozíciókat tiszteletben kell tartania a diskurzusban, valamint támogatnia kell a tárgyilagos és nyilvános vitát arról, hogy a *társadalom maga milyen prioritásokat akar*.¹⁴⁸

b) Az etikai perspektíva leegyszerűsítésének veszélye

A klinikai etika leegyszerűsítésének veszélye is felmerült. Az orvosi etika „receptkönyv”-etikává degenerálódik tipikus esetek és helyzetek számára.¹⁴⁹ Amerikai bioetikusok valóban kidolgoztak egy olyan etikai kézikönyvet, amely „minden esetre” szól. A bioetika ilyen irányváltása nem támogatja az önálló gondolkodást, a személyes reflexiót és az érintettekkel való

¹⁴⁸ Callahan 1996: 3–4.

¹⁴⁹ Ach–Runtenberg 2002: 74.

kommunikációt.¹⁵⁰ Az etika empirizálásának veszélye is megjelent. A bioetikát egyre inkább a fennálló állapotban való orientálódás, ennek következtében a normatív perspektíva feláldozása jellemzi. Nyilvánvaló, hogy mindez nehézségeket von maga után az orvos-páciens kapcsolat problematikájának etikai értékelése és a mindennapi gyakorlatban való etikai támogatása számára. Különösképpen veszélybe kerül a páciens autonómiájának elve: a fenti szindrómák arra figyelmeztetnek, hogy ez az elv egyszerűen kiesik a bioetika ezen újabb fejleményeinek látószögéből. Így aztán a kérdés is felmerül, hogy akkor búcsút kell-e vennünk a bioetika eredeti lényegi törekvéseitől és elveitől, így a páciens autonómiájának elvétől?

Erre a kérdésre is keressük a választ. Mégpedig abból a perspektívából, amely a modern medicina és a modern társadalom komplex keretei között értelmezi az orvos és a páciens kapcsolatának megváltozott és változóban lévő jegyeit.

De egyelőre még folytatjuk a vitatott kérdések számbavételét.

c) A „liberális modell” (középelvek) kritikája

Felvetődött az a messzire vezető kérdés is, hogy vajon a 80-as évektől elfogadott, a medicinális gyakorlatban elterjedt paradigmától is búcsút kell-e venni? Beauchamp és Childress álláspontját némely kritikusok liberális paradigmaként azonosítják be és ilyenként bírálják. Nézzük meg közelebbről ezeket a bírálatokat és ezek hozadékát!

Mivel választott perspektívánk a modern medicina mélyreható változásainak alapvető tényezőiből és kontextusaiból, illetve ezek etikai aspektusából tevődik össze, amelyben a liberális modell az *egyik* tartóoszlop, ezért van esély arra, hogy felmérjük e modell elméleti és gyakorlati előnyeit (ezt részben már megtettük), valamint hogy feltárjuk a kritikákban megfogalmazott korrekciós javaslatoknak a modern medicina etikai aspektusára nézve értelmes és hasznos elemeit. Az alábbiakban erre vállalkozunk.

¹⁵⁰ Vollmann 1995: 186.

1.6. Releváns szempontok az autonómiaelv kiegészítésére a liberális modell kritikáiban

A 90-es évek eleje óta a liberális modell, illetve a principializmustétel számos konkuráló modellje és tétele lépett fel a bioetikában. Ám eddig egyiknek sem sikerült a principializmust, vagyis a középelveleméletet új paradigmákkal leváltani. Ugyanakkor ezek a kritikai modellkísérletek és tételek a jelenkori bioetikai vitákban fontos szerepet játszanak, ezért is érdemes egy rövid összefoglalót adni erről. A liberális modell megreformálásának és kiegészítésének már említett kísérletei mellett az erényetikai, feminista, komunitárius, narratív és interpretatív, hermeneutikai és fenomenológiai, természetjogi-etikai törekvések említhetők meg.¹⁵¹ Ezekben a törekvésekben a nagy elméleti különbségek ellenére is közös vonás a principializmus elleni kifogások egész sora.

a) Négy kifogás a liberális modell ellen

A „liberális modell” ellen négy fő kifogást hoznak fel, amelyek a következők: 1. elvont elvekre irányuló egyoldalú orientáció; 2. elvont intellektualizmus; 3. az autonóm egyén liberális koncepciója; 4. a morális ítéletalkotás és cselekvés affektív és emotív dimenzióinak elhanyagolása.¹⁵² Nem tűnik haszontalannak komolyabban megvizsgálni ezeket a kifogásokat.

Az első kifogás, az *elvont elveken való orientálódás* számos kritikuskánál felmerül. Joggal róják fel, hogy komplex szituációknak és problémakonztellációknak ez az orientáció nem felel meg: a morális problémákat ilyen módon nem lehet adekvátan megragadni és a valódi problémamegoldás számára nem lehet megfelelő perspektívákat kidolgozni. A liberális modell ugyanis, univerzalitásra és pártatlanságra törekedve, leértékeli a partikuláris tapasztalatok és álláspontok, a konkrét kontextusok és a szociális kapcsolatok jelentőségét a morális élet számára. Továbbá figyelmen kívül hagyja a morális érzékenység és az empátia jelentőségét, amelyek a morá-

¹⁵¹ Egy rövid áttekintés ehhez: Grodin 1995: Bevezetés.

¹⁵² A liberális modell elleni ezen kifogások nagyrészt Wolf (1996) megfontolásaira mennek vissza. A szerzők hangsúlyozzák: nemcsak feminista bioetikusok hozzák fel ezeket a kifogásokat, hanem a liberális modell más kritikusi is. Vö. Ach–Runtenberg 2002: 75.

lis ítéletek lényegi dimenziói.¹⁵³ E modell képviselői eltekintenek attól, hogy őket magukat is konkrét kontextusok és szubjektív tapasztalatok formálják, ezért álláspontjuk mindig szubjektív, és nem is lehet más. Konkrét problémák megoldására aligha támogatható olyan felfogás, miszerint egy illuzórikus, elvont és univerzalisztikus perspektívából helyezkedjen bele a liberális modellt valló bioetikus az érintett másik (személy) helyzetébe, és ezen az alapon kíséreljen meg döntésre jutni. Ezzel szemben támogató az, hogy minden, a konkrét esetben valamilyen módon érintett személy tapasztalatának és felfogásának szóhoz kell jutnia, és mindez figyelembe veendő a reális diszkusszióban.¹⁵⁴ Ezen a módon érhető el egy valóban elfogulatlan ítélet és egy etikailag is megfelelő konszenzus a cselekvésről.

A második kifogás az *elvont intellektualizmus* ellen irányul. Arthur Caplan „mérnöki modellről” beszél, amit különösen klinikai kontextusokban terhel felelősség a beavatkozások és kísérletek csekély hasznáért és hiányos sikerességéért.¹⁵⁵ Hasonló okokból száll síkra Rosemarie Tong az „expressive-collaborative theory”-ért, szemben a „theoretical-juridical theory”-vel.¹⁵⁶ Walkerhez kapcsolódva ez utóbbi alatt olyan elvont intellektuális vállalkozást ért, amely az empirikus tudományok eszményén orientálódik, illetve elméleti-szisztematikus, konzisztens és semleges cselekvést vezető kategóriákra vonatkozik. E koncepció szerint az ítéletek axiómák, logikai kategóriák, propozíciók és következtetések láncolatából adódnak. Ezzel szemben egy expresszív együttműködési elmélet „*szociálisan lehorgonyzott médiumként*” fogja fel az elméletet, ami elkötelezett a személyek átfogó, kölcsönös megértése és ítéletalkotása mellett. Ezek a személyek olyan fogalmakkal beszélnek egymással, amelyekkel kifejezésre juttatják identitásaikat, kapcsolataikat és értékeiket. Tudniillik mások megértéséhez a kognitív kompetencia mellett mindenekelőtt *hermeneutikai érzékenységre és megfelelő kommunikációs kompetenciára* van szükség.

¹⁵³ Vö. ehhez Carse 1991: 10–13; Wolf 1996: 14; Kuhse 1995. – Kuhse az elvi alapú morális reflexió fontosságát hangsúlyozza.

¹⁵⁴ Ach–Runtenberg 2002: 76.

¹⁵⁵ Caplan 1983: 314.

¹⁵⁶ Tong 1996: 86.

Más bioetikusok további (harmadik) kifogásként hozzák fel a bioetikában központi szerepet játszó autonóm individuum koncepcióját és a liberális társadalomra jellemző „autonómia kultúráját”.¹⁵⁷ E koncepció szerintük nem veszi figyelembe, hogy *individuumok csakis kapcsolatokban és csoportokban vezetett életük révén konstituálódnak*. A morálemléletek „adekvát dizájnjának” figyelembe kellene vennie, hogy az emberek nem izolált egyes létezőkként nőnek fel és egzisztálnak, hanem kapcsolatok hálójában élő lényekként. Az egyének autonómiájának eszméjétől ugyanakkor nem kell búcsút venni, de mindenképpen újragondolásra szorul. *Az autonómia fogalmának olyan újraértelmezésére van szükség, ami az interszubsztantívumot az autonómia konstitutív feltételeként veszi figyelembe.*¹⁵⁸

Adekvát morális ítéletek előfeltételezik a konkrét más személyek kontextusorientált és szenzibilis érzékelését és a velük tartott sajátos kapcsolatok dinamikájának figyelembevételét. Különösen érvényes ez olyan területen, mint a bioetika, ahol az emberek közötti kapcsolatok csak kivételesen írhatók le elszigetelten élő autonóm egyének kapcsolataként. Ehelyett gyakran az erős és a gyenge közti kapcsolatokról van szó. Ezért egy megfelelő bioetikának képesnek kell lennie az aszimmetrikus kapcsolatok megalapozására.¹⁵⁹ Márpedig sem az olyan elméletek és koncepciók, amelyek az egyénekből mint elszigetelt monádokból indulnak ki, sem a paternalizmust favorizálók nincsenek abban a helyzetben, hogy az *aszimmetrikus kapcsolatok megalapozását* elvégezhessék.

A negyedik kifogás a szokásos liberális bioetikával szemben *a morális ítélet és cselekvés affektív és emotív dimenzióinak elhanyagolása*. Márpedig nemcsak annak van jelentősége, amit az ember tesz, hanem annak is, *ahogy teszi*. Ez a bioetika területén különösen fontos, elvégre az ápolók és az orvosok ítéleteivel és cselekvéseivel, valamint a betegekkel mint *érzékeny, sérülékeny, törékeny, gyakran kiszolgáltatott lényekkel való érintkezéssel* foglalkozik.¹⁶⁰ Ezen álláspont szerint a páciens *elsődlegesen nem az autonómia jogának hordozója és érvényesítője*. Némely bioetikus egészen

¹⁵⁷ Ach–Runtenberg 2002: 77.

¹⁵⁸ Farley 1995: 141; Carse 1991; Benhabib 1992; Sherwin 1996: 52.

¹⁵⁹ Ach–Runtenberg 2002: 78.

¹⁶⁰ Carse 1991: 13–15; Kuhse 1995: 212.

odáig megy, hogy szerintük a morális érzék az etika vezérfonala. Kant, a szerződéselméletek vagy az utilitarizmus klasszikus elméletei ezen az alapon joggal bírálhatók azzal, hogy redukcionista. Kant és követői nézeteivel szemben vagy azokat kiegészítve olyan kategóriákat is szükséges elismerni a morál alkotóelemeiként, mint a *gondozás, ápolás, ellátás, a szeretet, a bizalom vagy a barátságosság*. Csak ezen a módon lehetséges a moralitás fontos elemeinek megértése és alapvető morális intuíciók bevonása a *morális megfontolások és a morál gyakorlása egészének folyamatába*.¹⁶¹

b) A kifogások lehetséges hozadéka

A választott perspektívánkból ezek a felvetések megfelelő alapot kínálnak az autonómiaelv továbbgondolására, kiegészítésére olyan alapvető dilemmákban, mint az orvos-páciens kapcsolat aszimmetriája a kölcsönösségen alapuló interszubsztívitás-elv szemszögéből, vagy a páciensnek az orvosi ellátásra való primer ráutaltsága szempontjából. Ezek a felvetések bevonhatók az autonómiaelv korrekciójába és kiegészítésébe. Miként az a feltevés is, hogy az interszubsztívitás elve és faktuma nélkül nem értelmezhető az autonómia elve, és nem szabályozható megfelelően a medicínális gyakorlat sem. Vagyis nem csak elméleti reflexiót inspirálnak ezek a kritikai észrevételek: bevonhatók és bevonandók a medicina mindennapi gyakorlatának etikai értékelésébe és szabályozásába is. Ezek a kritikák, korrekciós és kiegészítő javaslatok lehetőséget kínálnak az orvos és a páciens változó kapcsolatában felmerülő újfajta problémáknak a pontosabb, árnyaltabb tematizálására és a megfelelő etikai értékelések kimunkálására. Mindez hozzájárulhat az *autonómiaelv finomításához, elméleti adekvátságának pontosításához, valamint gyakorlati alkalmazásának optimalálásához*. Ezek az igények kifejezésre jutottak a bioetika paradigmaváltásában, ami a 90-es évek elején kezdődött.

¹⁶¹ Baier 1994; Carse 1991: 18.

I/2. Az autonómiaelv korrekciójának igénye a bioetika paradigmaváltásában

2.1. A paradigmaváltás négy oka

Vezető bioetikusok paradigmaváltásról beszélnek, amire a 90-es évek elején került sor.¹⁶² Ez a paradigmaváltás, láttuk és látni fogjuk, kihatással volt és van a páciens autonómiája etikai elvének értelmezésére és a medicinális gyakorlatban való érvényesítésére.

Különböző empirikus tanulmányok kimutatták, hogy a liberális vagy középelveitkai bioetika-konceptió terjedelme és problémamegoldó kapacitása az orvosi és a klinikai gyakorlatban korlátozott.¹⁶³ A principializmust sokan amiatt bírálják, hogy 1. nem felel meg a medicina mindennapi gyakorlati elvárásainak. Márpedig nagy szükség lenne a klinikai mindennapok gyakorlati problémáinak erőteljesebb figyelembevételére, több közelségre a konkrét páciensek szükségleteit illetően, valamint a különböző érintettek (a páciens, a törvényes képviselője, az orvos, az ápoló) és csoportok (orvosi team, a beavatkozás teamje, illetve a hozzátartozók) nézeteiben és helyzetében fennálló *eltéréseknek és sajátosságoknak a diagnózis folyamatába történő bevonására*. A diagnózis ugyanis nemcsak medicinális-szakmai értelemben veendő, hanem a szaktudás alkalmazásának és alkalmazhatóságának tágabb *etikai aspektusát is magába foglalja*.¹⁶⁴

2. Tapasztalati tény, hogy sokan egyáltalán nem akarják igénybe venni az autonómia elvéből eredő döntési jogukat. Ez a megfigyelés hozzájárult ahhoz a kikristályosodott elváráshoz, hogy *újra kell gondolni az önmeghatározás elvének és a tájékozottságon alapuló beleegyezés elvének határait*.

¹⁶² Ach–Runtenberg 2002: 78–81.

¹⁶³ Ach–Runtenberg 2002: 79.

¹⁶⁴ Sass 1989, 2006: 5–16.

Nyilvános viták zajlanak az USA-ban és Németországban is pl. az aktív halálba segítről és a páciens előzetes akaratnyilvánításának („élő végrendeletének”) figyelembevételéről. Ebben az összefüggésben elsősorban az kifogásolható, hogy az autonómiaelv egyoldalú hangsúlyozása és a bioetika individualista jellege következtében elhanyagolják a *szociális kontextust*. A szociális kontextusba beleértendő az orvos és az érintett egészségügyi személyzet, illetve a páciens és hozzátartozói kommunikációs formái vagy akár a nyilvánosság véleményformáló ereje.

3. A kritikai hangok felerősödéséhez hozzájárultak az *általános filozófiai viták újabb fejleményei*. Az uralkodó paradigmának, Beauchamp és Childress modelljének kritikája több irányból indult, többek között az etnikai kutatásokból és a feminista mozgalomból. Emellett a posztmodern és a komunitárius filozófusoknak az univerzalisztikus tételeken gyakorolt kritikája is fontos szerepet játszott a bioetika változásában, mivel ezek az álláspontok elkötelezettek a sokszínűség és a különbözőség filozófiájának.

4. *Tudományelméleti változások* is hozzájárultak a paradigmaváltáshoz.¹⁶⁵ A modern medicina kezdeteit a technika uralmának mindenhatóságába vetett egyoldalú elköteleződés jellemzi, valamint az ennek megfelelő monokauzális gépparadigma és a protézisideológia, amely még a második világháború után is meglehetősen sokáig uralkodott. Mindenekelőtt a *test önszabályozó tényezőinek az összetettségébe és részleteinek gazdagságába való biomedicinális betekintés* vezetett ahhoz, hogy a monokauzális terápiákat feladták a „polypragmatikus nyitottság” javára. Ez a belátás abból indul ki, hogy a betegségek hatáselemek hálózata révén keletkeznek, amibe a legkülönfélébb helyeken lehet beavatkozni. A változás a *testi történet „extern” uralmának imperativusától kezdődően a testi önszabályozó tényezők rendszerimmanens befolyásolásáig és a páciens irányító részvételeig írható le*. Ez a medicina specializálódásából és differenciálódásából eredő paradigmaváltás azonban *mindmáig nem vezetett integrált medicinához*. E belátások birtokában *továbbra is a terápia individualizálódása, elszigeteltsége és a páciens elidegenedési tapasztalatai jellemzik a modern medicina mindennapjait*.

¹⁶⁵ Ach–Runtenberg 2002: 80.

Részben ebből a helyzetből ered az az elvárás a bioetikával szemben, hogy *gyengítse a páciens elidegenedési tapasztalatait*. Ennek az elvárásnak a teljesüléséhez azonban mélyreható változásokra van szükség, mindenekelőtt magában a medicinában. A változások etikai aspektusai a medicina emberképéhez, az autonómiakoncepcióhoz, illetve ezeknek a medicinális gyakorlatban betöltött státuszához kötődnek. A páciens autonómiája etikai aspektusának ugyanis nemcsak a szuverén, egyéni döntések terére kell vonatkoznia, hanem az emberi tisztelet és az emberi integritás kölcsönös elismerésének interszubjektív formáit is tartalmaznia kell. Vagyis *túl kell lépni a személyes tér határait* – a páciens és az orvos személyes terét egyaránt beleértve. Az orvos és a páciens kapcsolata ténylegesen interszubjektív kommunikációs térként értendő és így kell működnie. Ezen túl a medicina vezéreszméit és emberképeit az ember olyan új felfogásává szükséges összefűzni, amely az *emberi testet a szubjektivitás, a személy, illetve a személyiség hordozójaként fogja fel*. Másként megfogalmazva arról van szó, hogy *a személy-lét egy egyén élettörténetének értelemadó összefüggéseként ragadható meg a testiség feltételei között*. A medicina ilyen irányú szemléletváltása nélkül a bioetika önmagában nem képes a páciens elidegenedési tapasztalatait mérsékelni.

2.2. A paradigmaváltást sürgető tényezők az orvos-beteg közötti kapcsolatban és a közéleti elvek vs. klasszikus etikai elvek kérdése

A közéleti elvek, mint láttuk, az autonómiaelv és az igazságosság elve kivételével a hagyományos etikában is jelen vannak. Ám a hippokratészi etikában a károkozás kerülésének és a jót tevés követelményének egészen más keretfeltételei voltak, mint a modern társadalmak bonyolult tudományos, szervezeti, kulturális, jogi, pénzügyi és szociális közegében vannak. Ezen alapvető eltérések következtében feszültségek adódhatnak pl. a kutatás érdekei és a kutatásban részt vevő, jogokkal rendelkező páciens érdekei között, valamint azon személyek és intézmények érdekei között, akik/ameklyek a kutatásból hasznot húznak. Feszültségek keletkezhetnek az adott egészségügyi intézményben érvényes elszámolási rendelkezések előírásai

és az egyes konkrét eset kezelése között, amikor pl. az érintett orvos a maximálisan előírtnál több forrást használt fel saját páciense gyógyulása érdekében. Ilyenkor konfliktus áll elő az orvosnak a páciens legjobb érdekében végzett tevékenysége, a betege legjobb ellátása melletti etikai és szakmai elköteleződése, valamint aközött, hogy az adott intézmény alkalmazottjaként köteles betartani az adott szervezeti és pénzügyi rendszer szabályait. Ráadásul az orvos más pácienseket, főleg jobban rászorulókat nem hozhat hátrányos helyzetbe. Továbbá feszültség keletkezhet a páciens kívánsága és a kezelés szakmai indokoltsága között, amikor a páciens jogaira apellálva többet vagy mást igényel, mint ami orvosilag indokolt. Konfliktust generálhat egy adott konkrét esetre vonatkozó kockázatmérlegelés, valamint az előre nem látható, illetve a nem átlátható kockázatok mérlegelésének etikai problematikája. Feszültséget indukálhat az etikai és a medicinális kockázatok mérlegelésekor egy konkrét, meghatározott esetre kifejlesztett módszernek a ki- és elterjesztése. (Példa erre az *in vitro* fertilizáció, népszerű nevén a „lombikbébi”-program.) Itt említendő meg a génterápiával való visszaélés, ennek különböző kulturális vagy politikai célokra való felhasználása, ami nem új jelenség a medicinában, ám ma új és összehasonlíthatatlanul nagyobb dimenziókba kerül.

A klasszikus etika elvei a modern medicina keretfeltételei között alapvetően átértékelődnek. A károkozás kerülésének elve (*primum non nocere*) a modern medicinában a haszon és kár fogalmak pluralitásának, illetve az erőteljesen növekvő jelentőségű kár- és haszonpotenciál mérlegelésének az eredményeként új dimenzióba kerül. Tény, hogy már a gyógynövény-medicinában is párhuzamosan futott az etikai és technikai költségek, illetve károk mérlegelése, de napjainkra ez különösen sürgető és nehéz probléma lett, főleg a beavatkozások magas költségvonzata miatt. Az is komoly dilemma, hogy ki határozza meg a kár mértékét beavatkozás esetén pl. újszülötteknél vagy súlyos sebesülteknél? És mekkora lehet az a kár, ami egy kómában fekvő páciensnek okozható: a kezelés megszakítása vagy folytatása a nagyobb károkozás?¹⁶⁶ A kár és a haszon mérlegelésének kérdéskörébe tartozik az is, hogy milyen szerepet kell adni az élet végén a pá-

¹⁶⁶ Sass 1989, 2006: 11–12.

I/2. Az autonómiaelv korrekciójának igénye a bioetika paradigmaváltásában

ciens előzetes akaratnyilvánításának, élő végrendeletének intenzív orvosi és/vagy pallatív kezelés esetén?

A másik klasszikus elv, a *bonum facere* elve, az orvos ellátási kötelezettsége, illetve az, hogy a betegnek a lehető legjobbat nyújtsa, érte a szakmailag és emberileg is a legjobbat tegye meg, akár önfeláldozás árán is, szintén kemény próbatétel elé kerül a modern medicinában. Nem egyszerű megválaszolni a kérdést, hogy kinek kell meghatározni azt, hogy mi a jó egy adott, konkrét esetben. *Az orvos és egy orvos kizárólagos kötelezettsége és felelőssége visszavonhatatlanul megszűnt. S egy modern pluralista/pluralizálódó társadalomban normális esetben minden polgár önmaga szabhatja meg saját javainak, értékeinek és céljainak prioritásait. A hippokratészi, a taoista és a sintoista medicinában ezzel szemben az orvos határozta meg, mi a jó a beteg számára. Van-e ebből konfliktus? Természetesen van. A szokásos angolszász orvosi etika (a közéleti elvek liberális modellje) a kiutat abban látja, hogy az autonómia elve mellé áll, és megköveteli a beteg tájékoztatáson alapuló beleegyezése elvének tiszteltetését és a napi gyakorlatban való érvényesítését. A tájékoztató beszélgetést követő beleegyezés és jóváhagyás nélkül az orvosnak eleve nem szabadna cselekednie. Kérdés azonban, hogy adott esetben mennyire tájékozott az informált személy akkor, amikor erős fájdalmai vannak, amikor első alkalommal szembesül olyan tényekkel és kérdésekkel, amelyeket nem tanult meg megérteni, amikor a modern medicinális ellátás működési mechanizmusában hirtelen beleegyezési nyomtatványokkal és tájékoztató beszélgetésekre való javaslattal szembesül, amit korábban egyáltalán nem ismert? Kérdés az is, hogy az orvosnak meddig kell elmenni a felvilágosításban: meg kell-e minden veszélyt neveznie, amelyeket az irodalom listába foglal és amelyeket többnyire csak szakemberek ismernek? Be kell-e pótolnia a felvilágosító beszélgetésnek a hiányzó műveltséget, vagy csak ennek természetudományos oldalát, ám az ítélőerő-kompetenciára való nevelést nem? A cselekvési opciókat illetően hogyan írható le konkrét esetekben a jó és a legjobb, s hogyan mérlegelendő a kevésbé jóval vagy a rosszal, a kellemtelennel vagy a kockázatokkal szemben?*¹⁶⁷

¹⁶⁷ Sass 1989, 2006: 13–14.

2.3. Dilemmák az autonómiaelv körül a modern medicina mindennapjaiban

Azt feltehetően ma már senki nem vitatja: helyes, hogy a páciensnek joga van az önrendelkezésre arról, hogy mi történjen és mi ne történjen a saját testével, s hogy adott keretek között és feltételek mellett meghatározhatja, hogy mi a jó számára. De hogyan lehet ezeket a kereteket és feltételeket a mindenkori esethez igazítva szakmailag rögzíteni, etikailag mérlegelni és betartani a sokszereplőssé vált medicinális gyakorlatban? Továbbá hogy viszonyul az orvosi felelősség ahhoz az esethez, amikor a páciens nem a számára jót választja? Lehet-e ez az orvos számára közömbös, és ha igen, meddig, milyen fokig? Mennyi ideig tarthat a páciens és az orvos közötti dialógus a jó meghatározásáról, hol van az az időbeli határ, amikor konszenzusra kell jutni és cselekedni szükséges? S hogyan viszonyul a személy autonómiája, ami a páciens autonómiája szorosabb orvosetikai elvének általános etikai és jogi bázisa, a konkrét életstílus releváns egészségi rizikóihoz? Az egészséggel kapcsolatos nagykorúsítás, a saját egészséggel szembeni felelősség beletartozik-e azon polgári kötelességek arzenáljába, amely kötelességeket csak a páciens autonómiája igazolhat? Számonkérhető-e a páciensen mint autonóm és felelős polgáron e kötelezettségek betartása? Gyakorló orvosok széles körű tapasztalata veti fel azt a kérdést, hogy a nagykorúsított polgárról és a polgár/személy/páciens autonómiájáról vallott eszméinkhez csak a szabadság védelme miatt ragaszkodunk-e, miközben azt tapasztaljuk, hogy sok páciens a kezelés vagy a beavatkozás után mindent megtesz azért, hogy a visszanyert vagy feljavított egészségét más javakra, az élet más örömeire (pl. alkoholra vagy kábítószerre) cserélje be? A *Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis* a páciens egyetértési kompetenciájának kérdését az *etikai diagnózis* részévé teszi, amit az *orvosi diagnózis mellé csatolt egyenrangú diagnózisként* kezel.¹⁶⁸ Az igazi kérdés azonban az, hogy vajon van-e következménye az etikai diagnózisnak az orvos és a páciens magatartásában és kapcsolatukban?

¹⁶⁸ Sass 1989, 2006: 14.

I/2. Az autonómiaelv korrekciójának igénye a bioetika paradigmaváltásában

A kérdések sorából adódó elbizonytalanodást tovább szaporítják a magyar jogrendszerben is előírt betegjogok és az ezzel kapcsolatos, a törvénytől gyakran alapvetően eltérő tapasztalatok. Az 1997-es egészségügyi törvény korszerű, mindmáig megfelelő jogi kereteket ad a páciens autonómiájához és önrendelkezési jogához. Ám a gyakorlatban való tényleges érvényesítéshez szükséges garanciákat és adott esetben indokolt szankciókat nem tartalmaz. Így a törvény szelleme nem is kicsit eltér az egészségügy valóságától.

A jelzett roppant összetett kérdéskör újfent kifejezésre juttatja: mindennek etikai artikulálására és értékelésére a hagyományos orvosi etika önmagában nem alkalmas. Ismét beleütközünk abba a kihívásba, amelyet részben a biomedicinális, azaz a modern, aktualizált orvosi etika, részben pedig a bioetika képes megfelelően kezelni.

2.4. Elméleti nyereségek és gyakorlati alkalmazhatóság

Választott perspektívánkat tovább erősítette és konkretizálta a fenti problémakör vázolója. Megerősítést kapott az a feltevésünk, hogy a közéleti elvek mentén érdemes elindulnunk és haladnunk, amikor a modern medicinális és társadalmi feltételek között vizsgáljuk az orvos-páciens kapcsolat etikai aspektusát. Ugyanakkor a *közéleti elvek (benne az autonómia) korrekciós lehetőségeiben kiegészítő potenciált* találtunk, ami mind az elméleti-reflexió és kritikai igényeket, mind a modern medicina gyakorlatában felmerülő konkrét problémákat segít figyelembe venni, ütköztetni, etikai mérlegelés tárgyává tenni. Ennek megfelelően az alábbiakban a közéleti elveket, jelesen az autonómia elvét a jelzett korrekciós igény nyelven és kiegészítő potenciállal rendelkező biomedicinális, illetve bioetikai perspektívában vizsgáljuk. Ez a *kiegészített perspektíva végső soron az orvos-páciens kapcsolat etikai minőségét szolgálja a közéleti konkrét esetekre történő alkalmazásában a medicina mindennapjaiban.*

Ez a kiút bizonyos értelemben a medicina szükséghelyzetéből adódik: az egyes esetek egyedisége, a folyamatosan bővülő új technikai alternatívák, az ebből eredő újszerű medicinális és etikai kérdések *lehetetlenné teszik azt, hogy minden helyzetre érvényes megoldást találjunk.* Ilyen érte-

lemben a modern medicina kereteiben a cselekvési opciók értékelésében és választásában rá is vagyunk utalva olyan etikai orientációs elvekre, amelyek *megfelelő rugalmassággal és nyitottsággal* rendelkeznek, és így lehetőséget kínálnak a medicinális gyakorlatban felmerülő *(újra)szabályozás igényének* teljesítésére. A módosított középelvekben a hagyományos orvosi kötelességek és elköteleződések nemcsak az autonómia elvével, hanem *társadalmi értékpreferenciákkal is kiegészülnek, beleértve a személylét egyediségének, a saját test fölötti önrendelkezésnek s ezek tiszteletben tartásának aspektusát is.* Ezek a finomítások és kiegészítések számos gyakorlati előnnyel járnak: támogatják a páciens jóllétét, védelmet nyújtanak neki pl. elsietett vagy etikailag inkompetens döntésekkel szemben, védik őt önrendelkezési jogának figyelmen kívül hagyása esetén, vagy éppen e jog parttalanságával vagy szabályozatlanságával szemben.

Ezen perspektíva alapján olyan *etikai kritériumokra és szabályozásra van szükség,* amit az orvosnak figyelembe kell vennie és alkalmaznia kell az egyes, konkrét és *mindig egyedi eset* kapcsán szóba jöhető cselekvési alternatívák medicinális és etikai elemzése, mérlegelése és kommunikálása során. A fő cél az, hogy a szabályozás a medicina napi gyakorlatában *ténylegesen használható támpontokat nyújtson.* Az autonómia elve is ebben a konkrét medicinális környezetben értendő és alkalmazandó.

**B/II. AUTONÓMIA – BIOMEDICINÁLIS
VITAKONTEXTUSOKBAN**

DUPress

TARTALOM

II/1. A páciens autonómiája fogalmának orvosi etikai aspektusai	151
1.1. A modern orvosi etika szűk autonómiafogalma	152
1.2. Az önrendelkezéshez és a tájékozottságon alapuló beleegyezéshez szükséges tudás: a páciens kompetenciája	153
1.3. Az autonómiaelvhez kapcsolódó jogok és jogtalan igények.....	153
1.4. Elutasítási jog és a páciens autonómiája.....	155
1.5. Kielégítő autonómia és a páciens (döntési) kompetenciája	156
1.6. Személyes autonómia és döntési autonómia: a páciens intellektuális túlterhelésének veszélye vs. reális kritériumok	158
1.7. Az orvos szerepe.....	161
1.8. További autonómiafeltételek	161
II/2. A páciens autonómiájának érvényesítése az élő végrendeletben	163
II/3. Autonómia és személyes identitás	166
3.1. Élő végrendelet és személyes identitás	166
3.2. A személyes identitás irrelevanciája a modern orvosi etikában	167
II/4. Az élet minősége – a páciens autonómiájának biomedicinális perspektívájában	169
4.1. Életminőség	169

B/II. Autonómia – biomedicinális vitakontextusokban

4.2. Az életminőség-kutatás nehézségei	170
4.3. „Vélelmezhető akarat”: az élő végrendelet formulája az életminőség kritériumainak bevonására	172
4.4. Az életminőség saját és idegen megítélése	173
II/5. Az élet szentsége – a páciens autonómiájának biomedicinális perspektívájában	175
5.1. Az élet védelmének parancsa és az orvosi hivatás	175
5.2. Az élet szentsége melletti érvelés néhány vitatott kérdése	176
II/6. Megtenni vagy elhagyni	181
6.1. Az eutanázia körüli viták	181
6.2. Idegen és saját halálba segítés	183
II/7. Az orvosetikai perspektíva határai	185
7.1. Az orvosetikai perspektíva kiegészítésének szükségessége a modern medicinában	185
7.2. Autonómia – a bioetikai perspektíva felé nyitott orvosetikai perspektívából	186

Az autonómia kérdésében a modern orvosi (biomedicinális) etika is a közéleti elvek modelljéhez kapcsolódik. Szemléletmódja azonban különbözik a bioetikáétól abban, hogy az autonómia elvét és tematikáját a páciensre vonatkoztatja, vagyis szűkebb értelemben fogja fel. Ugyanis a tágabb, a személylétéhez tartozó autonómiát, ami a bioetika egyik tartópillére, az orvosi etikában általában véve nem tartják releváns tényezőnek. Mivel a medicina mindennapjaiban többnyire a szűkebb jelentéshez kötött gyakorlat dominál, érdemes utánajárni annak, hogy miről is van szó.

A modern orvosi etika szerint nem az orvos-beteg kapcsolat áll az első helyen a normatív alapkérdések között, eltérően a hagyományos orvosi etikától. De a különbséget nem abban látja, amiben a bioetika, miszerint a páciens és egyáltalán a modern egyén/polgár/személy autonómiája elsődleges normatív alapfogalomként vált a modern társadalmakban végbement vagy most zajló változások eredőjeként, ami kihat a medicinára is.¹⁶⁹ A biomedicinális etika inkább a medicina technikai arzenáljában történt fejlemények etikai következményeire koncentrálnak, valamint az orvos státuszának megváltozását, ennek etikai (és jogi) konzekvenciáit tematizálja. Az autonómia tematikáját is ebből az alapállásból tárgyalja. Az alábbiakban elsősorban Bettina Schöne-Seifert alapmunkájára (*Grundlagen der medizinischen Ethik*) támaszkodva vázoljuk fel a modern orvosi etika autonómiafelfogását.¹⁷⁰

A páciens autonómiájának elvét követően, amit az előző (B/I.) fejezetben szélesebb, bioetikai perspektívában tárgyaltunk, most a páciens autonómiája fogalmának szűkebb, orvosetikai szempontból releváns tartalmá-

¹⁶⁹ Schöne-Seifert 2007: 9–13.

¹⁷⁰ Schöne-Seifert 2007.

ra tesszük a hangsúlyt. Ezt az erről a kérdéskörrel szóló *viták* bevonásával tesszük. Schöne-Seifert, aki orvosi és filozófusi képzettséggel egyaránt rendelkezve vált a német bioetika egyik vezető személyiségévé, azt emeli ki, hogy a folyamatosan zajló viták befolyással vannak nemcsak a páciens autonómiája fogalmának tartalmára, hanem valós dilemmákat hoznak felszínre. Olyanokat, amelyekkel a medicina mindennapjaiban szembesülnek az érintettek: orvosok, ápolók, betegek, hozzátartozók, képviselők, kísérleti személyek. *A diskusziók tárgya és mindenkori szintje ily módon beszivárog az orvoslás mindennapjaiba és fordítva: a medicina mindennapjaiból is táplálkozik, amikor vitatémákat azonosít be.*

II/1. A páciens autonómiája fogalmának orvosi etikai aspektusai

Az orvos és bioetikus Howard Brody a következőket írja a modern medicinális etika első 15 évéről: „A legtöbb olvasó számára az implicit küldetés mégis csak az volt, hogy az új orvosi etikában voltaképpen kizárólag az autonómiáról van szó. Ez a látásmód nagyon kézenfekvő volt: hiszen olyan értékeket, mint a károkozás kerülése és az ellátás, végső soron már az antikvitásban is elismertek, míg az egyetlen újonnan diszkutált elv az autonómia volt.”¹⁷¹

A modern orvosi etikának meghatározó paradigmája lett az autonómia. Ez olyan jogot tulajdonít a páciensnek és a kísérleti személynek, hogy *saját maga dönthet minden diagnosztikus, terápiás vagy a kutatást szolgáló beavatkozásra irányuló egyetértésről vagy elutasításról*. Ez a jog a személy autonómiájára, önmeghatározására, önrendelkezésére irányuló legitim igényre alapozódik, ami nemcsak az orvosi kezelésekből és cselekvésekben vívott ki kitüntetett pozíciót, hanem az egyén életvezetésének más területein is.¹⁷² A biomedicinális etika ezt az alapállást elfogadja, de a bioetikától eltérően, mindez nem tárgya vizsgálódásainak. Elméleti vagy társadalmi igényekre, vagy a személy mint páciens igényeire csakis a medicina gyakorlatának nézőpontjából reflektál. *Minimálisan szükséges elmélet/ filozófia, illetve társadalmi, kulturális vagy biográfiai háttér egyfelől, másfelől az aktuális orvosetikai vitákban való széles körű tájékozottság, a finanszírozások, részletek iránti érzék, a bioetikai középelvekbe való beágyazottság mellett: ezekkel a vonásokkal írható le a ma már klasszikusnak is tekinthető biomedicinális alapállás.*

¹⁷¹ Brody 1992: 48. Idézi Schöne-Seifert 2007: 39.

¹⁷² Az életvezetés kérdésének bioetikai relevanciáját szisztematikusan tárgyalja Hildt 2006.

1.1. A modern orvosi etika szűk autonómiafogalma

Az egyén kitüntetett státusza a modern társadalmakban kétségbevonhatatlan tényré lett. Erre a filozófia, illetve a filozófiai etika is reflektál. Schöne-Seifert viszont az egyetértés hiányát emeli ki a filozófiai etikákban, mégpedig arra hivatkozva, hogy a filozófusok egészen különböző dolgokat értenek autonómia alatt.¹⁷³ Egyesek képességként, ideálként, jogi vagy morális igény tárgyaként fogták fel (pl. Feinberg),¹⁷⁴ mások intézményekre, közösségekre, egyénekre vagy cselekvésekre vonatkoztatták, ismét mások kiterjesztették politikai, morális vagy éppen a mindennapi okossági (fronézis) mérlegelés által meghatározott tartalmakra.

A modern orvosi etikában a sokféle álláspont mellett is van közös alap. Schöne-Seifert szerint ez a *közös alap* az, hogy az autonómia képzete *egyéni döntési autoritást* ismer el. Ily módon a modern orvosi etika inkább John Stuart Mill liberális hagyományához csatlakozik, és nem a kanti autonómiaértelmezéshez.¹⁷⁵ Kant ugyanis az autonómiát az ész által vezérelt akarat azon tulajdonságának tartotta, amely képessé tesz bennünket arra, hogy alá vessük magunkat az objektív és általánosan kötelező törvénynek. A modern orvosi etikában viszont többnyire *egyéni meggyőződésekről, személyes tervekről és szubjektív értékekről van szó a mindenkori saját élet relációiban*. Ezen az egyéni szinten érvényesíthető az, hogy a páciensek vagy a kísérleti személyek *etikailag megalapozott, emellett jogilag megerősített igénnyel rendelkeznek* arra, hogy maguk dönthessenek arról, mi történjen vagy mi ne történjen velük, tulajdon testükkel orvosi cselekvések, beavatkozások és kezelések során. Ehhez *a döntéshez viszont a mindenkori páciensnek meg kell kapnia a megfelelő releváns információkat*.

¹⁷³ Az orvosi etikában az autonómia jelentéséhez vö. Jennings 2007: 72–89.

¹⁷⁴ Feinberg 1986.

¹⁷⁵ Beauchamp 2003: 259–274, valamint O’Neill 2002.

1.2. Az önrendelkezéshez és a tájékozottságon alapuló belegyezéshez szükséges tudás: a páciens kompetenciája

Az autonómia és az egyén igényei között szoros kapcsolat van a modern medicinában. Az *autonómia elvének konkrét esetekben való alkalmazása a törvényesen rögzített önrendelkezési jog érvényesítésében* történik. Ez összekapcsolódik a *saját igényekre való reflektálással*: a páciens megfelelő tájékoztatás feltételei mellett tudatosítja magában, hogy a *lehetséges beavatkozási opciók közül melyik áll a legközelebb saját igényeihez*. Jellemző, hogy az autonómia szűk koncepciója az értékpreferenciát kerüli: ehelyett az igényeket állítja előtérbe. Ám az igények nem lehetnek légből kapottak és teljesen önkényesek: *megfelelő önismeret, megfelelő morális érzék, illetve morális attitűd*, valamint a páciens *saját élettervének a mérlegelésbe való tudatos bevonása* olyan feltételek, amelyek fennállása nélkül a páciens nem képes a számára megfelelő opció kiválasztására.

Az autonómia elvének az önrendelkezési jogban rögzített, saját igényekre vonatkoztatott érvényesítése ily módon *magas mércét állít fel a páciens számára*. Az autonómia nem ölnünkbe hullott ajándék, hanem kihívás és feladat a saját élet elemeinek és egészének (ezt nevezik a bioetikában élettervnek, más összefüggésben biográfiának) tudatosítására, mérlegelésére, tervezésére. Mivel ennek a mércének meglehetősen *kevés páciens képes hiánytalanul megfelelni*, ezért a saját érdekekkel és igényekkel *ellentétes döntés kockázata eleve magas* az autonómia elvét preferáló modern medicinában.

1.3. Az autonómiaelvhez kapcsolódó jogok és jogtalan igények

Az orvosi kezelésekkal szembeni egyéni *elutasítási jog* időközben elfogadottá vált a medicina gyakorlatában. Ez a jog alkotmányjogi szempontból *a személyiségi jogok és a testi integritásra (Unversehrtheit) való jog része*. Ebből a jogból azonban nem következik automatikusan pl. az aktív halálba segítségre való igény jogának elismerése. Ugyancsak nem következik az asszisztált öngyilkosságra, a genetikai diagnosztikára vagy a mesterséges megtermékenyítési technikákra, a terhességmegszakításra vagy a gyógygy-

szeresen indukált teljesítménynövelésre való igény joga. Az, hogy az önrendelkezési jog az ilyen kérdésekben meddig megy el legitim módon, *állandó és ellentétekkel teli viták tárgya.*

A szubjektív páciensigények terjedelme és hatóköre a fő kérdés az ún. futility-vitában az „értelmetlen” intézkedések kapcsán is, ami elsősorban az USA-ban zajlott.¹⁷⁶ Olyan esetekről van itt szó, amelyekben olyan orvosi intézkedéseket hajtanak végre, amelyek az orvosi sztenderd szerint „értelmetlenek”. Ha ez az intézkedés a páciens vagy hozzátartozói kifejezett kívánságára történik, ami nyilvánvalóan gyakran megesik, akkor a páciens autonómiájának nevében érvényesíteni kell az igénnyel kapcsolatos jogokat. Ezen jogok jogossága azonban semmiképpen nem következik a páciensnek a kezelés elutasítására való jogának elismeréséből. Egy ilyen elismerés ellen megfelelő érveket szolgáltatnak a jó ellátás hivatásbeli sztenderdjei, adott körülmények között az igazságossági szempontok, amennyiben szolidáris (magyarul állami kasszából, adófizetők pénzéből finanszírozott) szolgáltatásokat igényelne a páciens.

Minden mérlegelésre szoruló megfontolásnál előzetesen tisztázandó az „értelmetlenség” bizonytalan fogalma. Azért, mert ezekben a vitákban olyan beavatkozásokat is értelmetlennek minősítenek, amelyeknek *célját általában véve értelmetlennek tartják, meg azokat is, amelyeket egy meghatározott cél szempontjából tekintenek teljesen vagy jó részben hatástalannak.*¹⁷⁷ Egy beavatkozás hatásosságának vagy hatástalanságának célokhoz mért megítélését az *orvosi és orvostudományi szakértelemre* kell bízni Schöne-Seifert szerint. Ezzel szemben a cél értékelése, valamint a hatás és hatékonyság azon *normálása*, amely érték alatt nem szabad kezelni vagy finanszírozni, olyan értékkel terhelt döntés, amelyet nem egyedül az orvosi szaktudással rendelkezőknek kell meghozniuk.¹⁷⁸ Ebben *etikai tanácsadásra szorulnak az orvosi szakmai kompetenciával rendelkezők.*

¹⁷⁶ Youngner 1996: 1718–1721.

¹⁷⁷ Schöne-Seifert 2007: 41–42.

¹⁷⁸ Brody–Halevy 1995: 123–144; Kopelman 1995: 109–121.

1.4. Elutasítási jog és a páciens autonómiája

A páciens egyéni döntési autoritása értelmében *csak orvosilag ajánlott és a páciens számára elvileg hozzáférhető kezelésekről, beavatkozásokról* vagy kutatási szándékról van és lehet szó az autonómia és az önrendelkezési jog esetén. A javasolt kezeléseket, beavatkozásokat viszont a páciens el is utasíthatja. Akkor is joga van ehhez, ha az elutasítás észszerűtlen és saját érdekeivel ellentétes lenne. Ez utóbbi esetben az *autonómiáról mint elutasítási jog érvényesítéséről van szó a páciens részéről, az orvos részéről pedig ennek tiszteletben tartásáról*. Ugyanakkor olyan jogról nem lehet szó a páciens autonómiáját illetően, amivel igényt tarthatna olyan beavatkozásokra és ezek finanszírozására, amelyek orvosilag nem indokoltak, jogilag nem alátámasztottak, vagy etikailag problematikusak, vagy szolidárisan (állami kasszából) nem finanszírozhatók. Vagyis az autonómia *eo ipso nem igényekre való jog*.¹⁷⁹

Az elutasítás joga mind morálisan, mind jogilag elismert, de csak meghatározott feltételek között. Azért, mert ennek a jognak is mindenekelőtt *a páciens jóllétét kell szolgálnia*.

Az alábbiakban a páciens döntése alatt nemcsak a szűkebb értelemben vett döntéseket értjük, vagyis mentális aktusokat, hanem tágabb, gyakorlati értelemben vett döntésekről is szó lesz, pl. aláírás formájában a terapeuta címezve. A páciens cselekvéseinek sajátos típusát alkotják a *páciens-döntések*. A páciens cselekvési és döntési autonómiája általában véve tiszteletet érdemel és tiszteletben tartandó. Azok a konkrét kritériumok, amelyeknek teljesülniük kell ahhoz, hogy *autonóm döntésként* tiszteletben tartsák, mindig *szituációfüggők, és ilyenként vizsgálandók és mérlegetelendők*. Mert ha egy páciens élete egyéb területein kellően autonóm módon cselekszik is, az még nem garantálja medicinális döntéseinek autonómiáját. Például ha más személyek befolyása alatt állt, vagy nem kellően tájékozott, vagy magánkívül van a félelemtől, vagy nagy fájdalmai vannak, akkor aligha képes autonóm döntésre. Ha a páciens végül úgy döntene, ahogyan orvosai észszerűnek tartják, akkor könnyen feltételezhető megfelelő és kielé-

¹⁷⁹ Schöne-Seifert 2007: 40–41.

gító autonómia. Viszont nem konform, vagyis az orvos javaslatával nem egybeeső döntéseknél automatikusan fellép a kétely a páciens negatív döntésében, elutasításában kifejeződő önmeghatározását illetően.¹⁸⁰ Bár az elutasítás lehet érthető és indokolt, ám a páciens konformitásának rendkívül magas manipulálhatósága miatt (más betegek, hozzátartozók, orvosismertősök stb. révén), nem problémamentes. Vagy akár az érintett orvos részéről is felmerül a befolyásolás lehetősége: pl. a hangnem vagy a diagnózis és a javasolt terápia bemutatási módjának finomságai a kétségbeesett betegeknek túl könnyen válhatnak ki megalapozatlan reményeket vagy éppen indokolatlan kétségbeesést. Ezért is fontos *általános, formális követelmények felállítása a páciens döntéseinek létrejöttét* illetően.¹⁸¹ Vagyis Schöne-Seifert a páciens autonómiájának a medicina mindennapjaiban való megfelelő alkalmazásához szükségesnek tartja *az etikai értékelés általánosan orientáló sztenderdjének kidolgozását*. Ezt az igényt részben kielégítik a páciens döntési kompetenciájának meghatározásához használt kritériumok.

1.5. Kielégítő autonómia és a páciens (döntési) kompetenciája

Az autonómiát többnyire *graduális fogalomként* fogják fel. Ennek értelmében a páciens döntései éppúgy, mint a személy döntései élete más területein, önmeghatározóként tiszteletben tartandók. Akkor is, ha az autonómiának nem a maximális, hanem csupán „szubsztanciális”, tehát kielégítő fokát mutatják.¹⁸² Hogy mikor van szó *kielégítő autonómiáról* a gyakorlatban, azt nem lehet csak empirikus adatokkal eldönteni: ez előzetes koncepcionális és normatív döntések függvénye is.¹⁸³

Széles körben osztott vélemény az, amit főleg Faden és Beauchamp fejtett ki és képviselt. Álláspontjuk a tájékozottságon alapuló beleegyezés jogi értelmezésének is megfelel. Eszerint egy páciens kezelésbe való bele-

¹⁸⁰ Uo. 43.

¹⁸¹ A B/III. fejezetben erre részletesen kitérünk.

¹⁸² Faden–Beauchamp 1986: 237.

¹⁸³ Ezt részletesen vizsgáljuk a B/III. fejezetben.

egyezésének vagy elutasításának *több feltételt* kell teljesítenie ahhoz, hogy *kielégítően autonóm* és ezáltal tiszteletben tartandó legyen.¹⁸⁴ Négy feltételt emelnek ki. 1. Tudatos, szándékolt (intencionális) cselekvésnek kell lennie, azaz a beavatkozás a páciens által legitimáltként vagy elutasítottként értenődő és hajtandó végre.¹⁸⁵ Ez a feltétel triviálisnak tűnik: nem szándékolt beleegyezés gyakorlatilag nem fordul elő. Egyedül akkor képzelhető el ilyen eset, ha a páciens vagy a kísérleti személy mentálisan egyáltalán nincs abban a helyzetben, hogy szándékolt kezelési döntést hozzon. De ezt az esetet lefedi a döntési képesség követelménye. Ez egyike a három további előfeltételnek, amelyeknek teljesülniük kell. Ennek megfelelően a páciensnek 2. döntésképesnek vagy döntéskompetensnek kell lennie; 3. annyira tájékozottnak, hogy megérti, miről van szó; 4. döntését más személyek befolyása nélkül kell meghoznia, illetve érvényesítenie. E feltételek teljesülése esetén beszélhetünk a páciens döntési, azaz beleegyezési vagy elutasítási kompetenciájáról.

Az első feltételnek azelőtt kell teljesülnie, mielőtt megindul a döntés egész procedúrája a tájékoztató beszélgetést követően. A páciens döntési képességének és kompetenciájának előfeltétele *fokozatosan* megvalósuló sajátosság, ami *különböző kognitív és emocionális aspektusokból* tevődik össze. Lényeges annak hangsúlyozása, hogy nem csak racionális aspektusai vannak a döntési folyamatnak. A páciensnek képesnek kell lennie a megértésre, a mérlegelésre és a döntéshozatalra, mégpedig az adott problémára vonatkoztatva. *Az adott problémára vonatkoztatva* kell ezt a képességet mint előfeltételt megítélni, miközben a páciens értékelésében előfordulhatnak ingadozások, amit pl. változó állapota idéz elő.¹⁸⁶ A *döntési képesség korlátozottságának* tipikus eseteit találjuk a gyermekeknél, az eszméletlen állapotban lévő betegeknél, a stresszhelyzetben lévő pácienseknél vagy a legkülönfélébb mentális zavarok fennállásakor. Amennyire csak lehetséges, az orvosnak mindent meg kell tennie páciense *döntési*

¹⁸⁴ Vö. Beauchamp–Childress 2001. – Beauchamp és Childress fő művének (*Principles of Biomedical Ethics*) 2001-es, lényegesen átdolgozott kiadása máshová teszi a hangsúlyokat az autonómiafejezetben, mint Faden–Beauchamp 1986-os közös munkája. Vö. ehhez Schöne-Seifert észrevételét: 2007: 43. lábjegyzet.

¹⁸⁵ Schöne-Seifert 2007: 44.

¹⁸⁶ Grisso–Appelbaum 1998.

képességének erősítéséért, pl. a stressz vagy a fájdalom csökkentésével, illetve ajánlatos megvárnia azt a fázist, amikor a páciens döntési képessége megerősödött. Ebben a követelményben az *autonómia magasra értékelése jut kifejezésre*. Ellentétben a pusztán fogcsikorgató elfogadással, amit a páciens vétőjogának az orvos szemében nem megalapozott gyakorlása ki-válthat.¹⁸⁷

A cselekvési autonómia két további előfeltételével kapcsolatban is hangsúlyozandó: nem minden esetben függetlenek egymástól ezek a feltételek. Mert pl. irányító befolyás lehet a páciens szándékos félretájékoztatása. A kielégítően autonóm cselekvőnek, a páciensnek tehát át kell látnia egyfelől beleegyezésének vagy elutasításának jelentőségét, egyúttal az ebből adódó, számára lényeges következményeket, alternatívákat, esélyeket és kockázati tényezőket. Másfelől szabad döntést kell hoznia, amit nem veszélyeztethetnek a nem akart és nem kívánatos külső körülmények sem, mint betegség, fájdalom vagy fenyegető halál, vagy mások félrevezető befolyása.

1.6. Személyes autonómia és döntési autonómia: a páciens intellektuális túlterhelésének veszélye vs. reális kritériumok

Annak meghatározására, hogy mit értsünk döntési autonómia alatt, egyes szerzők az *önkéntség* (Freiwilligkeit, voluntariness) fogalmát alkalmazzák.¹⁸⁸ Ez a fogalom azonban többértelmű.¹⁸⁹ Esetenként olyan tág értelemben fogják fel az önkéntséget, hogy az magába foglalja az intencionalitást, a megértést és a kényszertől, illetve manipulációtól való mentességet is, vagyis minden fent megnevezett feltételt. Ezáltal a döntési autonómia képessége és kompetenciája az autonómia általános fogalmának szinonimája lesz.¹⁹⁰ Gyakran alkalmazzák a szándékosság (Vorsatzlichkeit) és

¹⁸⁷ Schöne-Seifert 2007: 45.

¹⁸⁸ Gutmann 2001: 1–4.

¹⁸⁹ Faden-Beauchamp 1986: 256.

¹⁹⁰ Feinberg 1971: 105.

a külső kontrolltól való mentesség jelentésében is a döntési autonómiát. A kezelésbe való autonóm beleegyezésnek vagy elutasításának a klasszikus bemutatásaiban szükséges és kielégítő feltételként a tájékozottságot, a belátóképességet, a megértést és az önkéntességet kívánják meg a gyakorlatban.¹⁹¹

Amikor egy konkrét kezelési döntés autonómiáját kell megítélni, gyakran vitatott kérdés, hogy vajon arról lenne-e szó, hogy a páciens mint személy egészében véve autonóm. Ebben a vitában¹⁹² először is mértékadó, hogy mit értünk pontosan *személyes autonómia* alatt. Az egyik sokat bírált filozófiai nézet szerint ez a tág értelemben vett autonómia akkor realizálódik, ha egy személy megfelelő kritikai felülvizsgálat után a saját cselekvéseit vezető alapvető kívánságokkal összhangban nyilvánul meg. Ezt az ún. *második szintű alapos megfontolást* (Wohlüberlegtheit) eredetileg Gerald Dworkin és Harry Frankfurt dolgozták ki,¹⁹³ s időnként *autentikusságnak* jelölik.¹⁹⁴ Szabad akarattal, autentikusan akkor cselekszik vagy dönt valaki, ha kritikai reflexiójában (második szint) egyetért azokkal a kívánságokkal és értékelésekkel, amelyek cselekvését vezetik (első szint). Ezáltal visszacsatolható lenne a pontszerű cselekvés autonómiája (a páciens mindenkori *sajátos helyzetéhez* kapcsolódó autonómia) az *egész* személy meggyőződéseihez és értéképpzeteihez. Ilyen értelemben beszélnek *személyes* autonómiáról.

Ennek a modellnek Schöne-Seifert szerint egyik gyengéje a második szintű meggyőződések nem kellő meghatározottsága. Ezeknek ugyanis eleget kellene tenniük bizonyos kritériumoknak ahhoz, hogy autonómiát megalapozóak legyenek. Például annak a kritériumnak, hogy a döntés ne lehessen más személyek manipulációinak eredménye. Ennek az elméletnek a megfelelő kiegészítése¹⁹⁵ után is vitatott marad, hogy vajon az autentikuság ebben az értelemben *legitim követelmény-e a medicinális önmeghatá-*

¹⁹¹ Schöne-Seifert 2007: 46.

¹⁹² Uo.

¹⁹³ Dworkin 1970: 367–383; Frankfurt 1971: 5–20.

¹⁹⁴ Faden–Beauchamp 1986: 262.

¹⁹⁵ Christman 1991; Quante 2002, magyarul: 2010a.

rozás keretében.¹⁹⁶ Faden és Beauchamp¹⁹⁷ ezt teljesen inplauzibilisnek tekintik, mert a reflektáltságnak egy ilyen magas szintű elvárása *intellektuálisan túlzott megterhelést jelentene sok páciens számára*, és jóval túlmegegy azon, amit egyébként az életben valakinek a saját döntéseként tartunk tiszteletben.

A páciens saját medicinális sorsáról való döntésének autonómiáját *realizálható kritériumokhoz* szükséges kötni. Ez az elvárás és követelmény az autonómia szűk és speciális jelentését támogatja, ami a medicinális gyakorlatnak is megfelel. Az ellentétes álláspont¹⁹⁸ viszont már csak azért is elengedhetetlennek tartja a „pontoszerű” döntési autonómiának a fogalmi visszacsatolását a páciens személyes autonómiájához, mert az „izolált” döntési autonómia kritériumai *implicite* eleve olyan képességekre utalnak (pl. értékeket sajátunkká tenni, saját ítéleteket alkotni), amelyek a személyes autonómia jegyeitől és jellemzőitől függenek. Ennek a függőségi tételnek a meggyőző ereje abban a mértékben emelkedik, ahogyan az autentikusságfeltétel gyengül. Michael Quante egyfajta áthidaló megoldásként azt az álláspontot képviseli, hogy a páciens önmeghatározásakor nincs szükség helytálló élettervre és a saját meggyőződéseivel való azonosulás képességének aktív gyakorlására. Kielégítő lehet az előzetes reflexív „stabilitás vagy koherencia az értékekben”. Ez a javaslat védi a páciens az intellektuális túlterhelés veszélyétől, anélkül hogy a páciens autonómiára való jogát csorbítaná. Egyúttal közelíteni kívánja ezt a jogot a reális megvalósítási körülményekhez, nemcsak a medicinális gyakorlatot szem előtt tartva, hanem a szubjektív körülményeket is, így pl. a páciens állapotának intellektuális terhelhetőségét és ennek határait.¹⁹⁹

¹⁹⁶ Schöne-Seifert 2007: 47.

¹⁹⁷ Faden–Beauchamp 1986: 262. Hasonlóan foglalnak állást Beauchamp–Childress 2001: 58.

¹⁹⁸ Vö. Quante 2002: 178.

¹⁹⁹ Vö. magyarul: Quante 2010a: 133–134.

1.7. Az orvos szerepe

A fenti megfontolásokkal összefüggő további kérdés, hogy vajon a meggyőződéseik kritikai felülvizsgálatának képességével és koherens értékrendszerrel rendelkező pácienseknek ténylegesen gyakorolniuk kell-e ezeket a képességeket ahhoz, hogy döntést hozóként megillessen őket a tisztelet. A realizált döntési autentikusságnak ez a követelménye ugyanis ellentmondana annak, hogy *az orvosok végső soron nem azért felelősek, hogy megvédjék pácienseiket szubjektív inkoherens döntéseiktől.*²⁰⁰ Ez a modern orvosi etika egyik sarkalatos állítása. Ugyanakkor, tanácsolja Schöne-Seifert, az orvosoknak bizalmatlannak kell lenniük olyan döntésekkel szemben, amelyek a páciens szubjektív értékmércéjén mérve világosan kiesnek a nála megszokott keretekből. Sok orvos nyugtalanító tapasztalata, hogy belátóképes és értelmes páciensek is adott esetben hozhatnak olyan döntéseket, amelyek „irracionálisak”. *Irracionális* lehet az ismeretlen vagy a távoli jövőbe eső kockázatok lebecsülése vagy figyelmen kívül hagyása, vagy a rövid távú fájdalom vagy szenvedés negatív oldalának túlbecsülése. Ez példa arra is, hogy *bizonytalansági tényezők egyre növekvő mértékben részei a modern medicina mindennapjainak.*

1.8. További autonómiafeltételek

A személyes önmeghatározás koncepciója magába foglalja a *tévedésre vagy a spontán döntésekre való jogot* is, továbbá megtiltja a kiskorúsító külső ellenőrzést (az erős paternalizmust) egy döntés helyessége és a döntést hozó értékei fölött. Az elvi kérdéseken túl itt arról is szó van, hogy hogyan lehet megfelelni a medicinában a *pontszerű autentikusság*-követelménynek.²⁰¹ A páciens döntése hitelességének kérdése az orvosi etika egyik érzékeny pontja.²⁰² Vita tárgya az az *ex post* kritérium, amely akkor tesztelhető, amikor már ismerjük a döntés tartalmát és ennek autentikussága

²⁰⁰ Schöne-Seifert 2007: 39–50.

²⁰¹ Uo. 49.

²⁰² Ezzel ennek a fejezetnek egy további alfejezetében (B/III. 3.) behatóan foglalkozunk.

kétséges. A további autonómiafeltételek – a döntési képesség és a tájékozottság mint a megértés előfeltételei, valamint az irányító külső befolyástól való mentesség – *ex ante* feltételek. Azt, hogy teljesülnek-e ezek, meg lehet vizsgálni azelőtt, mielőtt a páciens megfogalmazza döntését. Pontosan ezen a különbségen alapul egy komolyan veendő kifogás az autentikusság követelményével szemben. Ez a követelmény ugyanis a páciens nehezen ellenőrizhető kiskorúsítására ösztönözhet, mivel éppen a páciens nem szokásos vagy kérdésesnek tűnő döntését elutasítja azzal, hogy inautentikus. Elméletileg viszont kínálkozik egy stratégia arra, hogy látszólag inkoherens döntéseket magával a pácienssel újra és részletesen megvitassunk, s őt kritikus reflexióra buzdítsuk, ám ezek után a döntése felülvizsgálatával vagy anélkül, de mindenképpen el kell fogadnunk a döntését.²⁰³ Hogy ez a stratégia *de facto* mégis jelent-e kiskorúsítást, az attól függ, hogyan észleli a páciens az orvosa kérdéseit és hogyan válaszol azokra. Faden és Beauchamp amellet foglalnak állást ajánlásukban, amely a páciensnek az orvossal folytatott beszélgetésben történő megfelelő tájékoztatását célozza meg, hogy a beszélgetéseknek mind az orvos, mind a páciens számára egy közösen „osztott egyetértést” kell eredményezniük arról, hogy mi motiválja a páciens a döntésben.²⁰⁴ Egy ilyen közös egyetértésnek a jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. Elvégre a páciens tájékoztatáson alapuló döntése szerződésként²⁰⁵ is értelmezhető, aminél fontos, hogy a felek a szerződés lényeges részeiben egyetértsenek.²⁰⁶

²⁰³ Brock–Wartmann 1990: 1595–1599.

²⁰⁴ Faden–Beauchamp 1986: 307.

²⁰⁵ Ez megfelel a szerződésmodell elvárásainak is, amit az A/6. fejezetben tárgyaltunk.

²⁰⁶ Faden–Beauchamp 1986: 301. Idézi Schöne-Seifert 2007: 50.

II/2. A páciens autonómiájának érvényesítése az élő végrendeletben

A „medicinális önmeghatározás” alá nemcsak a tervezett beavatkozásokról való döntések vagy a betegség közlésével kapcsolatos döntések (itt felmerül a nem tudás joga) tartoznak,²⁰⁷ hanem a *jövőbeli kezelési intézkedésekről hozott előzetes döntések* is. Itt egy személynek/páciensnek előzetes lépéséről van szó arra az esetre, amikor már nem lesz döntésképes, s ezért a terápiairól való döntéseket az ő aktuális egyetértése nélkül kell majd meghozni.²⁰⁸

Ilyen előzetes rendelkezéseket, élő végrendeleteket először az USA-ban hoztak az 1960-as évektől, a páciens írásbeli útmutatása formájában. Az ilyen rendelkezés rendszerint az orvosi intézkedésekről való előzetes lemondást jelent, bár elvileg lehetséges a további kezeléshez való ragaszkodásról is előzetes rendelkezést hozni. Ez a rendelkezés a páciens egyfajta „*élő végakarata*”, mert azt határozza meg, mi történjék vele, amikor még él, de az orvosi döntésekben való részvételre már nem képes. Ez nem azonos a dologi-tárgyi javakból álló vagyona-ra vonatkozó *végrendeletével*, amelyben ennek öröklését kívánja szabályozni. Az orvosi kezelésekre irányuló előzetes rendelkezéseket nevezhetjük „*élő végrendelet*”-nek: a magyar jogi nyelvben ez a formula használatos.

Az élő végrendelet-mozgalom alapvetően arról szól, hogy ezekben a kérdésekben ne az orvos döntsön egyedül.

Az orvosi kezelésekre vonatkozó élő végrendeletek megítélésében *el-térő* dolgokat és szempontokat vesznek figyelembe. Lehet olyan beavatkozásokról szó, amelyek az egyébként is visszafordíthatatlan haldoklást csak meghosszabbítanak. Vagy lehet szó életfenntartó intézkedések megszaki-

²⁰⁷ A nem tudás jogához: Hildt 2006: 250–254.

²⁰⁸ Schöne-Seifert 2007: 60.

tásáról tartós eszméletvesztés, súlyos demencia vagy szignifikánsan korlátozott belátóképességgel megterhelt életminőség esetén. Ha igaz az, hogy az életminőségről való ítéletek nagymértékben szubjektív természetűek és éppen erről a szubjektív perspektíváról kell hogy szó legyen az élő végrendeletben, akkor egyetlen lehetőségként az marad, hogy az ilyen ítéleteket *anticipálóan kell érvényesíteni*. A nem saját vagy idegen meghatározással, vagy a defenzív, apparátusorvoslással²⁰⁹ szembeni averziók miatt, és az ebben az összefüggésben fellépő aggodásból egyre többen akarják magukat ilyen módon bebiztosítani. Egy előzetesen megalkotott ítélet azonban egy sor problémát vet föl, amelyeket gyakran érvként használnak fel az előzetes rendelkezés/élő végrendelet kötelező erejével szemben.

Az első ellenérv azokra a nehézségekre való jogos utalás, hogy a szándékolt kezelésmegszakítás feltételeit átfogóan és pontosan meg kell nevezni ahhoz, hogy az orvos az élő végrendeletből mindig megbízhatóan kivehesse azt, ami megállja a helyét az adott konkrét helyzetben. Ám a valóságban ez sokszor nem így van.²¹⁰ Az olyan tipikus és gyakran használt megfogalmazások, mint „az intenzív orvosi kezelésről való lemondás gyógyíthatatlan betegség esetén”, vagy „a méltó halál lehetővé tétele” ugyanis túl tág értelmezési keretet engednek meg. Ugyanakkor minden releváns konstelláció felsorolása pl. a rendelkezéshez csatolt listán nem praktikus Schöne-Seifert szerint. Ez viszont nem így van az USA-ban, ahol formanyomtatványokat használnak éppen erre a célra. Ebből a nehézségből kivezető útként dolgozták ki a betegségekkel kapcsolatos kérdésekben teljes körű felhatalmazással rendelkező *képviselő/helyettesítő előzetes megnevezését*. A felhatalmazott képviselő a páciens belátási képességének elvesztése esetén „helyettesítendő” őt. Lehet hozzátartozó vagy barát, háziorvos vagy lelki gondozó, de mindenképpen olyan személynek kell lennie, aki ismeri a páciens kívánságait és elképzeléseit, és szükség esetén megfelelő konkrét döntéseket tud hozni a páciens orvosi ellátásáról. Az előzetes rendelkezésnek/élő végrendeletnek ez a formája egy évtizeddel az USA-ban történt bevezetése után Németországban is széles körben elterjedt, jóllehet hatókörének és kötelező ereje előfeltételeinek részletei még vitatottak.

²⁰⁹ Vö. Sass 1989, 2006: 8.

²¹⁰ Schöne-Seifert 2007: 61.

Ugyancsak vitatott a páciens orvosi kezelésekre irányuló élő végrendeletének tartalma.²¹¹ Empirikus adatok szerint a páciensnek az USA-ban törvényesen biztosított önmeghatározásának az erősítése az élő végrendelettel meglehetősen hiányosan valósul meg.²¹² Németországban ennél jobb a helyzet.

A két, egymással is kombinálható élő végrendelet (a kezelésekre, valamint a képviselőre/helyettesítőre vonatkozó előzetes rendelkezés) korlátlan érvényességi területének, hatókörének és kötelező erejének kritikusai azt hozzák fel, hogy egy páciens soha nem tudhatja előre, milyen szubjektív értéke lehet később akár még nyomorult életének is.²¹³ Ezért elképzelhető, hogy az érintett majd akut esetben átalakítaná saját előzetes rendelkezését, ha még megtehetné. Emiatt kétséges esetben fenntartandó a páciens élete akkor is, ha a végakarata és felhatalmazott helyettesítőjének szavazata ellenkezik ezzel. Az élő végrendeletek kötelező ereje csak a kezelhetetlen vagy az irreverzibilisen halálhoz vezető betegségekre vonatkozna. Kézenfekvő kifogás ezzel az állásponttal szemben a megelőző felvilágosítás szükségességének hangsúlyozása: a felvilágosítás során beszélni kell azokról a nehézségekről, amelyek a későbbi betegségek előzetesen történő értékelésével és a prognosztizálhatóság összetett körülményeivel függnek össze. Megfelelő tájékoztatás alapján mindenkinek rendelkeznie kell azzal a joggal, hogy megvalósítási erejét tekintve *megbízható rendelkezést hozzon*.

Az előzetes rendelkezések szószólói szerint prognosztikus bizonytalansági tényezők éppúgy beszámítandók ezekbe a döntésekbe, mint az orvoslásba egyébként is. Az anticipáló rendelkezéseket ezeknek a nehézségeknek a tudatában alkalmazzák vagy éppen elhagyják. Az élő végrendeletek nem követése, ahelyett hogy gyakorlati vonatkozásban javítanánk őket, *vissza-vezetne az erős orvosi paternalizmushoz* a medicina gyakorlatában – figyelmeztetnek az élő végrendelet hívei.

²¹¹ Vö. Lipp 2005; May 2000. Különösen kritikus az enquête-bizottság állásfoglalása (2005). Németországban 2003-ban kezdődött nyilvános vita a páciensrendelkezések törvényes szabályozásáról.

²¹² Fagerlin-Schneider 2004: 30–42.

²¹³ Schöne-Seifert 2007: 62.

II/3. Autonómia és személyes identitás

3.1. Élő végrendelet és személyes identitás

A fenti összefüggésekben felmerül a *személyes identitás* filozófiai kérdése. Egyrészt azon páciensre vonatkozva, aki még egészsége birtokában hozott élő végrendeletet a későbbi orvosi kezelésekről és az őt majd helyettesítő-ről, másrészt azon későbbi páciensre vonatkozva, akire ezt a rendelkezést ténylegesen alkalmazni kell, amikor tartós kóma vagy súlyos demencia állapotába kerül. Ahogyan már Buchanan és Brock meggyőzően érveltek, egy ilyen identitás feltételezése az egészséges és a beteg személy között problematikus, amennyiben a *pszichikus kontinuitást* szükséges előfeltételnek vesszük.²¹⁴ Mivel azonban a korábbi és későbbi páciens közötti érdekkonfliktus valószínűsége csekély, a személyes-pszichikus diszkontinuitás fellépésének feltételezése nem döntő érv az élő végrendelet kötelező erejével szemben.²¹⁵ Egyedül az a ritkán elgondolható eset problematikus, amikor egy páciens az életfenntartás minden formájáról való lemondásról rendelkezett arra a későbbi lehetséges esetre, ha majd kognitív képességeinek komoly és irreverzibilis károsodásában szenved, ám ebben a bekövetkezett állapotában később mégis nagyon életvidámnak tűnik. Ha ez a korábbival már nem azonos²¹⁶ páciens szellemileg leépült, de egyébként egészséges és nyilvánvaló életakarással rendelkezik, akkor pl. tüdőgyulladás miatti kezelése az ő szemében paternalisztikus beavatkozás lenne, és

²¹⁴ Uo. 63.

²¹⁵ Buchanan–Brock 1989.

²¹⁶ Általában felmerül a határ meghúzásának problémája és a kérdés: mennyi pszichikus kontinuitást követel a személyes identitás?

így ütközne előzetes rendelkezésével, élő végrendeletével, azaz autonómiájának ezzel a formájával.

Más szerzők ellentétes nézetre jutnak. Az élő végrendeletnek lehet kötelező ereje az említett példa esetén is. Ennek megalapozására egy további identitásfogalmat, a biográfiai/életrajzi identitást vezette be Michael Quante.²¹⁷ Van olyan szerző, aki a magasabb szintű preferenciák morális autoritásával érvel, ahogyan ez csak megőrzött szellemi kompetencia állapotában áll fenn. Ha tehát valaki kifejezetten úgy rendelkezik, hogy egy későbbi döntésképtelenség helyzetében a nyilvánvaló életakarás nem tekinthető visszahívási vagy érvénytelenítési kritériumnak, akkor az kötelezőként akceptálandó.²¹⁸ Ennek az Odüsszeusz-szerződésnek is tekinthető speciális esetnek a nehézségei azonban nem érvénytelenítik az élő végrendeletek általános morális autoritását.²¹⁹ Az *Odüsszeusz-szerződés* itt a következőt jelenti: Odüsszeusz megparancsolja társainak, hogy kötözzék a hajója árbocához, és ezután egyetlen olyan kérését se teljesítsék, ami arra irányul, hogy oldozzák el. Ezek az óvintézkedések a szirének csábító énekének való ellenállást szolgálják. Vagyis saját kívánságára korlátozzák szabadságát azért, hogy biztosítva legyen a túlélése. Lehet, hogy magatartása a szirének énekének konkrét szituációjában nem önkéntes, mert akkor inkább megszabadulna a kötelektől. De mivel szabadságát saját, előzetesen kinyilvánított kívánsága szerint korlátozzák, ezért ez megfelel a saját élet alakítása céljának.

3.2. A személyes identitás irrelevanciája a modern orvosi etikában

A személyes identitás bioetikailag releváns témaköre az autonómia tágabb koncepcióján alapul. A modern orvosi etikában viszont marginális szerepet kap, ami elméletileg összhangban van az autonómia azon szűk jelentésével, amit a biomedicinális etikában elfogadnak. A rendkívül specializálódott és

²¹⁷ Quante 2002: 168, magyarul: 2010a: 251.

²¹⁸ Vö. National Ethikrat, 2005.

²¹⁹ Schöne-Seifert 2007: 64.

technicizálódott orvoslás napi körülményei között a páciensre mint saját biográfiával, sajátos életkörülményekkel, egyéni élettervvel rendelkező személyre tekinteni és ekként kezelni – erre nemcsak hogy idő nincs, hanem sokak szerint szükség sincs. Legalábbis az orvoslás technizált és elszemélytelenedett feltételei között. Ám a német közvélemény, valamint teológusok, részben filozófusok egy része nem tartja ezt magától értetődőnek. Pl. az említett „etikai diagnózis” követelménye, aminek tárgya a páciens mint személy a maga életkörülményeivel és teljes személylétével, világosan kifejezésre juttatja ezt.²²⁰ A személylét teljességének, minden releváns aspektusának elismerésére és tiszteletére irányuló társadalmi igény jut kifejezésre az életminőség és az élet szentsége körüli vitákban, amelyeket a kortárs német orvosi etika is tárgyává tett.

²²⁰ Lásd ehhez ennek a könyvnek a B/III. fejezetét.

II/4. Az élet minősége – a páciens autonómiájának biomedicinális perspektívájában

4.1. Életminőség

*Életminőségen egy személy átfogó értelemben vett jóllétét (Wohlbefinden) értjük. Ez egy komplex koncepció a bioetikában, amely átfogó és alapvető normatív kérdéseket fejt ki a természetre, a boldogság jelentésére, a jóllét szubjektivitására és objektivitására, az önmeghatározás határaitra és az el-látási, illetve gondozási kötelességre vonatkozóan. Ám az orvosok és a pá-ciensek a medicina mindennapjaiban alig foglalkoznak az életminőség megítélésének értékeivel, módszereivel, határaival medicinális döntések kontextusában.*²²¹ Ez a fejlemény a modern medicina deficitjének tekinthe-tő. Ugyanakkor az életminőség sokrétű összetevőinek figyelembevételére irányuló igény rendkívüli kihívás elé állítaná a modern orvoslás összes érintettjét.

Térjünk ki néhány megfontolásra, amelyek rávilágítanak e kérdéskör roppant bonyolult jellegére!

*Joggal vethető az orvosok szemére, hogy ítéletük túlzottan az objekti-válható testi betegségekre támaszkodik, sőt szinte csak erre redukálódik: ki-zárólag az objektiválható testi betegség aspektusából mérlegelik a várható haszon vagy kár összetevőit. Ezzel szemben nem kerül be az orvosi értéke-lésbe a „szubjektív betegség”, aminek pszichikus és társadalmi dimenziói vannak, és az ún. objektív adatokkal sokszor alig korrelál.*²²²

Ugyanakkor az erre a gyakorlatra irányuló kritikák és javaslatok is prob-lematikusak. Különböző követelményeket állítanak fel metafizikai, külö-

²²¹ Schölmerich–Thews 1990.

²²² Schöne-Seifert 2007: 65.

nösen vallási aspektusoknak a figyelembevételére.²²³ Még ha fontos is lehet ez valakinek személyesen az életminősége számára, legalább annyira homályos az, hogy miként kellene és lehetne pl. a beteg vallásosságának relevánsnak lennie konkrét medicinális döntések számára. Schöne-Seifert szerint inkább *a betegséggel való pszichikai érintkezés különböző aspektusaihoz* kapcsolódva lenne érdemes megragadni ezt a problematikát.

A holisztikus és páciensközpontú medicinának a követelése inspirálta jelentős mértékben a modern klinikai, betegségre vonatkoztatott életminőség-kutatást.²²⁴

4.2. Az életminőség-kutatás nehézségei

Az *életminőség-kutatás* módszertani és normatív nehézségekkel szembesül. Az többnyire nem vitatott, hogy az életminőség megítélését maguknak a belátóképességgel rendelkező pácienseknek kell elvégezni. Különböző listákat és kérdőíveket fejlesztettek ki erre a célra.²²⁵ A listák és kérdőívek kitöltése után azonban felmerül a kérdés, amit többek között Raspe tett fel: hogy lehet ezt a szétszabdalt többdimenziósságot ismét egyetlen átfogó egészé összehozni anélkül, hogy paternalisztikus külső ítéletek is belekerülnének az összegző értékelésbe? Rendkívül bonyolult maga a probléma is. Mert lehet valaki „működőképes”, de kapcsolataiban elszigetelt, egy másik páciens lehet halálos beteg, ám mégis derűs és kommunikatív. Két páciens pontosan ugyanazzal a lelettel szubjektíve igen különböző mértékben szenvedhet: az egyik beteg, aki korábban fel akarta adni, betegsége és az ebből eredő korlátok ellenére később mégis jobban érzi magát, mint a másik. Lehetséges-e egyáltalán az életminőség általános megítélése, értelmes-e és legitim-e erre törekedni? Úgy tűnik, hogy mindenekelőtt *döntési kontextusról* van szó. Ahol egy fennálló vagy várható megterhelésről való tájékoztatást relevánsnak és fontosnak tartanak a beavatkozásról szóló döntésre nézve, ott a nem paternalista orvos számára *a páciensnek az*

²²³ Raspe 1990: 35.

²²⁴ Raspe 1990: 23–40.

²²⁵ Schölmerich–Thews 1990, Melléklet, ill. Beaucamps–Childress 2001: 206.

összítélete számít. Tájékozódó támogatást nyújthatnak olyan adatok, amelyek korábbi páciensek hasonló élethelyzeteire való reagálásairól (pl. hozzászokási hatásokról) informálnak.²²⁶ Ezeket az információkat érdemes a páciens rendelkezésére bocsátani. Az ilyen adatok megismerése segíthet a megterhelő terápiára és általában a kezelésekre irányuló anticipáló személyes döntéseknél. Ahol viszont az alternatív beavatkozások statisztikai összehasonlításáról van szó (pl. medicinális sztenderdek megállapításakor vagy allokációs döntéseknél), ott az összehasonlítások alternatív nyereség/teher értékeléseit közös nevezőre kell hozni a megbízható összehasonlítás céljára. Ugyanez érvényes a helyettesítésről szükségessé váló döntésre – pl. némely pszichés betegnél és értelmi fogyatékosággal élők-nél.²²⁷ Az összehasonlítás a megbízhatóság mellett megfelelő átláthatóságot is megkövetel.

Az életminőségi ítéletek heterogenitására való tekintettel némelyek a fogalom kerülése mellett állnak ki (pl. Raspe), mások többes számban és idézőjelben való alkalmazása mellett érvelnek. E nézetkülönbségek ellenére minden esetben jót tesz az állandó emlékeztetés *az életminőség medicinális fogalmának hiányos élességére és kétséges objektivitására*.

Különösen problematikusak a helyettesítői döntések az életminőségről a belátási képességgel nem rendelkező súlyos betegek-nél, pl. a terápiáról való lemondás esetében, ami a páciens számára egyenlő a halállal. Az a kérdés, hogy milyen mércének kellene alávetni az ilyen ítéleteket, különös jelentőséget kap a téves és/vagy visszaélésre lehetőséget adó ítéletek vonatkozásában. Minél komolyabban lehet attól tartani, hogy egy társadalomban némely orvos a páciens vélhető vagy jól értett érdeke ellen dönt (történjen ez együttérzésből, anyagi indítékokból, kényelemből, közömbösségből vagy az embert lenéző ideológiai alapon), annál inkább restriktívebb kell hogy legyen a képviselői/helyettesítői álláspont megítélésének mércéje.²²⁸

²²⁶ Schöne-Seifert 2007: 66.

²²⁷ Helmchen 1990: 72–89.

²²⁸ Schöne-Seifert 2007: 67.

4.3. „Vélelmezhető akarat”: az élő végrendelet formulája az életminőség kritériumainak bevonására

A német jog mércéként a „*vélelmezhető akarat*” (mutmasslicher Wille, substituted judgment) formuláját dolgozta ki.²²⁹ Arról az akaratról van itt szó, amit a „páciens minden körülmény objektív megítélésekor kinyilvánított volna, ha dönthetett volna és ezt a döntést kinyilváníthatta volna”.²³⁰ Már a definícióban is mutatkoznak nehézségek, mint pl. a páciens akarata és az „objektív” külső ítélet összekeverésének problémája, valamint a betegség körülményei (pl. demencia) révén megváltozott preferenciák kérdésköre.²³¹ Az utóbbi időben a jogalkotás és a medicinális kommentárok is²³² szigorúbb megkülönböztetésre törekszenek *a*) a ténylegesen tájékozott anticipáló akarat (előzetes rendelkezés, élő végrendelet); *b*) a páciens hipotetikus akaratáról való vélelem (vélelmezhető akarat) és *c*) a páciens jól felfogott érdeke (medicinális mérlegelés) között.

Ez a különbségtétel nem új, bírósági döntésekben régóta szerepel s minden sztenderd bioetikakönyv tartalmazza.

Mivel az *élő végrendeletet* a páciens autonómiája meghosszabbított karjaként értjük és ezzel azonos jelentésűnek vesszük, ezért egyértelmű, hogy *kötelező erejűnek tekintendő*. Ezzel szemben *egy pusztán vélelmezhető akaratot* evidenciáinak mértéke szerint kell elfogadni és a gyakorlatban követni, vagy pedig *csak támpontnak venni*, s közben tényleges útmutató-sok hiányában *az orvosnak a páciens jól felfogott érdekét kell követnie*. Ebben az esetben az orvosnak *bele kell helyezkednie a páciens helyzetébe, ugyanakkor általános „objektív” értékmérők alapján kell annak érdekeiről ítélni*. Ennek a lépésnek átláthatóan kell történnie, de *nem a páciens nevében, hanem medicinális megfontolások és mérlegelések alapján*. Így a konkuráló mércék (a páciens önmeghatározása, helyettesítése, a vélelmezett akarat, a páciens jólléte) közötti zűrzavar letisztulhat, s csak a páciens szubjektív akaratának (lefokozott evidenciájú) mércéje (az élő végrendeletben)

²²⁹ Vö. 1997-es egészségügyi törvény.

²³⁰ Laufs 1993: 116.

²³¹ Merkel 1999: 502–511.

²³² Beauchamp–Childress 2001: 98; Buchanan–Brock 1989; Schöch 1995: 153–157.

vagy (a vélelmezhető akarat esetében) az „objektív legjobb érdekek” mérceje maradna a medicinális cselekvések orientációs pontja.²³³

A sztenderd szakirodalmi megoldás a következő: ha nem lehet kideríteni a beteg értékrendjét (mert nem volt neki ilyen, mert pl. súlyos értelmi fogyatékossgal élő volt egész életében vagy súlyosan fogyatékos újszülött), akkor az orvosilag legjobb érdek sztenderdje szerint kell helyette dönteni. Ha viszont kideríthető az értékrendje, mert írt élő végrendeletet, akkor azt kell betartani. Ha meg lehet ismerni az értékrendjét, de azt nem, hogy az adott helyzetben hogyan cselekedne, akkor az általa megnevezett meghatalmazott személy hoz helyettesítési döntést, vagyis az a személy, aki jól ismeri a beteg értékrendjét. A törvényes képviselő vagy tartós meghatalmazott, aki a helyettesítési döntést hozza, előzetesen megpróbálja rekonstruálni, hogyan cselekedne a beteg, ha egy pillanatra eszméletre térne, s mindazon tényeket ismerné, amelyeket jelen helyzetben a helyettesítő ismer. Vagyis a tartós meghatalmazott/képviselő nem a saját döntését hozza meg a saját értékrendje alapján, hanem a helyettesített döntési elvei szerint megpróbálja rekonstruálni azt, hogy mi lenne a páciens döntése értékrendjének alapos ismeretében. A páciens ismerő, megfelelően kiválasztott tartós meghatalmazott ezt el tudja végezni (pl. egy férj a felesége helyett, egy nagykorú gyerek a szülő helyett stb.).

4.4. Az életminőség saját és idegen megítélése

Az „objektív érdekek” tartalmi értelmezése körüli notórius nézetkülönbségek miatt egyre többen a döntési instancia előrelátó rögzítése mellett állnak ki – mégpedig jó okkal.²³⁴ Példa erre az érvényes gondozási jog Németországban. Az olyan esetekben, amikor a páciens nem hatalmazott fel senkit képviselőre és helyettesítésére, törvényesen jelölnek ki képviselőt. De éppen nem a kezelőorvosok közül, akik gyakran idegenek, és potenciálisan szakmai vakságban szenvednek, hanem a legközelebbi hozzátartozók, vagy a kirendelt hivatásos gondozók, vagy etikai bizottságok lehetnek az alter-

²³³ Schöne-Seifert 2007: 68.

²³⁴ Beauchamp–Childress 2001: 98; Hasting Center, 1987: 16; Veatch 1993: 1–20.

natívák. Ezeknek a szavazata csak akkor kérdőjelezhető meg, ha érdekkonfliktusok, hiányos informáltság vagy a hozzátartozóknál nyilvánvaló elidegenedés gyanúja áll fenn. Ezekben az esetekben, miként más orvosi etikai kérdésekben, több empirikus adatra van szükség a páciens „objektív” érdekeinek értékeléséhez azért, hogy az adott eset kezelésére lehetőleg jó szabályozást és intézkedéseket hozzanak.

Az életminőség idegen megítéléséről egy egészen más összefüggésben is szó van: öröklött betegségeknek vagy fogyatékosságoknak a születés előtti, technikailag lehetővé vált szelekciója összefüggésében. A preimplantációs diagnosztika (PID) és a preimplantációs genetikai diagnosztika (PGD) révén az embrió beültetése előtt végzett szelekció, illetve a prenatális diagnosztika (PND) utáni terhességmegszakítás körül rendkívül éles vita zajlik arról, hogy ha igen, akkor milyen módon implikálja az embriók megsemmisítése a fogyatékosok élethez való jogának a tagadását²³⁵ vagy méltóságuknak a lenézését.²³⁶ Valóban vannak olyan betegségek, amelyek egy jövőbeli gyermeknek rövid és gyötrelmekkel teli életet jelentenének, ezért sokak szerint anticipált együttérzésből terhességmegszakítást lehet, sőt kell végezni. A legtöbb „szelektív” terhességmegszakítást azonban nem a várható súlyos fogyatékoságok miatt végzik, nem azért, hogy a meg nem születettnek jó okkal megspórolják a gyötrelmekkel teli rövid életet. Inkább a szülők érdekeinek való megfelelés játszik szerepet a terhességmegszakítások többségében: az, hogy ne jöjjön a világra súlyosan fogyatékos, a szülőket megterhelő gyerek.

Az, aki elsősorban amiatt ismeri el a szülőknek az ilyen szelekciós jogát, mert a meg nem születetteknek általában véve nem tulajdonít semmiféle élethez való jogot, ezzel még nem implikálja az élő fogyatékosok diszkriminálását – így érvel az egyik oldal.²³⁷ A másik oldal szerint a szelekciós módszerek a drasztikus eszközöknek más helyzetekben való bevetetőségét, rendszeressé tételét is jelenthetik – ugyanarra a célra.²³⁸ Valójában azonban a PID és a PND diagnosztika utáni terhességmegszakítás melletti érvelés csak a logikai „gátszakadás” ellen irányul, s nem ennek empirikus, tényleges változatai ellen, hangsúlyozza Schöne-Seifert.

²³⁵ Schöne-Seifert 2007: 69.

²³⁶ Kinsauer Manifest, 1992: 171–176, valamint Parens–Asch 2000.

²³⁷ Schöne-Seifert–Krüger 1993; Dworkin 1993.

²³⁸ Birnbacher 2000: 457–471.

II/5. Az élet szentsége – a páciens autonómiájának biomedicinális perspektívájában

5.1. Az élet védelmének parancsa és az orvosi hivatás

Sokak számára egy emberi élet soha nem válhat megölésének, meghalni hagyásának vagy születés előtti megsemmisítésének a megalapozójává. Azok, akik ezt vallják, az életminőség álláspontjával szemben az *élet szentsége* mellett állnak ki.²³⁹ Az élet szentségével gyakran érvelnek orvosi etikai vitákban is. Evidens, hogy mi emberek az emberi életnek rendkívül magas értéket tulajdonítunk.²⁴⁰ Ez az érték az élethez való jog, a testi integritás és a test elidegeníthetlenségének joga mellett foglal helyet. Ezek a jogok a világ jelentős részében alapjogi, illetve emberi jogi státusszal rendelkeznek. Ez a különleges érték azon hatalmas erőfeszítések mellett szól, amelyek az orvosi hivatást gyakorlók az emberi élet megmentése érdekében vesznek magukra.

Az orvosi etika legnehezebb és legkeservesebb vitáiban éppen az élet védelmének parancsa alóli *kivételek megengedhetőségéről* van szó – így a terhességmegszakításról vagy a halálba segítésről (Sterbehilfe).

Az életre vonatkozó ritka szigorú sérthetlenségi (Unverfügbarkeit) tétel szerint *minden emberi élet önmagában véve értékes, függetlenül fejlettségi stádiumától, szubjektív vagy objektív minőségétől*. Még a passzív halálba segítséget sem lehetne konzekvensen igazolni, legfeljebb azzal, hogy meghatározott körülmények között, pl. a már irreverzibilis haldoklási folyamat alatt Isten és/vagy a természet elleni véték lenne az érintettnek medicinális eszközökkel történő életben tartása. Jellemző, hogy az élet

²³⁹ Kuhse 1987.

²⁴⁰ Schöne-Seifert 2007: 70.

szentségét mindenek fölé helyező álláspont körüli vitában nem merül fel az alapvető érvek sorában „a haldokló elleni vétek lenne” érve.

5.2. Az élet szentsége melletti érvelés néhány vitatott kérdése

A fenti érvelés egyrészt azért problematikus, mert szükség van egy olyan alapjegy vagy jelleg megadására, ami a természetet a nem természetestől, az Istentől akartat az Istentől nem akarttól megkülönbözteti. Ugyanakkor minden orvosi beavatkozás a természet ellen irányul.²⁴¹ Az élet szentségét szigorúan értő álláspont ily módon *nem ad teret az önmeghatározási jognak és az autonómiának az életfenntartás kérdéseiben.*

*Az orvosi etikában többnyire egy korlátozott sérthetlenségi (Unverfügbarkeit) nézetet képviselnek a szóban forgó álláspont hívei, ahogyan ezt a terhességmegszakítás és a halálba segítés restriktív megítélései mutatják.*²⁴² Eszerint az emberi élet sérthetlensége megtiltja ennek befejezését minden formában. Egyúttal hangsúlyozzák, hogy az emberi élet értéke nem kvantifikálható.²⁴³ A meghalni hagyást viszont *megengedik, ha 1. a páciens kifejezett kívánságára történik, ha 2. a többé már nem ítélőképes páciensre semmi más, csak gyötrelmes fájdalmak várnának.* A kritikusok úgy érvelnek, hogy az élet nem önmagában véve értékes, hanem mindig meghatározott, ám kétségtelenül szubjektív feltételek között van értéke. Ezért a teológiai vonatkozási kereteken kívül megalapozatlannak és inkohereusnak tartják a szigorú sérthetlenségi (Unverfügbarkeit) álláspontot.

E teológiai nézet kritikusaiknak táborán belül morálisan megengedhetőnek tekintik a meghalni hagyást, illetve emberek halálba segítését különböző restriktív keretfeltételek között:

- a) a halálos beteg kifejezett és hiteles meghalni akarása esetén;
- b) nem ítélőképes (nem belátóképes) halálos beteg rendkívül gyötrelmes fájdalmai esetén;

²⁴¹ Bayertz 2004.

²⁴² Schöne-Seifert 2007: 71.

²⁴³ Részben Kantra támaszkodva érvelnek: az emberi élet „egyáltalán nem mérhető érték kategóriákban”. Vö. Grewel 1993: 77.

- c) hiányzó érzésképeség esetén (pl. korai embrióállapotban vagy tartósan kómában lévő páciensnél).²⁴⁴

Ezen álláspont képviselői gyakran erősen korlátozzák a megengedhetőségi határokat lehetséges másodlagos károk mint pl. visszaélés vagy a visszaéléstől való félelem miatt.²⁴⁵

Az élet szentsége körüli „hitvitákkal” kapcsolatos részletes szembenézést tett közzé a jogász és filozófus *Ronald Dworkin*.²⁴⁶ A kibékíthetetlen ellentétekkel teli vitát nem arról a kérdéstről folytatott disputának tekinti, hogy vajon tartós eszméletvesztés esetén hogyan veszítheti el a tudatát az embrió, ha soha nem is rendelkezett azzal. Azt a kérdést sem vizsgálja, hogy ezek az embriók vagy páciensek érdekek és jogok hordozói-e, amiből aztán szükségképpen életvédelmi kötelességeket kellene levezetni.²⁴⁷ Ehelyett azt a fundamentális értékellentét állítja előtérbe, hogy pontosan *mikor illeti meg az emberi életet objektív (és nem csak személyes) érték*. Ebben a szembenállásban szerinte az egyik oldal egy emberi élet önmagában vett értékét Isten vagy a természet általi beavatkozás eredményének tekinti. A másik oldal ezzel szemben az élethez való emberi hozzájárulást tekinti az élet döntő értékforrásának. *Dworkin a két felfogást a sérthetetlenség (Unverfügbarkeit) álláspontja variánsainak fogja fel, amiben megbékélési potenciált lát az orvostikai hitviták frontjai között.*

Dworkin álláspontjával szemben fel lehet hozni, hogy fontos különbségeket mos össze. Az „emberi hozzájárulás” egységesítő formulája könnyen feledtetni azt, hogy milyen mélyreható értékelési különbségek vannak ebben a kérdésben, mégpedig aszerint, hogy milyen jelentést nyernek értékek forrásaként pl. az érzőképeség vagy az öntudat, illetve a kielégítően jó közérzet vagy az önmeghatározás.²⁴⁸

²⁴⁴ Schöne-Seifert 2007: 73.

²⁴⁵ Vö. Birnbacher 1990b: 205–218. – Gyakran érvelnek a visszaélés veszélyével, anélkül hogy explicite beismernék az aktív és passzív halálba segítés ekvivalenciáját – véli Schöne-Seifert.

²⁴⁶ Dworkin 1993, németül: 1994.

²⁴⁷ Dworkin 1993: 20.

²⁴⁸ Schöne-Seifert 2007: 73. – Ezek az alternatívák megtalálhatók az ökológiai etikában mint biocentrikus és pathocentrikus koncepciók.

Dworkin elemzésének három aspektusa azonban fontos és plauzibilis. 1. Az általa vázolt *mindkét alapállás a belső értékek kitüntettségén (a kanti „méltóságon”) nyugszik*, jöllehet egyik alapállás sem kevésbé „metafizikus”, mint a másik. (Akkor sem, ha Schöne-Seifert szerint az a meggyőződés plauzibilis, miszerint az életet érezni és implicite legalább „kedvelni”, „bíni” kell ahhoz, hogy értékes legyen.) 2. A két értékálláspontot, mivel azonos szinten vannak, semmiképpen nem lehet „tisztán” képviselni, hanem „*tetszés szerinti keverékben*”. Ez megmagyarázza a sok vélhetően inkohereus szavazatot is, amelyeket a terhességmegszakítás és az eutanázia kérdésében leadnak. 3. Ez az elemzés *a szembenállás tragikus dimenzióját is megvilágítja*: miközben az egyik oldal²⁴⁹ a tiszteletben részesítéstől való húzódozást lát az érzésmentes, szenvedéssel teli vagy nem akart élettel szemben, a másik oldal azt nyilvánítja ki, hogy az ilyen életet, az érintettek értéképzetei ellenére fenntartásra kötelezettnek kell nyilvánítani. Éppen ez az egyik alapvető és tartós szembenállás a kortárs orvosi etikában.

Fundamentális vitakérdéssé vált néhány éve az orvosetikuskok között, hogy vajon tehető-e különbség normatív-releváns értelemben *személyek* és *nem személyek* között, akik közül csak az előbbieket illetne meg az élethez való teljes jog.²⁵⁰ E mögött a kérdés mögött éppen a most megnevezett kibékíthetetlen szembenállás rejlik azokról a feltételekről, amelyek között az emberi életnek önmagában vett érték tulajdonítható. Aki minden emberi életet egyformán értékesnek tekint, az a személystátusz minden formáját is hozzákapcsolja ehhez.²⁵¹ Egyúttal elutasítja a személyek és a nem személyek közötti megkülönböztetést. Ezen álláspont képviselői számára különösen becstelennnek tűnik, hogy a csak látszólag deskriptív mindennapi fogalomnak, a személy fogalmának az alkalmazásával embriókat és kómában lévőket diszkriminálnak, vagy agyhalott pácienseket halottnak nyilvánítanak. Valójában azonban e kritizált nézet képviselőinek²⁵² nincs szándékában semmiféle megbélyegző és megbélyegezhető üzelmet folytatni.

²⁴⁹ Dörmer 1990; Stössel 1991; Student 1993.

²⁵⁰ Schöne-Seifert 2007: 74.

²⁵¹ Spaemann 1993: 261–278.

²⁵² A személy fogalmát többnyire semleges (Speziesneutral) értelemben használják. Pl. Harris 1985: 9.

A személy köznapi értelmezéséhez mint észszerű, öntudatos lényhez kapcsolódik a biomedicinális etika. Ugyanakkor ennek a fogalomnak a bő 300 éves locke-i hagyományban is nyíltan vitatott definíciós jegyei azok, amelyeket igazolási kényszer terhel a morális élethez való jog tulajdonítása vagy nem tulajdonítása szempontjából. Az élethez való jog differenciált tulajdonításának szószólói közül némelyek óvnak a személyfogalom alkalmazásától, mert ez multifunkcionális, nem egységes, emiatt használhatatlan. Schöne-Seifert leszögezi: eddig nem támaszkodhatunk egyetlen megvilágító elméletre sem ebben a kérdésben.²⁵³

Az élet sérthetetlensége (Unverfügbarkeit) körüli vita és a személy fogalmának érvényessége érintik a pusztán érzőképesség és a magasabb kognitív képességek (öntudat és jövőtudat) morális jelentősége körüli vitákat.²⁵⁴ Rendszerint azokról a képességekről van szó, amelyek adott esetben konstitutívnek tekinthetők a személyiség számára. Morális jelentőségüket azzal igazolják, hogy szükséges feltételei az „életérdeknek”. Ahogy más morális jogoknak, pl. a fájdalom kerülése jogának, vagy a képzési esélyre való jognak az elismerése és tulajdonítása előfeltételez egy *érdeket* ezen jogok mindenkorai tartalmában, ugyanígy van ez az élethez való jog tulajdonításánál is. És ahogy azok az érdekek előfeltételezik a fájdalomérzet képességét, valamint a tanulási képességet, úgy itt is előfeltételezendő a jövő tervezésére való képesség, az időbeli éazonosság tudatának képessége és ezáltal a tovább élés legalább impliciten meglévő preferenciája.²⁵⁵

Pontosan itt vannak az *alapvető filozófiai problémák* az érdekek és a preferenciák etikai elmélete vonatkozásában. Egy sor kifogást emeltek azzal a nézettel szemben, miszerint az explicit preferenciákat kell a tulajdonítható érdekek mércéjévé tenni. Ezek a kifogások nem sejtett örömeket, téves preferenciákat, valamint posztumusz, nem morális vagy morális preferenciákat céloznak meg.²⁵⁶ Egy életérdek tulajdonításához egy sajátos preferencia szükségessége még inkább kérdésessé tehető, mint a létező élőlények különböző partikuláris érdekeit tekintve. Másfelől az ilyen fenntartá-

²⁵³ Beauchamp 1999: 309–324; Birnbacher 2003: 31–43.

²⁵⁴ Schöne-Seifert 2007: 75.

²⁵⁵ Kuhse 1987; Singer 1980; Tooley 1983.

²⁵⁶ Ach 1993: 71–136; Leist 1990.

sok semmiképpen nem teszük szükségessé, hogy minden érző életet morálisan egyenértékűnek tekintsünk és így is kezeljünk.²⁵⁷ (Amit egyébként a legkevesebben tesznek közülünk.) Inkább az a lehetőség marad, hogy meghatározott érzeteket és élményeket értékesebbnek tartsunk, mint másokat. Azonban egy ilyen elmélet kidolgozása, aminek a *nem fair elitizmus és a túlhajtott egalitarizmus között kellene egyensúlyoznia* az emberekkel és az állatokkal való érintkezés kérdéseiben, még várat magára.

²⁵⁷ Schöne-Seifert 2007: 76.

II/6. Megtenni vagy elhagyni

Sokat vitatott és fontos különbség van az orvosi etikában egy páciensnek a *megölése* és a *szándékos, de elkerülhető meghalni hagyása* között. Egyik sem fogadható el, ha a páciens kívánsága és érdeke ellenére történik, rosszul értelmezett együttérzésből, vagy hanyagság, rosszindulat vagy más alacsonyrendű motívumok alapján. Ott azonban, ahol szenvedő súlyos betegről és haldoklóról van szó, a fenti különbséget az aktív és passzív eutanázia különbségével azonosítják, ami sokak szerint morálisan szignifikáns.

Első pillantásra úgy tűnik, mintha csak két álláspontból lenne itt szó, amelyek közül az egyik a passzív, a másik az aktív eutanáziát tartja morálisan megengedhetőnek. Ám ha közelebbről megnézzük, akkor kiderül: a két kategória nem egységes megkülönböztetése miatt valójában több álláspont rejlik itt.²⁵⁸

6.1. Az eutanázia körüli viták

A passzív és az aktív eutanázia közötti különbségtétel leíró és normatív jellegű. A *deskriptív/leíró* azt a cselekvési jelleget ragadja meg, amely *etikailag szignifikáns*.²⁵⁹ Valójában azonban csak az képes elválasztani a leírást és az értékelést egymástól, aki értéksemleges terminológiáért harcol, vagy aki a halálba segítés minden formáját morálisan egyenértékűnek tekinti – attól függetlenül, hogy megengedhetőnek tartja-e a passzív és az aktív eutanáziát, vagy egyiket sem tartja annak. Aki azonban egy vagy több leíró aspektust normatívnak, tiltást megalapozónak tart és ilyenként jelöl

²⁵⁸ Beauchamp–Childress 2001: 239; Wolf 1993: 393–415; Schöne-Seifert 2007: 76.

²⁵⁹ Schöne-Seifert 2007: 77.

meg, az gyakran nevezi ezt az aspektust „aktívnak”. Ez a már eleve normáló nyelvhasználat a halálba segítés körüli etikai vita fejleményeiből magyarázható. Ahogy más cselekvési kontextusok számára, itt is először a tevékeny és nem tevékeny magatartás közötti tisztán performatív aspektust szükséges érvényesíteni. A szó szerint kézzátétes, aktív halálba segítést (paradigmatikusan: méreginjekciót) szembeállították minden „passzív” megtörténni hagyással. E mögött azonban ott van a felelősség normatív elmélete, miszerint a kézzátét a halálnak felelősségtartalommal rendelkező „odavezetését” jelenti. A pusztá meghalni hagyás viszont a cselekvőtől független elsődleges oknak a hatékonnyá válását hagyja jóvá: *a „természetes” betegség lefolyás természetes halállal végződik és nem felelős halállal.*

Az élet fenntartására szolgáló tartós medicinális kezelések (mesterséges lélegeztetés, mesterséges táplálás, transzfúzió, insulinszubsztitúció stb.) rendelkezésre állásával új lehetőség adódott betegségek halálhoz vezető természetes lefolyásának jóváhagyására. Ilyen egy kezelés megszakítása, a lélegeztetőkészülék vagy a mesterséges táplálás leállítása. Egy ilyen tevékeny megszakítás a régi performatív osztályozás szerint aktív és tiltott lenne, de a hozzá tartozó normatív oksági elmélet szerint mégis a természetes halál jóváhagyása.²⁶⁰ A jelenkori jogi és etikai sztenderd felfogás kiterjeszti a passzív halálba segítés deskriptív hatókörét a „technikai kezelés megszakítására”.²⁶¹ E modellen belül további variánsok különböztethetők meg. E változatok azokból a különböző nézetekből erednek, amelyek arra a kérdésre vonatkoznak, hogy pontosan mi tartható és mi nem tartható a betegség természetes lefolyásának.

A természetes lefolyás meghatározásának közelebbről meghatározandó körülmények között sajátos menete van. Alternatív döntések és állásfoglalások, ahogyan ezeket ténylegesen vagy intuitíven meghozzák, a következőképpen rekonstruálhatók. Egy halálos betegség fennállása esetén

²⁶⁰ Schöne-Seifert 2007: 78.

²⁶¹ A jog dogmatikája a tevényt általi elhagyás (Tun durch Unterlassen) alakzatot fejlesztette ki erre. Vö. Laufs 1993; Kutzer 1993: 44–65; Eser 1995: 151–182; Bundesärztekammer, 2004: 1298.

1. minden vagy egy meghatározott intézkedést csak a haldoklási folyamatban szabad elhagyni/leállítani;
2. csak a halálos szimptomákat szabad kezeletlenül hagyni (pl. elfogadni a metastasisok kezeléséről való lemondást);
3. ennek nem sajátos mellékjelenségei is maradhatnak kezelés nélkül (pl. a mesterséges táplálásról való lemondás másodlagos hányás esetén);
4. kiegészítő komplikációknál is elhagyható a kezelés (pl. egy kiegészítően fellépő tüdőgyulladás kezeléséről való lemondás esetében);
5. bizonyos intézkedések egyáltalán nem maradhatnak el (nem lehet lemondani a lélegeztetésről, a mesterséges táplálásról és a folyadékpótlásról).²⁶²

6.2. Idegen és saját halálba segítés

A fenti feltételek rögzítése mellett továbbra is releváns probléma marad a saját és az idegen típusú halálba segítés megkülönböztetése. Az vitathatatlan, hogy az önrendelkezés az élő végrendelet formájában lényegesen magasabb mértékben érdemes támogatásra, mint az idegen rendelkezés.²⁶³ Mégpedig azért, mert *az élő végrendeletben a cselekvés a páciens felelőségi területére esik*. A döntő kérdés azonban az, hogy a (különbözőképpen) értett okalap a cselekvés motívumaitól és következményeitől függetlenül vajon morálisan szignifikáns-e. Erről a szignifikáns tételről évek óta hevesen vitáznak. Támogatók és ellenzők egyaránt morális intuíciókra hivatkoznak analóg példákon. Az ölési cselekvéseket morálisan határozottan elvetendőbbnek tartjuk, mint a meghalni hagyás cselekvését. Ennél a megkülönböztetésnél a mindenkori keretfeltételek (megterhelés, motivációk,

²⁶² Kovács József megjegyzése idekívánkozik. „Erről könyvtámyi irodalom van, s ez így leegyszerűsítés. Világi bíróságok jóvá szokták hagyni a mesterséges táplálásról és folyadékpótlásról való lemondást, katolikus intézmények azonban nem. Ez a szokásos és a rendkívüli kezelések közötti különbségtétellel magyarázható.”

²⁶³ Schöne-Seifert 2007: 79.

a tettes szerepe stb.) szignifikánsan eltérnek. A halálba segítés eseteiben azonban a keretfeltételek azonosak.²⁶⁴

A fenti tézisnek a hívei támadják ellenfeleik azon konzekvencialisztikus premisszáit, miszerint a következményeken való orientálódás az etikai megítélés egyetlen mércéje.²⁶⁵ Ennek a tételnek a kritikusai, akik az ölést és a meghalni engedést elvileg morálisan azonosnak tartják, fordítva érvelnek a szóban forgó oksági különbségek morális jelentősége ellen. Eszerint, aki valóban azt gondolja, hogy egy függetlenül fennálló oksági tényező szándékos meg nem akadályozásához elvileg kevésbé rendelhető felelősség („negatív kauzalitás”), mint egy pozitív primer ténykedés esetén, az ugyan megkönnyíti a maga dolgát, ám valójában a természetet morálisnak írja le, anélkül hogy ezt megalapozná. Egy ilyen *normatív naturalizmus* mellett éppen a medicinában nem lehet következetesen kitarítani. Veszélyes, mert *relativizálja azt a felelősséget, amelyet az orvosoknak tulajdonítunk a „természetes” betegségek elleni harcban.*²⁶⁶ A halálba segítés jóváhagyását nem lehet tehát sem a performatív, sem a kauzálisan különböző aspektusoktól függővé tenni.

²⁶⁴ Kuhse 1987; Rachels 1986.

²⁶⁵ Vö. Wolf kritikai megjegyzései 1999: 77–97.

²⁶⁶ Schöne-Seifert 2007: 80; Beauchamp–Childress 2001: 15.

II/7. Az orvosetikai perspektíva határai

7.1. Az orvosetikai perspektíva kiegészítésének szükségessége a modern medicinában

A modern orvosi etika (a biomedicinális etika) mint láttuk, az autonómia- elvet a páciensre koncentrálva és korlátozva értelmezi, és a modern medicina újabb technológiai lehetőségei által bővített/bővülő gyakorlatához köti. Kerüli az erős (filozófiai) elméleti megalapozást, ehelyett az elméleti igényt a mindenkori aktuális orvosetikai vitákhoz kapcsolódva elméleti és gyakorlati érvek és ellenérvek felsorakoztatásával kívánja kielégíteni. Ez a beállítottság alapvetően megfelel a modern medicina mindennapi gyakorlatának. Ám ez a szemléletmód több ok miatt kiegészítésre szorul: 1. A modern medicinában felléptek olyan jelenségek, amelyeket ez a megközelítésmód nem fed le adekvátan (pl. a prediktív genetikai diagnosztikában). 2. A beteg/páciens személyléte ebben a szemléletmódban perifériára kerül. Márpedig a személylét minden aspektusával együtt olyan egzisztenciális faktum, amelyet nem lehet a kórház bejáratánál letenni. A mindenkori páciens személyléte befolyást gyakorol állapotára, belátóképességére, döntéseire, gyógyulási esélyeire. 3. Az utóbbi évtizedekben a páciens autonómiájára irányuló orvosetikai megfontolásokra a vitajelleg erősen rányomta a bélyegét. Ez azonban sok bizonytalansági tényezőt is magával hozott az autonómia körül, ami kihat nemcsak az orvosi etikára, hanem a medicina mindennapi gyakorlatára is. Ha szinte minden mellett és ellen hozhatók fel érvek, akkor ez az orvost bizonytalanságban tartja, aki aztán ezt a helyzetet akár felmentésnek is veheti a beavatkozás etikai aspektusai tisztázásának felelőssége alól.

Így nem véletlen, hogy a közelmúltban ismét felerősödött a német bioetikában korábban is létező erős igény az *autonómiaelv szisztematikus ki-*

dolgozására. Figyelemre méltó vállalkozás Elisabeth Hildt monográfiája, amelynek címe *Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung*.²⁶⁷ Mint a cím is jelzi, biomedicinális etikának nevezi azt a diszciplínát, amelynek keretei között szisztematikus feldolgozásra vállalkozik. Bettina Schöne-Seifert orvosi etikának nevezte saját értelmezési keretét, s amit valójában kidolgozott, az modern orvosi etika, más szóval biomedicinális etika. E diszciplináris meghatározásbeli azonosság ellenére jelentős koncepcionális különbségek vannak közöttük: Schöne-Seifert a diskurzusetika és ezáltal érvelési stratégiák ütköztetése mellett kötelezte el magát, amit egyébként Hildt is megőriz, ám eközben nála a szisztematizálási igény és a szilárdabb elméleti megalapozási igény kerülnek előtérbe. Ez a két álláspont bizonyos értelemben reprezentálja a német bioetikának az angolszász etikához/filozófiához és a saját filozófiai hagyományokhoz való viszonyában rejülő dilemmákat is.

7.2. Autonómia – a bioetikai perspektíva felé nyitott orvosetikai perspektívából

Hildt bevezeti az autonómia orvosetikai, szűk jelentésű fogalma mellé, amit Schöne-Seifert is alkalmazott, a *tágabb jelentést*. Ezzel egyúttal *a szélesebb bioetikai perspektíva, illetve erősebb filozófiai megalapozás és szisztematizálás felé nyit*. Ennek a nyitásnak a hozadéka az autonómiatematikában többek között az, hogy vizsgálódása nem szűkül orvosetikai értelemben sem az orvos-páciens kapcsolatra vagy a közéleti elvekre, hanem bevon valóságos életösszefüggéseket. Az autonómia így lesz *a saját élet ön meghatározáson alapuló alakítása* (selbstbestimmte Lebensgestaltung, ahogy Hildt könyvének alcímében áll). Egyszersmind orvosetikai szempontból is fontos összefüggésekre mutat rá az autonómiaelv kapcsán, mégpedig a ge-

²⁶⁷ Hildt 2006.

netikai diagnosztikának az autonómiaelvvel való összekapcsolása, ennek etikai aspektusa példáján.²⁶⁸

E röviden jelzett elmozdulások a biomedicinális etikában eleget kívánnak tenni a 90-es évektől a liberális modell kapcsán felmerülő kritikák, illetve korrekciós igények némelyikének is, amiről fentebb részletesebben szóltunk.

²⁶⁸ Erről részletesen Hildt 2006: 193–477. – Ezzel a sajátos kérdéskörrel itt nem foglalkozunk, mivel nem szűkebb értelemben vett biomedicinális megközelítést választottunk, hanem filozófiai-etikai háttérű bioetikai perspektívát.

**B/III. AZ AUTONÓMIA ELVÉNEK
SZISZTEMATIKUS KORREKCIÓS
JAVASLATA**

DUPress

TARTALOM

III/1. Az autonómia szűkebb és tágabb jelentése – A „gazdagított autonómia”	195
1.1. Az autonómiaelv kitüntetett státuszának elutasítása – az autonómia koncepción belül	195
1.2. Individualisztikus prioritás helyett és mellett közösségi prioritás: az autonómiaelv gazdagítása és az ebből eredő nyereségek	196
III/2. Az autonómiaelv összekapcsolása a tájékoztatáson alapuló beleegyezés elvével	200
2.1. Autonómia-jelentéskonstellációk: etimológia, fogalomtörténet, fogalmi lehatárolások	202
2.1.1. Etimológia és fogalomtörténet	202
2.1.2. Fogalmi lehatárolások	203
2.1.3. Az autonómiaelv és a személy koncepció szoros összefüggése	204
2.1.4. Koncepcionális és módszertani megfontolások a cselekvéseméleti megközelítéshez	205
2.2. Szabadság és autonómia	206
2.2.1. A szabadság két fogalma: negatív és pozitív szabadság	206
2.2.2. A szabadság képessége – Az autonómia mint önmeghatározási képesség	207
2.2.3. Szabadság és autonómia – Az Odüsszeusz-példa	208
2.3. Autonómia és személy státusz	209
2.3.1. A személy fogalma	209
2.3.2. Személy státusz tulajdonítása	210

2.3.3. Természetes személy és morális személy	211
2.3.4. A személystátusz tulajdonításának és elismerésének jelentősége medicinális kontextusban	212
2.4. Autonómiaképesség és az autonómia megvalósítása	212
2.4.1. Az autonómiaképesség előfeltételei	213
2.4.2. Az autonómia megvalósításának előfeltételei konkrét helyzetekben: a tájékoztatáson alapuló beleegyezés kritériumainak tágítása	216
III/3. Az autonómia és megvalósításának előfeltételei – cselekvéseméleti megközelítésben	220
3.1. Cselekvési szabadság	220
3.1.1. Cselekedetek – egyéni cselekvéseméleti perspektívából	221
3.1.2. Cselekvések – egy külső személy/idegen nézőpontjából	223
3.1.3. A cselekvési szabadság mint külső kényszer hiánya	224
3.1.4. A szabadságot behatároló kényszerek	226
3.2. Választási szabadság	229
3.2.1. A választási szabadság szerkezete	229
3.2.2. A választás és a választási lehetőségek értéke: instrumentális érték és önérték	231
3.2.3. A szabadság mértékének öt tényezője a választási lehetőségek vonatkozásában	232
3.2.4. A választási lehetőségek száma	233
3.2.5. A választási lehetőségek aktualizálásának nehézségei	235
3.2.6. A választási lehetőségek minőségi sajátossága	237
3.3. Döntési szabadság	238
3.3.1. Engelhardt procedurális egyetértés-felfogása	239
3.3.2. Az egyetértési elv procedurális (jogi-eljárási) koncepciójából adódó nehézségek	241
3.3.3. Hitelesség és függetlenség	244

III/4. Az autonómia medicinális-terápiás kontextusban	251
4.1. A páciens autonómiája a medicinában	252
4.2. Autonómia – a változó orvos-páciens kapcsolat perspektívájában	253
4.3. Autonómia: tájékoztatáson alapuló beleegyezés (tab)	255
4.4. A tab jelentősége az orvos-páciens kapcsolatban	256
4.4.1. Tájékozott, világosan kifejezett és önkéntes beleegyezés: a páciens önrendelkezési jogának gyakorlása	256
4.4.2. Kivételek	256
4.4.3. A tab előnyei a modern medicina feltételei között	257
4.4.4. Kritikák	259
4.5. Autonómia – a tájékoztatáson alapuló beleegyezés alapja	262
4.5.1. Az autonómia és a magánszféra tisztelete	262
4.5.2. Az autonómia és a szabadság védelme	263
4.5.3. Az autonómia és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés (tab) beszerzése közötti összefüggés	263
4.5.4. A saját test és egészség jelentősége az autonómia számára	264
4.6. Az adekvát és releváns tájékoztatáson alapuló beleegyezés feltételei és elemei	265
4.6.1. A páciens kompetenciája	266
4.6.2. A felvilágosítás tényezői	270
4.6.3. Az információ megértésének gyakorlati nehézségei	278
4.6.4. Gyakorlati nehézségek és elméleti dilemmák az adekvát és releváns tájékoztatáson alapuló beleegyezés körül	280

III/1. Az autonómia szűkebb és tágabb jelentése – A „gazdagított autonómia”

Elisabeth Hildt autonómiáról írt monográfiájának szemléletmódja elsősorban abban tér el Bettina Schöne-Seifert alapállásától, hogy a szigorúbb és szűkebb értelemben vett modern orvosi etika perspektíváját kitágítja a filozófiai alapvetésű bioetikai perspektívával. Egyszersmind az autonómiaelv és fogalom aktuális vitakontextusai mellé behozza e problematika további árnyalásának igényét, aminek kivitelezéséhez a vitakontextusokat kiegészítő szisztematizálási perspektívát munkál ki. Ezt a nyereséget újabb medicinális problémák (genetikai diagnosztika) etikai értékelésére alkalmazza.

1.1. Az autonómiaelv kitüntetett státuszának elutasítása – az autonómiakoncepción belül

Hildt alapvető belátása *az autonómiaelv kitüntetett státuszának elutasítása*. Ebben D. Callahan már idézett kritikai álláspontjához csatlakozik, aki a korábban említetteken túl további érveket hoz fel a liberális modellen gyakorolt bírálat jogossága mellett.²⁶⁹ A középszintű elveken nyugvó koherentisztikus elméleti tételek kontextusában ugyanis oda jutnánk, hogy az elveket hierarchiába állítanánk, és az autonómiának tulajdonítanánk a legmagasabb státuszt. Ám az egyéni autonómia így értett legfőbb elvként való felfogása számos elméleti és gyakorlati problémát vetne föl. Hildt felidézti Callahan azon megfontolásait, amelyek segítségével az egyéni autonómia túlhangsúlyozásának problematikus következményeit *társadalmi kontextusba* he-

²⁶⁹ Hildt 2006: 39–40.

lyezve mutatja meg. Ezek az alábbiak: 1. Az egyéni autonómia túlhangsúlyozása az egyes személy elszigeteléséhez vezet, mivel eszerint minden egyes, másoktól független személy csakis magára vonatkozó és magára utalt cselekvő lenne. 2. Morális javakról és célokról való általánosan kötő kijelentések nincsenek jelen egyéni szinten a liberális modellben. A morál ennek következtében szubjektivista és relatív. 3. Az emberi kapcsolatok ideális formáját felnőttek közötti önkéntes szerződéses viszonyként értelmezik a liberális modellben. A társadalomnak e modell szerint nincs semmiféle befolyása annak rögzítésére, hogy ezekben a kapcsolatokban mi a jó és mi a rossz. 4. Az egyének és a társadalom közötti érdekkonfliktusok mérlegelésekor a társadalmat terheli az igazolási kényszer, ha az egyének szabadságát korlátozni akarja. 5. Ezen felfogás szerint másokkal szembeni morális kötelezettségek csak akkor léteznek, ha azokba önként belemennek az egyének. 6. Másokkal szembeni morális kötelezettségek egy személy esetében csakis azok, amelyeket a személy saját maga autonóm módon jóváhagy, s a harmadik személy arra van kötelezve, hogy tartsa tiszteletben ennek a személynek az autonómiáját. 7. Más személyek autonómiájának tisztelete ily módon kielégítő alapot szolgáltat akár ahhoz is, hogy a saját lelkiismeretén túllépjen.²⁷⁰

1.2. Individualisztikus prioritás helyett és mellett közösségi prioritás: az autonómiaelv gazdagítása és az ebből eredő nyereségek

Egy olyan *individualisztikus közegben*, ahol az egyes egyének érdekeit állítják előtérbe, a közösségi élet aspektusai, mint például a közös értékek vagy a közjó nem tematizálhatók értelmesen.²⁷¹ Ezzel szemben egy *valóságos közösség kontextusában* más szempontok is érvényesülnek, többek között a személyes jóllét vagy a racionalitás nem tisztán individuális aspektusai. Továbbá olyan szempontok, mint az ösztársadalmi rendszerbe

²⁷⁰ Hildt 2006: 40.

²⁷¹ Hasonló kritikai észrevételek találhatók más szerzőknél is. Példa erre Childress 1990. Vö. Hildt 2006: 40.

integrálódás, ahol az igazságosság, a közjó, a morális hagyományok, a másokkal való közösség, a morális kötelezettségek állnak előtérben. Ezeknek az elemeknek a bevonására használja Hildt Michael Parker nyomán a *gazdagított autonómia* tiszteletének *prima facie elvét*.²⁷² A gazdagított autonómia elvében ily módon az egyéni értékek és érdekek mellett a *közösség értékei* és érdekei is helyet kapnak.

Innen nézve problematikus az autonómiaelvnek a legfelsőbb elv státuszát tulajdonítani, mint ahogy ezt a koherentsztikus elméletekben találjuk. Ugyanis ennek alapján *nem lenne lefedhető morális álláspontunk minden területe*. A hierarchizálás és az autonómia legfőbb elvvé emelése helyett többet ígér az az eljárás, amely *nem a különböző elvek ellentétes implikációit hangsúlyozza, hanem inkább a közös vonásokat*. Ehhez két alaptétel fogalmazható meg Hildt szerint: 1. *az elvek jelentésének lehetőleg átfogó specifikálása*. Ezen a bázison lehetséges az elvek és a normák egymás közötti értelmes *mérlegelése*. 2. *Az elvek egymás közötti mérlegelésekor döntő, hogyan írható le az autonómiaelv jelentése a többi elvhez és normához viszonyítva*.²⁷³

Bár Hildt maga is az autonómiaelvet állítja könyve középpontjába, de nem domináló elvként, hanem tágabb, más elvek néhány aspektusát is magába foglaló jelentésben. A jóttevés, a károkozás kerülése, az autonómia, az igazságosság elveinek etikai aspektusai szerinte korántsem olyan ellentétesek, mint első pillantásra tűnnek. Ezt az állítást éppen az autonómia koncepciójának példáján fejt ki. A fő kérdés, hogy mit értünk autonómia alatt. Az autonómia elve a szűk és hierarchizáló szemlélet szerint az egyes érintett személyek érdekeit és szabadságukat állítja előtérbe. Ez egyfajta egoista alapállást fejez ki, miközben a mindennapi medicinális gyakorlatokban is rá vagyunk utalva a morális relevancia más szempontjaira, így a jóttevés, a károkozás kerülése és az igazságosság aspektusaira. Vagyis *a medicina gyakorlata maga is a tágabb autonómia-koncepciónak felel meg*.

Az autonómia átfogó jelentését alkalmazva kibékíthetők a vele szembeállított szempontok.²⁷⁴ Az autonómia elvébe így bizonyos fokig integrál-

²⁷² Parker 2000: 160–165.

²⁷³ Hildt 2006: 42.

²⁷⁴ Hildt 2006: 42–43, illetve Gillon 2003: 307–312.

hatók az igazságossági szempontok, pl. más személyek autonómiája tiszteletben tartásának követelménye révén.²⁷⁵ A jót tevés és a károkozás kerülésének követelményei is részben egy átfogó autonómiakoncepció elemének tekinthetők, amennyiben a *fizikai és pszichikai integritást a hatékony autonómiaészlelés előfeltételének* tekintjük. A jót tevésre és a károkozás kerülésére hivatkozó *ellátási megfontolások* ideálnak vagy kötelezettségnek tekinthetők a medicina gyakorlatában, amennyiben mások autonómiája támogatását szolgálják, s arra szólítanak fel, hogy ne terheljük meg azt. Az azonban vitathatatlan, hogy ezeket az elveket *nem lehet teljesen átfogni* egy tág autonómiakoncepció segítségével. Például a jót tevés elve vonatkozásában mindig maradnak olyan esetek vissza, amelyek normális körülmények között semmiféle összefüggésben nem állnak az autonómiával. Ilyen pl. bizonyos szolgáltatások igénybevétele a medicina gyakorlatában (lásd esztétikai beavatkozások).

Hildt javaslatának egyik kulcseleme ily módon a *morális relevancia különböző aspektusainak egymással való összefüggésbe állítása*. Ez egy tágan értett autonómiafogalom révén érhető el, ami nem szükségképpen vezet individualisztikus tendenciákhoz. Azért nem, mert ebben az autonómiafogalomban 1. nemcsak az egyes egyén önrendelkezése, hanem mások autonómiájának tiszteletben tartása is központi szerepet kap; 2. jelen vannak az igazságosságra és a jót tevésre vonatkozó megfontolások is.

Hildt szerint a *középtikai elvek koncepciója önmagában nem kielégítő* sem az elvekben rögzített problémák, sem *valós helyzetek és gyakorlatok beazonosítására*. Az orvosi etikában a páciens autonómiájának kérdéseivel elsősorban a *tájékoztatáson alapuló beleegyezés* összefüggésében foglalkoznak, és többnyire a konkrét medicinális szituációra vonatkozó szűk autonómiakoncepcióra nyúlnak vissza. A gyakorlatban ez azonos a páciens beleegyezése megszerzésének céljával. Az autonómia jelentéstartományának bővítésének igényében viszont a bioetikával érintkező szociokulturális kontextusok bevonásának szükségessége is megmutatkozik, beleértve a saját személyes élet alakításának igényét, körülményeit és ezek figyelembevételét.

²⁷⁵ Hildt 2006: C. II. 2. fejezet.

telét. E megfontolások alapján Hildt a tájékoztatáson alapuló beleegyezést is részben más, tágabb kontextusba helyezi.

A tág autonómiakoncepció tartalma szerint részben orvostikai vitákhoz, részben filozófiai-etikai megalapozási és szisztematizálási igényhez kapcsolódva dolgozható ki.²⁷⁶ Ez utóbbi szempont részletes tárgyalását mellőzzük. A következőkben Hildtnek a modern orvosi etika korrekciójára irányuló törekvését állítjuk előtérbe az autonómiaelvre vonatkoztatva.

²⁷⁶ Ha az etikát a morál reflexiós elméleteként fogjuk fel, akkor azt az igényt fejezzük ki, hogy az etika dolgozzon ki csalhatatlannak tűnő morális meggyőződések kapcsán általános kritériumokat arra, hogy mi a jó vagy helyes. Azért, hogy tájékozódási pontokat nyújtson olyan helyzetekre, amelyekben a morális meggyőződések kevésbé egyértelműek. Ezáltal az *etikai reflexió cselekvést irányító jelleggel rendelkezik és alkalmazott etikaként*, gyakorlati etikaként írható le, elválasztva az elméleti reflexióktól. Így az orvosi etika, illetve a bioetika az alkalmazott etika egyik részterülete, amely területen orvosi-természettudományos szaktudást, orvosi gyakorlatot, illetve filozófiai-etikai, antropológiai és természetfilozófiai reflexiókat egyaránt figyelembe vesznek. A megalapozási kérdésekről, fogalmi és tematikus struktúrákról szóló viták a német bioetikában többnyire megelőzik pl. az elvi alapú koherentsztikus elméletek alapirányultságának bemutatását. Nida-Rümelin 1996-os antropológiai bázisú koncepciójához kötődve Hildt arra hívkozik, hogy minden ember rendelkezik meggyőződések komplex rendszerével, amely meggyőződések empirikus és normatív területeket egyaránt lefednek. Az elmélet szerepe abban áll, hogy integráljon szilárd, megrendíthetetlennek tűnő meggyőződések is, akkor is, ha az elméleti reflexió e meggyőződések módosulásához vagy felülvizsgálatához vezet. Az elmélet a morális meggyőződésekre és ítéletekre irányuló megalapozó funkciója gyakorlásához *normatív kritériumokhoz és fogalmakhoz* nyúl vissza. Idetartoznak az egyéni jogok és kötelességek, társadalmi kötelezettségek és különféle morális elvek. E kritériumok segítségével megy végbe az elméleti megalapozása annak, hogy miért lehet bizonyos cselekedeteket morálisan megengedhetőnek, másokat morálisan nem megengedhetőnek tartani.

III/2. Az autonómiaelv összekapcsolása a tájékoztatáson alapuló beleegyezés elvével

Hildt értelmzési javaslata arra a megfontolásra épül, hogy autonómiavonatkozású kérdéseket a biomedicinális etikában a páciens autonómiája és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés összefüggésében tárgyalnak. Ez gyakorlatilag azt jelenti, hogy valamely orvosi intézkedés véghezvitele előtt szükséges beszerezni a páciens szabad és megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezését a beavatkozásba, a kezelésbe.²⁷⁷ Ez az eljárás a páciensnek azt az autonómiáját veszi figyelembe, ami az utolsó néhány évtized fejleménye az orvos és a páciens kapcsolatában. A hippokratészi hagyományra épülő orvosi etika ezáltal kiegészült: már nem kizárólag az orvos nézőpontja dominál, hanem *különböző szempontok, köztük a páciens perspektívája* is bekerült a medicinális ítéletalkotásba. Ez magával hozta, hogy az orvosi etika többé nem csupán az orvos-beteg kapcsolat egyéni keretében értendő, hanem *interdiszciplináris munka- és kutatási területté vált*.²⁷⁸ Éppen ennek tematizálására alakult ki a bioetika.²⁷⁹

E vázolt elméleti konstelláció nagyjából megfelel a modern medicina mindennapi gyakorlatában alkalmazott eljárásnak: a páciens autonómiájára és a tájékoztatáson alapuló beleegyezésére vonatkozó megfontolások beépültek az orvoslásba. Ez viszonylag új fejlemény, ami gyorsan elterjedt a világ fejlettebb régióiban. A 90-es évektől kezdődően azonban a bioetika ezen viszonylag fiatal elvét, az autonómiát az évszázados, sőt évezredek elveivel egyetemben egyre inkább a klasszikus/hagyományos etikai elvek közé sorolják, és egyre többen átértelmezésre, korszerűsítésre szorulónak

²⁷⁷ Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről a tájékozott beleegyezés kifejezést alkalmazza.

²⁷⁸ Vö. Faden–Beauchamp 1986; Brody 1992; Schöne-Seifert 1996; Honnfelder 1998.

²⁷⁹ A fogalom történetéhez vö. Potter 1971; Engels 1999; Ach–Runtenberg 2002.

ítélik.²⁸⁰ Medicinális szempontból a genetikai diagnosztika fejleményeire alapozza Hildt ezt a korszerűsítési igényt, amit szisztematikus filozófiai megalapozási igénnyel köt össze. Konceptiójának alapvető filozófiai-etikai háttere a tájékoztatáson alapuló beleegyezés elvének az autonómiaelvvvel való szoros összekapcsolása és mindennek cselekvéseméleti megalapozása.

A tájékoztatáson alapuló beleegyezés elvének ezt a gazdagítását nem lehet eléggé túlbecsülni. Elvégre ennek az elvnek a gyakorlásában valósul meg elsődlegesen a páciens autonómiája a modern medicina feltételei között az orvos-beteg kapcsolatban. Ezen alapvető jelentőségű hozadéknak egyik fundamentuma az autonómia elvének, illetve fogalmának kitágítása, árnyalása és kontextusokba (közösségi-társadalmi aspektusok mint pl. a kölcsönös tisztelet és elismerés, vagy a személylét aspektusai) állítása.

Az alábbiakban a tágabb autonómiafelfogásra támaszkodunk, ami az önrendelkezésen alapuló életvezetés előfeltétele. Ezzel egyúttal túllépünk az orvosi-terápiás kontextuson, amely a tájékoztatáson alapuló beleegyezést előnyben részesítve, az autonómia szűk koncepcióját képviseli és nem vagy kevésbé tulajdonít jelentőséget a személylétnek és a saját életvezetésnek. *Az önálló élethalakítás, a saját életvezetés és a személylét ezzel szemben kulcsfogalmi az autonómia tágabb koncepciójának.*²⁸¹ Ez a tágabb felfogás, azaz az autonómia gazdagított koncepciója alkalmas arra, hogy módszertani támpontot nyújtson konkrét autonómiavonatkozású kérdésfeltevésekre medicinális kontextusban is. Erre példa lehet egy olyan páciens, aki akut állapota miatt nincs döntési helyzetben, és nincs hozzátartozója vagy barátja, jóllehet a beavatkozásról való döntés igen kockázatos: nemcsak az életben maradáást szolgálja, hanem az életminőséget is befolyásolhatja. Ezért szükség lenne információkra az életterveiről, a preferenciákról, ame-

²⁸⁰ Hildt 2006: 11–13.

²⁸¹ Hildt összefüggést teremt a sokféle felfogás között: szerinte, mint más fogalmak esetében, itt is van egy koncepció (Konzept: terv, vázlat), ugyanakkor sok koncepció (Konzeptionen – kifejtett elméletek). Az elvont vázlat konkrét összefüggésben különféle tartalmakkal gazdagodik, s így jönnek létre különböző koncepciók, különböző kérdésfeltevésekre irányuló részletes, konkrét kifejtések, elméletek. Ebből bomlanak ki a különféle *tartalmi jelentések, ezek sokasága* az autonómia fogalmára nézve. Ezt a fogalmi megkülönböztetést H. L. Hart vezette be, J. Rawls fejlesztette tovább, miszerint a koncepció (terv) a jelentés általános körvonalazását szolgálja. – Vö. Hildt 2006: 47–48.

lyeket esetleg a fizikai életben maradás fölé helyez azért, hogy az ennek megfelelő beavatkozást végezzék el rajta. Az autonómiának egyik legfontosabb tartalmi meghatározása ugyanis az *önálló életalakítás, amire mindenkinnek joga van*.

Az autonómia alatt általában az önmeghatározás/önrendelkezés emberi képességét értjük. Ám ezt a képességet egészen különböző tartalommal kapcsolják össze az irodalomban és a mindennapokban is. Az álláspontunkhoz illeszkedő autonómiakoncepció további tisztázásához most egy rövid fogalomtörténeti áttekintésre vállalkozunk.

2.1. Autonómia-jelentéskonstruációk: etimológia, fogalomtörténet, fogalmi lehatárolások

2.1.1. Etimológia és fogalomtörténet

A szó görög eredetű. Etimológiailag az *autos* = önmaga és a *nomos* = szabály/törvény jelentésű kifejezésekből tevődik össze. Így az autonómia jelentése: *önmagának törvényt adás*, illetve önmeghatározás, önrendelkezés. Ezt a fogalmat eredetileg a görög városállamra alkalmazták, amely politikai öngazgatással rendelkezett: egy város akkor volt autonóm, ha polgárai saját maguk alkottak maguknak törvényt, és nem állt fölöttük magasabb hatalom.

Később kiterjesztették a fogalmat személyekre abban az értelemben, hogy személyek akkor autonómak, ha döntéseik és cselekedeteik a sajátjaik. Ennek az autonómiakoncepciónak a gyökerei a zsidó-keresztény hagyományban vannak. Így fogható fel a bűnbeesés bibliai történetének megfelelő eredet, amely a szövetség, a kötelezettség és a megtérés zsidó-keresztény eszméiben nyilvánul meg. A 16. században bontakozott ki az egyén mint szabad személy koncepciója. Ez a jelentés Aquinói Tamás és Luther Márton teológiai megfontolásaiból alakult ki, amelyek a saját lelkiismeret jelentőségét hangsúlyozták. Az ember autonómiájáról szóló ezen elméletek az emberi magatartást és cselekvést nem csak természeti vagy más külső folyamatok által irányítottak tartják.²⁸²

²⁸² Pieper 1998; Veatch 1984; Morison 1984; Dworkin 1988; Miller 1995. Ehhez lásd Hildt 2006: 49.

2.1.2. Fogalmi lehatárolások

A filozófia autonómiafogalmát döntően befolyásolta I. Kant, bár többnyire nem kanti értelemben használják e fogalmat.²⁸³ Gerald Dworkin (1988) az autonómiát mesterségesen létrehozott fogalomnak, konstruálnak tartja, amely intuíciók, fogalmi és empirikus nézőpontok komplex hálójának körülrírására szolgál. Ilyen fogalmak az önmegvalósítás, az önkéntesség, a döntési és választási szabadság vagy a magánélet tisztelete. Az autonómia fogalmát néha a szabadsággal, máskor a szuverenitással vagy az akaratszabadsággal azonos jelentésben használják. A méltósággal, az individualitással, a függetlenséggel, a felelősséggel vagy az önismerettel is azonosítják. Az autonómiát összekötik a kritikai reflexióval, a kötelességektől való mentességgel, külső okok hiányával vagy a saját érdekek ismeretével. Gyakran tulajdonítanak neki politikai, morális vagy társadalmifunkció-jelentést. Mások szerint az autonómia mindenütt jelen lévő képesség: felnőtt személyek megfelelő feltételek mellett képesek autonómiájukat arra használni, hogy saját maguk irányítsák életüket.²⁸⁴

Időközben az az autonómiafelfogás vált dominánssá, hogy *az egyének individuális szabadságának jelentősége mind a személyes fejlődés, mind a politikai élet szempontjából alapvető jelentőségű.* A nyugati társadalmakban széles körben terjedtek el az élethez való különféle beállítottságok és értékek (az értékek pluralizmusa), s ennek megfelelően az autonómiára és az önrendelkezésre való jog is. Ezzel szemben alárendelt szerepe van az autonómiának olyan országokban, régiókban, amelyekben a közösségi (vállalásos vagy politikai megalapozottsággal rendelkező) normák játszanak meghatározó szerepet.

2.1.3. Az autonómiaelv és a személykonceptió szoros összefüggése

Schöne-Seifert álláspontjától eltérően, Hildt szerint az autonómia értéke *a személy konceptiójához kapcsolva alapozható meg.*²⁸⁵ Az autonómiának

²⁸³ Vö. Schöne-Seifert 2007: 40.

²⁸⁴ Faden-Beauchamp 1986; Raz 1986; Dworkin 1988; Miller 1995. Vö. Hildt 2006: 50.

²⁸⁵ Vö. Schöne-Seifert 2007: 46–50; Hildt 2006: B/2. fejezet.

továbbá *instrumentális érték és önérték is tulajdonítható*.²⁸⁶ *Instrumentális értékről* beszélünk, ha az autonómiát azért illeti meg érték, mert általa érhetőek el más javak, pl. anyagi jólét, drága orvosi ellátás. (Az autonómia vonatkozásában inkább fordított a viszony: a pénz, az anyagi jólét lehet eszköze az autonóm életvezetésnek, javakhoz való könnyebb hozzáférések.) Az autonómiáról mint *önértékről* van szó akkor, ha valaki döntéseit saját maga hozza meg, és ezért nagy valószínűséggel elégedettebb lesz az életével, mint azok a személyek, akiknek életvezetését mások veszik át, legyenek azok a személyek bármennyire is jó szándékúak.²⁸⁷

Ruth Faden és Tom Beauchamp nemcsak az egyes személy autonómiáját emelik ki, hanem mások azon kötelességét, hogy tartsák *tiszteletben* ezt az autonómiát és cselekvéseikkel *ne terheljék meg* azt.²⁸⁸

Az autonómia fogalmának *alkalmazásában többrétű jelentésspektrumot* találunk. *Közös* bennük, hogy az autonómiát *személyek pozitívan értékelt jellegzetességeként* fogják fel. Alapvető összefüggésben van az autonómia a *tevékeny léttel és a cselekvéssel, a cselekedetekre irányuló felelősség átvételével és az emberre jellemző magasabb tudatformákkal*. Mindennek feltétele a személy önmeghatározó képessége és lehetősége, valamint az, hogy életének menetét képes legyen mértékadóan alakítani.

Az autonómia tematizálásában gyakran megtalálható a választási, a döntési és a cselekvési szabadság aspektusainak megkülönböztetése, ami *cselekvésméleti* perspektívát nyit meg az autonómia értelmezése szá-

²⁸⁶ Dworkin 1988; Hildt 2006: 51.

²⁸⁷ Több álláspont képviselői is osztják az önmeghatározás nézőpontját. Példa erre Joel Feinberg 1972: 161, illetve Robert Paul Wolff 1979: 18. Az utóbbi szerzőnél az akarat-szabadság aspektusa áll előtérben. „Az autonóm ember, éppen mert autonóm, nincs alávetve egy másik ember akaratának. Cselekedheti azt, amit egy másik ember mond neki, de nem amiatt, mert az őt ezzel megbízta. A szó politikai értelmében szabad.” Joseph Raz szerint az autonómia ideálja szabadon választott életvezetést jelent: életének lefolyásáról önmaga határoz. A választási, a döntési és a cselekvési szabadság szempontjait találjuk meg a fenti leírásokban: önmeghatározó választások, döntések és cselekvések eredményeként adódik az élet autonóm lefolyása. Továbbá megkülönböztethető az autonóm élet mint vívmány és eredmény az autonómia képességétől mint autonóm életvezetésre való képességtől. Vö. Raz 1986: 407; Hildt 2006: 51–52.

²⁸⁸ Faden–Beauchamp 1986: 20.

mára.²⁸⁹ Hildt ezt a perspektívát választja az autonómia szisztematikusan megalapozására és kifejtésére.

2.1.4. Koncepcionális és módszertani megfontolások a cselekvéseméleti megközelítéshez

A tág autonómiakoncepcióra támaszkodunk, ami az önrendelkezésen alapuló saját életvezetés előfeltétele. Ezzel a megközelítéssel kiegészítjük az orvosi-terápiás kontextust, amely a tájékozottságon alapuló beleegyezés szűk jelentését preferálva egyúttal az autonómia leszűkített koncepcióját képviseli, és nem tulajdonít jelentőséget a személylétnek és a saját életvezetésnek.²⁹⁰ Ezzel szemben az önálló élethalakítás, a saját életvezetés és a személylét az autonómia tágabb koncepciójának kulcsfogalmaiként a tájékozottságon alapuló beleegyezés tartalmának gazdagítását és medicinálisan is értelmes alkalmazását kínálják: mindez a sikeres gyógyítás komoly tényezőjévé válhat.

E korrekciós javaslat közelebbi megvilágításához az alábbi lépések szükségesek: 1. az autonómiának a szabadság fogalmáról való leválasztása; 2. az autonómia és a személy/személylét fogalmai kapcsolatának tisztázása; 3. az autonómia képességének és a döntési autonómiának, valamint a cselekvési szabadságnak a megkülönböztetése. E különbségtevések révén megkülönböztethető egy személynek az autonóm döntésekre és szabad cselekvésekre való *általános képessége*, valamint azon *lehetősége*, hogy egy konkrét szituációban külső kényszerítő tényezők nélkül, autonóm módon dönthessen és szabadon cselekedhessen. Ez a szempont érinti azokat

²⁸⁹ Az autonómiához kapcsolódnak John Rawlsnál az *igazságosságra* irányuló megfontolások. „Autonóm módon cselekedni azt jelenti, hogy olyan alapelvek szerint cselekedni, amelyekkel az ember mint szabad és egyenlő lény egyetértene.” Rawls 1991: 560.

²⁹⁰ Kovács József szerint a tájékozott beleegyezés elve a tág autonómiakoncepció alapul, s jelentőséget tulajdonít a saját életvezetésnek. – A német vitákban, és részben a német medicinában szerzett saját tapasztalatok alapján inkább az állapítható meg, hogy a tájékozottságon alapuló beleegyezéshez nem kapcsolódik magától értendően a saját életvezetés figyelembevétele. A medicinális gyakorlatban ez inkább orvos- és páciensfüggő, a biomedicinális vitákban pedig kiegészítő feltételek merülnek fel.

az előfeltételeket, amelyek között autonóm személyek egyes döntései, cselekedetei *ténylegesen* rendelkeznek autonóm, önmeghatározó jelleggel.

Első lépésként elkülönítjük az autonómia fogalmát a szabadság fogalmától.²⁹¹

2.2. Szabadság és autonómia

A szabadság fogalmát két befolyásos hagyomány formálta. Egyrészt az az álláspont, amely Thomas Hobbes, John Locke és John Stuart Mill gondolatvilágában található, miszerint *a szabadság egy személy cselekvéseibe való beavatkozás hiánya*. Másrészt az eredetileg Jean-Jacques Rousseau-ra visszamenő hagyomány is fontos szerepet kapott, miszerint *a szabadság nemcsak beavatkozások hiányát jelöli, hanem egy sor cselekvési alternatíva és alkalom meglétét is*.

2.2.1. A szabadság két fogalma: negatív és pozitív szabadság

Isaiah Berlin 1969-ben megjelent esszéjében e hagyományokhoz kapcsolódva két szabadságfogalmat különböztet meg.²⁹² A negatív szabadság a „valamitől való” szabadság minden fajtája. Annyiban negatív, hogy megélvő opciókra vonatkozik, amelyeket más személyek nem korlátoznak, valamint a racionális döntéshozatal képességére, illetve cselekvések olyan iniciálására irányul, amivel normális esetben egy személy mindaddig rendelkezik, amíg mások cselekedetei nem terhelik azt meg. Berlin szerint a pozitív szabadság azt jelöli, hogy meddig határozza meg a személy saját cselekedeteit, vagy pedig mennyiben rendelkeznek más tényezők ellenőrzéssel vagy befolyással saját cselekedetei fölött. A pozitív szabadság megterhelésének esete áll fenn, ha egy személlyel szemben kényszert gyakorolnak – saját „igazi énje”, vagy a társadalmi egész, vagy a saját vélhető, számára azonban ismeretlen „érdekei” nevében. *A pozitív szabadság abban van, hogy saját magának ura legyen, életét saját maga határozza meg, és*

²⁹¹ Hildt 2006: 54.

²⁹² Berlin 1990: 59–114.

ne külső hatalmak vagy idegen akarati aktusok vezessék. A pozitív szabadság „valamire való” szabadságként írható le: az önmeghatározó élet alakítására való szabadságként. Ez a szabadság előfeltételezi bizonyos szellemi és testi képességek birtoklását, valamint cselekvési opciók megfelelő számának meglétét.²⁹³

A szabadság mások általi korlátozása mellett utaljunk a saját természet, a zabolázatlan szenvedélyek korlátozására. Ez a kérdéskör érinti az észnek a szenvedély feletti uralmát. Ezt az aspektust kapcsolatba állították az „igazi énnel” is, ami racionális módon azt közvetíti, ami hosszú távon a legjobban szolgálja a cselekvő jóllétét.²⁹⁴

2.2.2. A szabadság képessége – Az autonómia mint önmeghatározási képesség

J. P. Day mutat rá arra a megkülönböztetésre, miszerint valakinek *nincs meg a képessége* arra, hogy megtegyen valamit, és *hiányzik a szabadsága* ehhez. Szükséges ez a megkülönböztetés, mert annak a képességnek a megléte, hogy megtegye a kérdéses cselekedetet, szükséges előfeltétele a szabadságról tehető kijelentéseknek és a szabadság gyakorlásának.²⁹⁵

Új cselekvési opciók megnyílásával *nem a szabadság, hanem a képesség* növekszik. A szabadságra és az autonómiára irányuló megfontolások csak azután lépnek fel, ha arról van szó, mennyire szabadon viselkedhet az egyén az új lehetőségek viszonylatában.²⁹⁶

A szabadság koncepciója konkrét összefüggésekben vonatkozik egy személy kívánságaira és preferenciáira, vagyis arra, amit egy személy egy meghatározott helyzetben tenni szeretne. *Az autonómia ezzel szemben önmeghatározási képességként értelmezhető, ahol a reflektáló önértékelő képességének van kiemelt jelentősége.* Egy cselekvő szabadságába való

²⁹³ Joseph Raz ezt a pozitív szabadságot az autonómiaképességgel hozza kapcsolatba, és az autonómia koncepciójához való közelségére mutat rá. A negatív szabadság pedig annyiban érték, amennyiben a pozitív szabadságot és az autonómiát szolgálja. Vö. Raz 1986: 408.

²⁹⁴ Vö. Hildt 2006: B 3.1. fejezet.

²⁹⁵ Lásd Day 1977; Hildt 2006: 55.

²⁹⁶ Vö. Hildt 2006: 56, valamint D fejezet.

beavatkozás, pl. kényszer vagy erőszak gyakorlása révén megterheli a cselekvő autonómiáját. Ha egy személyre akarata ellenére ráerőltetnek egy orvosi kezelést, ezzel beavatkoznak szabadságába, egyszersmind abba a lehetőségébe, hogy saját maga határozza meg a számára elfogadható kezelési formákat. Ebben az esetben a páciens mint személy autonómiája sérül.

2.2.3. Szabadság és autonómia – Az Odüsszeusz-példa

Gerald Dworkin fontos különbségeket tárt fel a szabadság és az autonómia között. Ha valakit becsapnak, akkor bár nem a személy szabadságába avatkoznak be, de autonómiáját jelentősen megterhelik. John Locke példája a következő: egy személy, aki börtönbe kerül, és akit meggyőznek arról, hogy minden ajtó be van zárva, jóllehet egy ajtó nyitva van, alapjában véve szabadon elhagyhatja a cellát. De téves információk alapján nem él ezzel a lehetőséggel, mert a téves információkkal korlátozzák azt a képességét, hogy azt tegye, amit szeretne.²⁹⁷

A szabadság nem minden csökkentése terheli meg a személy autonóm életalakításának képességét. Gondoljunk Odüsszeuszra, aki azt parancsolja, hogy kötözzék a hajója árbocához, és később ne teljesítsék a kérését, hogy oldozzák el.²⁹⁸ Ezeket az óvintézkedéseket azért hozza, hogy ne engedjen a szirének csábító énekének. Vagyis saját kívánságára korlátozzák szabadságát azért, hogy biztosított legyen a túlélése. Meglehet, hogy magatartása a szirének énekének viszonylatában nem önkéntes, és ebben a helyzetben inkább megszabadulna a kötelektől. Ám ebben az esetben egy magasabb szempontról van szó: mivel szabadságát az ő korábban kinyilvánított kívánsága szerint korlátozzák, ezért ez összhangban van a saját élet alakítása céljával.

A szabadság és az autonómia ily módon két különböző, de egymással szorosan összefüggő koncepció. A szabadság és a saját élet fontos aspektusai fölötti kontroll ugyan nem azonosak az autonómiával, de előfeltételei annak, hogy egy személy önmeghatározó, autonóm módon alakíthassa életét.

²⁹⁷ Hildt 2006: 57.

²⁹⁸ Dworkin 1988, idézi Hildt 2006: 57.

2.3. Autonómia és személystátusz

Az autonómiára irányuló megfontolások végső soron *mindig személyekre vonatkoznak*, éppen úgy, ahogy az autonómia képességének és lehetőségének is fontos szerepe van a személyek jellemzésénél.

2.3.1. A személy fogalma

A személy fogalma jelentések sokaságát öleli fel.²⁹⁹ Eredetileg a „*persona*” fogalma *maszkot, szerepet, jellemet* jelentett, mégpedig színházi darab figurái kapcsán. Mértékadó definíciót az 5. század végén *Boethius* adott a személyről, amikor a *személyt* „*egy ésszel megáldott természet individuális szubsztanciájaként*” *definiálta*.³⁰⁰ Eszerint a személy szubsztancia, azaz tulajdonságok változatlan hordozója, olyan létező, amelyet a természetiség és a racionalitás mellett az *individualitás* tüntet ki. Minden ember megismételhetetlenül egyedi, sajátos tulajdonságokkal rendelkező individuális személy. Ezt a tételt folytatta *Aquinói Tamás*, aki a személyeket individuumokként írta le, akik 'per se' léteznek és *dominum sui actus* jellemzi őket: *uralkodnak saját cselekedeteik felett*.³⁰¹

A személyek cselekvőképes, szabad lényekként jellemezhetők, akik racionalitással rendelkeznek és önmagukat szabad lényeknek fogják fel, akik egyben cselekedeteik okalapjai. Tudatosan érzékelik környezetüket, öntudattal rendelkeznek, és abban a helyzetben vannak, hogy önmagukhoz visszonyuljanak. A személyek továbbá társadalmi, társas, kommunikációképes lények, akik sokrétű kapcsolatokat alakítanak ki egymás között magánéleti és társadalmi kontextusokban. A személyekre jellemző a reflektáló önértékelés. Ugyanis nemcsak vágyakkal és motívumokkal rendelkeznek, hogy meghatározott dolgokat megtegyenek vagy ne tegyenek meg, hanem azzal a képességgel is, hogy értékeljék ezeket a vágyakat és motívumokat. A saját

²⁹⁹ Mahowald 1995; Beckmann 1996; Spaemann 1996. Vö. Hildt 2006: 58.

³⁰⁰ Beckmann 1996: 285–286.

³⁰¹ Idézi Spaemann 1996: 41.

*létezésben való érdekeltség birtoklása ugyancsak személyekre jellemző sajátosság.*³⁰²

2.3.2. Személystátusz tulajdonítása

Valakinek személystátuszt tulajdonítani azt jelenti, hogy őt *morális nézőpontból releváns lényként elismerjük és különös státuszt, méltóságot tulajdonítunk neki.* Az egyik álláspont ezt a státuszt minden embernek azonos módon tulajdonítja.³⁰³ John Locke-ot követve alakult ki a másik álláspont, miszerint *a személylét meghatározott tulajdonságok birtoklásától függ.* Többnyire olyan mentális tulajdonságokról van szó, mint a racionalitás, az éntudat stb. E nézet szerint *bizonyos emberi lények (embriók, kómában lévők, értelmi fogyatékosokkal élők, demens betegek) emberként írhatók le, de személyként nem.* Az emberlét és a személylét ilyen szétválasztása egy sor gyakorlati, társadalmi és etikai implikációt von maga után: azokat az embereket, akik nem személyek, kevesebb védelem és kevesebb jog illeti meg.³⁰⁴ Ha ezeknek az embereknek védelmet és bizonyos jogokat akarunk tulajdonítani, akkor ez Engelhardt szerint ama jelentőség alapján történhet, amelyet más személyek nekik tulajdonítanak. Így tulajdonítható embereknél *„szociális megfontolásokból eredő személystátusz”,* aminek révén úgy kezelhetők, *mintha személyek lennének.* Ezen álláspont szerint *különbőség tehető a szűkebb, voltaképpeni értelemben vett személystátusz (strict personhood) és a társadalmi értelemben vett személystátusz (social personhood) között.*³⁰⁵

Az autonómia és a szabadság személyekre jellemző tulajdonságok. A személyek szabad, cselekvőképés lények, akik cselekvési és akaratszabadsággal rendelkezvén, így vagy másként is cselekedhetnek. E szabadság alapján tulajdoníthatók nekik cselekedetek és felelősség a cselekedeteikért. A személyek felelősségtudattal, ennek megfelelő jogokkal és kötelességek-

³⁰² Dennett 1981; Frankfurt 1981; Brody 1988; Tooley 1990; Machowald 1995; Beckmann 1996; Engelhardt 1996; Müller 1996; Spaemann 1996. Vö. Hildt 2006: 59.

³⁰³ Pl. Beckmann 1996; Müller 1996; Spaemann 1996; Eibach 1997.

³⁰⁴ Singer 1980; Leist 1990; Tooley 1990; Beckmann 1996; Engelhardt 1996; Wald 1996.

³⁰⁵ Az első a morálisan cselekvőképés embereket öleli fel, a másodikat különböző (konzekvencialista) megfontolásokkal igazolják. Hildt 2006: 59–60.

kel rendelkező cselekvő szubjektumok, s így *morális relevanciával rendelkeznek*. Kant számára a személyek abszolút értékkel rendelkeznek, ezért egy személy és minden személy *önérték*.

2.3.3. Természetes személy és morális személy

A személy és az autonómia közötti szoros összefüggés különösen világos Stanley Benn álláspontjában. Benn különbséget tesz a *természetes személy* és a *morális személy* között. A *természetes személyek* magukat intencionális cselekvőnek tekintik, akik cselekvéseik kauzális okozói, akkor is, ha egy természetes személy cselekedeteit sokféle külső körülmény is meghatározza. Önmagának mint természetes személynek tudatában lenni azt jelenti, hogy meg van győződve arról, hogy valóban saját döntéséről, a mindenkori szituáció saját kognitív értékeléséről, valamint saját preferenciáiról és elveiről van szó. Egy természetes személy saját, általa értékesnek tartott életterveket alkot. Benn szerint a természetes személy fogalmával összekötődik minden természetes személynek az a kötelezettsége, hogy *felfogja és értékeli saját élettervei jelentőségét* és ugyanakkor *tiszteletben tartsa minden más személy azon státuszát, hogy okalapja, előidézője saját projektjeinek*. Így a természetes személy fogalma a *morális személy* (moral person) fogalmához vezet, amelynek keretében minden természetes személy projektfejlesztő sajátosságában rendelkezik azzal az igénnyel, hogy más természetes személyek ne zavarják vagy ne akadályozzák projektjeinek tervezésében és követésében.³⁰⁶ Ugyanakkor kötelezve van arra, hogy ezt a tiszteletet mindenki másnak megadja, akinél teljesülnek a fenti feltételek. Ez a tisztelet a személyek mint érdekhordozók és projektfejlesztők *kölcsönös elismerésében* gyökerezik. A tisztelet akkor is érvényes elvárás, ha valaki mások projektjeit értéktelennek tartja. A többiek projektjei tiszteletének követelménye nem a szóban forgó projekt értékén alapul, hanem azon, hogy *egy személy projektjéről van szó*.³⁰⁷

Gerald Dworkin álláspontjában is nyilvánvaló az autonómia koncepciója és a személy fogalma közötti szoros kapcsolat. Mások céljai és érdekei

³⁰⁶ Hildt 2006: 60–61.

³⁰⁷ Vö. Benn 1988: 109–130.

lenezésének tilalmát ő is a személyeknek mint morális cselekvések független forrásának képzetével alapozza meg, akik éntudattal és a célirányos cselekvés képességével rendelkeznek. Amikor egy személy autonómiára törekszik, akkor saját életét alakítja és értelmet ad annak. Mivel a személyek olyan lények, akik saját életüket alakítják, saját értékeket alkotnak, saját terveket és projekteket dolgoznak ki, ezért érdekeiket figyelembe kell venni és projektjeiket értékelésre és tiszteletre méltónak tartani. *A személyeket azért illeti meg a morális tisztelet, mert rendelkeznek az önmeghatározás képességével.*

2.3.4. A személystátusz tulajdonításának és elismerésének jelentősége medicinális kontextusban

Ezek az érvelések alapvető jelentőségűek, mert nemcsak a személyeket jellemző önmeghatározó életvezetés képességét emelik ki, hanem a személyekkel szembeni tiszteletet és az általuk szabadon választott célok és projektek tiszteletét, elismerését, valamint ezek szoros összefüggését. Ez az összefüggés *megalapozásként szolgálhat a személyek tájékoztatáson alapuló, szabad és önmeghatározó döntéseinek követelménye számára.* Ezen elméleti megfontolás alapján a medicina mindennapi gyakorlatában kiemelt jelentőség illeti meg a tisztelet és az elismerés követelményeit.³⁰⁸ Egy páciens életvezetése az orvos részéről akkor is tiszteletet érdemel, ha azt nem tartja sem helyesnek, sem rokonszenvesnek. Az orvos *nem rendelkezik morális felsőbbrendűséggel az orvos-beteg kapcsolatban: szakmai kompetenciája erre semmiképpen nem jogosítja fel.*

2.4. Autonómiaképesség és az autonómia megvalósítása

Különbség tehető egy személy általános autonómiaképessége és konkrét helyzetekben gyakorolt képessége között. Az előbbi azt a képességet jelöli, hogy a személy *képes* autonóm döntésekre és szabad cselekedetekre, és

³⁰⁸ Hildt 2006: 61–62.

arra, hogy saját kezébe vegye az életét. A második a személynek arra a *lehetőségére* vonatkozik, hogy meghatározott helyzetben a konkrét életkörülmények alapján, pl. korlátozó tényezők hiányának fennállása esetén autonóm módon döntsön és szabadon cselekedjen. *Az autonómia előfeltételei közé tartozik mind az autonómia általános képessége, mind az ennek gyakorlására való lehetőség meghatározott helyzetekben.*

Felmerül a kérdés, hogy mennyiben vannak autonómiaképes személyek abban a helyzetben, hogy konkrét és mindig sajátos medicinális szituációkban autonóm módon döntsenek és szabadon cselekedjenek. Másként fogalmazva: mennyire lehetséges az általános autonómiaképesség megvalósítása és gyakorlása a medicina mindennapjaiban? Ennek megválaszolásához szükség van az autonómiaképesség általános előfeltételeinek, valamint a konkrét szituációkban gyakorolt autonóm döntéseknek, önmeghatározó cselekvéseknek a tisztázására.³⁰⁹

2.4.1. Az autonómiaképesség előfeltételei

Az autonómia képességével egy személynek azt a képességét írjuk le, hogy *önmeghatározó módon alakítja életét*. Három komponens tekinthető e képesség előfeltételének: a cselekvési képesség, a racionalitás és a függetlenség.³¹⁰

a) Cselekvési képesség

A cselekvési képesség birtokában a tudat önmagába merítkezik, mint olyan lénybe, amelynek vágyai és intenciói vannak, s ezekből kiindulva cselekszik, hogy megvalósítsa azokat. Széles körben elterjedt nézet, hogy cselekvési képességük révén különböznek az emberek más élőlényektől. Az állatoknak ugyan vannak vágyaik, de önmaguk tudatának képességével nem

³⁰⁹ A cselekvési szabadságról, a választási szabadságról és a döntési szabadságról zajló viták mellett azokat a mechanizmusokat is vizsgáljuk, amelyek révén a megfelelő szabadságok megterhelése is felléphet. Hildt 2006: 63, valamint uo. B.3.2. fejezet.

³¹⁰ Vö. Miller 1995.

rendelkeznek, ezért nincsenek tudatában vágyaiknak, és nem képesek akar-
ni azt, hogy ezek a vágyak cselekvésekben realizálódjanak.³¹¹

A cselekvési képesség jelentőségét különösen Alan Gewirth hangsú-
lyozta.³¹² Egy cselekvőképes egyén szemszögéből mindig van a tények és
értékek között kapcsolat. Minden cselekvő egy bizonyos célt akar elérni
cselekvésével, olyan célt, ami számára értéket jelent. Mivel arra törekszik,
hogy pozitívan értékelt céljait elérje, kénytelen a cselekvési képességét is
értékelni, ami alapvető feltétel a célok eléréséhez. A cselekvés konstitutív
jegyeinek és közvetlenül szükséges feltételeinek tekinti Gewirth az akarást
(Willentlichkeit) és a szabadságot, illetve a célirányosságot és a jóllétet. Az
akarás és a szabadság a cselekvés konstitutív jegye annak *procedurális*
aspektusában, vagyis előfeltétel ahhoz, hogy a cselekvő külső kényszer
nélkül abban a helyzetben legyen, hogy a releváns körülmények ismereté-
ben saját maga határozza meg cselekvését. A célirányosság és a jóllét a cse-
lekvés konstitutív jegyei annak *tartalmi* aspektusa szerint.³¹³

b) A racionális döntéshozatal képessége

A cselekvés autonómiaképességének második összetevője a racionális dön-
téshozatal képessége: észszerű módon hozunk döntéseket azért, hogy meg-
határozott célokat elérjünk. Ezzel a képességgel rendelkezni annyit tesz,
hogy meg tudunk adni okokat a képviselt álláspont mellett, vagy meg tu-
dunk nevezni releváns motivációkat, amelyek a cselekvéseink indítékai.

Egy személynek különböző előfeltételekkel kell rendelkeznie ahhoz,
hogy képes legyen racionális döntéseket hozni.³¹⁴ Ilyen előfeltételek az
alábbiak: meggyőződései alávethetők legyenek követhető, belátható igaz-
ságkritériumoknak, fel kell ismernie kötelezettségeket és ebből kiindulva
kell cselekednie, képesnek kell lennie döntési alternatívák kidolgozására
és kiértékelésére, értékek és meggyőződések alapján kell képesnek lennie
a döntéshez eljutni.

³¹¹ Benn 1988; Miller 1995, valamint Hildt 2006: 64.

³¹² Gewirth 1978, 1982, 1990.

³¹³ Hildt 2006: 65.

³¹⁴ Raz 1986; Dworkin 1988; Miller 1995.

A döntési képesség előfeltételezi az éntudat bizonyos mértékének meglétét. Idetartozik az, hogy egy választást meghozni akaró személynek tudatában kell lennie a rendelkezésre álló opcióknak, tisztában kell lennie azzal, hogy élete kiterjed egy hosszabb időtartamon túlra, s ezt figyelembe kell vennie azoknál a döntéseinél, amelyek életének fontos aspektusait érintik. Továbbá képesnek kell lennie annak felmérésére, hogy a különféle opciók mennyiben gyakorolnak tartós hatást élete további menetére és minőségére.

Medicinális kontextusban egy páciens döntési képessége a tájékoztatóson alapuló beleegyezés alapvető előfeltétele.

c) Függetlenség

Az autonómiaképesség harmadik összetevője a függetlenség, amely tartalmilag lényegében azonos az *akaratszabadsággal*.³¹⁵ Ez annak a megkülönböztetésnek a megvilágítását szolgálja, ami az akaratszabadságra, valamint az autonómia belső aspektusaira és a külső hatásokra vonatkozik, s amelyek adott esetben behatárolhatják egy személy függetlenségét. Gerald Dworkin a függetlenség követelménye kapcsán arra hívja fel a figyelmet, hogy *minden személynek saját személyes története és társadalmi kötöttségei vannak, ezért nincs abban a helyzetben, hogy meggyőződését, elveit és szabályait teljesen saját maga válassza meg*. Ehelyett valójában minden személy *lassan bontakozik ki adott környezetében társadalmi és pszichológiai vonatkozásban is*, és nagymértékben a szülők, a család, valamint a társadalmi és kulturális környezet alakítják ki nézeteit és beállítottságát. Dworkin szerint az autonómia a magatartás magyarázatául szolgál, s az én (Selbst) és minden más tényező közötti viszonyra irányul.

d) A személy első és második szintű identifikációi és az autentikusság

Egy személy azonosulhat azokkal a hatásokkal, amelyek ösztönzőek számára, s képes azokat saját magába beépíteni, ezáltal önmagát olyan személyként látni, aki *meghatározott módon motivált* cselekvésekre. Vagy elutasíthatja, hogy éppen ezek a külső tényezők befolyásolják, és ehelyett

³¹⁵ Hildt 2006: 65.

más hatások befolyását kívánhatja. A reflektáló önértékelésre való ezen képességet nevezük az ítéletalkotás második szintű képességének, amelyben a saját nézeteket, vágyakat, preferenciákat értékeljük és kialakítjuk hozzájuk a saját alapállásunkat. Ez a személyekre jellemző képesség szembeállítható az állatoknál is meglévő reflektálatlan vágyak első szintű képességével.³¹⁶ Dworkin szerint az autonómiához szükség van arra, hogy egy személy második szintű identifikációi összhangban legyenek az első szintű motivációikkal. Az autonómiának ezt a szükséges, de nem kielégítő feltételét Dworkin autentikusságnak nevezte.³¹⁷ Hasonló nézetet képvisel H. G. Frankfurt, aki szerint egy személy akkor rendelkezik akaratszabadsággal, ha abban a helyzetben van, hogy első szintű vágyait összhangba tudja hozni ezen vágyak értékelésével, azaz a második szintű volíciókkal.

Dworkin később arra az álláspontra helyezkedett, hogy nem az identifikáció vagy a hiányos identifikáció a döntő az autonómia szempontjából, hanem az a képesség, hogy a személy utánakérdezzen annak, hogy vajon később azonosulni fog-e azokkal az okokkal, amelyek alapján most cselekszik, vagy pedig el fogja vetni ezeket.³¹⁸ Szerinte ugyanis az autonómia azzal a képességgel van kapcsolatban, hogy az egyének első szintű motivációikat nemcsak felülvizsgálják, hanem változtatják is, ha éppen úgy kívánják.

2.4.2. Az autonómia megvalósításának előfeltételei konkrét helyzetekben: a tájékoztatáson alapuló beleegyezés kritériumainak tágítása

Valamely meghatározott döntés abban a mértékben autonóm, és egy cselekvés abban a mértékben szabad, *ahogyan a személy alapvető autonómiaképességét a mindenkor konkrét kontextusban képes érvényesíteni.* A döntéshozó és cselekvő egyén számára adott előfeltételek mellett szerepet játszik ebben az is, *ahogyan tiszteletben tartják más személyek az ő autonómiá-*

³¹⁶ Frankfurt 1981; Hildt 2006: 66.

³¹⁷ Dworkin 1976; Hildt 2006: B.4.3.2.1.

³¹⁸ Dworkin 1988.

*ját.*³¹⁹ Ez érvényes az orvos-beteg kapcsolatban is: a tájékoztató beszélgetést követően az orvos, ha nem is ért egyet páciense döntésével, mégis tiszteletben tartja és végrehajtja azt. Például ha a daganatos beteg nem fogadja el a javasolt kemoterápiát vagy annak ajánlott, szerinte azonban túlzott mennyiségét, akkor az orvos ezt nemcsak tudomásul veszi, hanem tiszteletben tartja, amit kifejezésre juttat a közös kommunikációs térben.³²⁰

a) A döntési és a cselekvési szint megkülönböztetése

Az autonómia konkrét szituációkban történő megvalósításának elemzésekor különbséget kell tenni a *döntési és a cselekvési szint* között. A döntési szint a döntések autonómiáját vizsgálja, a cselekvési szint pedig azt, hogy a cselekvések mennyiben külső kényszer nélkül mennek végbe. Míg az autonómia a döntési szinten helyezendő el, addig a cselekvések szabadsága arra vonatkozik, hogy egy személy mennyire van abban a helyzetben, hogy mindenfajta kényszer nélkül, szabadon cselekedjen. A két szint között van átjárás: külső vagy belső kényszerek fennállása, fontos információk hiánya, vagy megfelelő választási alternatívák hiánya nemcsak a cselekvések szabadságát terhelik meg, hanem a döntési szabadság szintjét is, mivel *döntéseket mindig a fennálló lehetőségek konkrét kontextusában kell meghoznunk*. Mindaz, ami korlátozza a cselekvési vagy választási szabadságot, a döntési szabadságra is negatív hatást gyakorol.³²¹

³¹⁹ Ebben az összefüggésben egyesek amellet érveltek, hogy az autonómia elve megfelelőbb, mint az autonómia tiszteletének elve. Childress rámutatott arra, hogy egy ilyen átfogó leírás hozzájárul ahhoz, hogy elkerüljük az autonómia és az autonómia elve formuláiban kézenfekvő súlypontozást, amely a mindenkori saját autonómia átfogó megvalósítását érinti. Hiszen egy ilyen ideál világosan különbözik más személyek autonómiája tiszteletének elvétől. Az első egy személy autonómiájának megvalósítását és ennek feltételeit emeli ki, a második mindenkinek arra a kötelességére vonatkozik, hogy tartsa tiszteletben mások autonómiáját és lehetőleg ne avatkozzon be más személyek autonómiájába. Vö. Childress 1982; Hildt 2006: 68–69.

³²⁰ A személy autonómiája tiszteletének követelménye a leginkább prominens változatban Kantnál található a kategorikus imperatívusz alábbi megfogalmazásában: „Cselekedj úgy, hogy az emberiséget mind saját személyedben, mind minden más ember személyében mindenkor öncélnak tekinted és sohasem pusztá eszközként használd.” Másokat személyként kezelni pedig azt jelenti, hogy saját célokkal rendelkező racionális személyeknek tekintjük és ilyenként tiszteljük.

³²¹ Hildt 2006: 68.

b) Más személyek autonómiájának tisztelete és a kielégítő autonómia

Más személyek autonómiájának tisztelete arról való lemondásként írható le, hogy olyan cselekedeteket hajtsunk végre, amelyek mások autonóm döntéseivel és cselekvéseivel interferálnak. Idetartozik másoknak fizikai vagy pszichikai nyomás alá helyezése vagy külső kényszernek való alávetése információk manipulációja által. Ennek megvan a veszélye a medicina gyakorlatában is. Mivel az autonómia fokozati jellegű, ezért az autonómia tiszteletének joga nem előfeltételezi, hogy az autonómia maximális mértékben valósuljon meg: reálisan az *autonómia kielégítő (szubsztanciális) mértékének megléte* várható el.³²² Az említett páciens esetében a kielégítő autonómia azt jelenti, hogy kielégítően megértette a diagnózist és a terápiás javaslatot, majd érthetően fejezte ki a tiszteletadás kölcsönösségének feltételei mellett a terápiás javaslat visszautasítását, vagy elfogadta a csökkentett terápiás javaslatot.

c) Az autonóm cselekvés három kritériuma

Ruth Faden és Tom Beauchamp dolgozták ki a cselekvés autonómiájának azt a fogalmát, amit ma is sokan osztanak. Szerintük X. akkor cselekszik autonóm módon, ha mindazok a feltételek teljesülnek, amelyek az autonóm cselekvés szükséges feltételei. Ezek a következők:

1. X. intencionálisan cselekszik;
2. X. a helyzet ismeretében cselekszik;
3. X. külső befolyásoktól mentesen cselekszik.³²³

Mivel mind a megértési feltétel, mind a külső kontroll hiánya fokozati jelleggel rendelkezik, ezért az *autonómia konkrét helyzetekben történő megvalósításának mértéke is fokozati jellegű*.

Az autonóm cselekvések ezen kritériumai összhangban vannak a *tájékoztatáson alapuló beleegyezés modelljével*. Ez elegendő alapot nyújt Hildt szerint ahhoz, hogy azokat az aspektusokat, amelyeket Faden és Beauchamp

³²² Faden–Beauchamp 1986; Childress 1990; Schöne-Seifert 1996. Ehhez Hildt 2006: 68.

³²³ Faden–Beauchamp 1986: 238. – Nem tesznek különbséget a döntési és a cselekvési szint között. Ehelyett az autonóm cselekvés fogalmát alkalmazzák, amely mindkét nézőpontot tartalmazza.

autonóm cselekvések alatt tárgyalnak, a tájékoztatáson alapuló beleegyezés témakörén belül tárgyaljuk.

d) Az autonóm cselekvés komplexitásának mérlegelési követelménye a tájékoztató beszélgetésben

Az autonóm cselekvések fogalmáról adott fenti jellemzés középpontjában a konkrét helyzetekben lehetséges befolyásoktól való mentesség, azaz a negatív szabadság nézőpontja áll. Ez a tájékoztató beszélgetések alapvető kritériuma egyben. Ezzel szemben az önmeghatározó életvezetés szempontjának ebben a medicinális kontextusban nincs érdemi jelentősége: az orvost nem érdekli a páciens önmeghatározó életvezetése, s úgy véli, ez nem tartozik rá. Ám a helyzet bonyolultabb, mert az orvost ugyanakkor törvényesen köti és kötelezi a páciens önmeghatározásra (a beteg önrendelkezésre) való joga, ami adott esetben a páciens életkereteiből kiszakítva meglehetősen problematikus helyzetekhez vezethet és vezet. Hildt azt tanácsolja, hogy *ne csak a releváns információk megértését és a döntési képességet emeljük ki, hanem vegyük tekintetbe a racionális döntéshozatal körülményeit és az autentikusság szempontjait is*. Ezen túlmenően *a rendelkezésre álló opciók és ezek jellege*, a páciensnek erről való korrekt tájékoztatása is mérvadó azon kérdés tekintetében, hogy mennyire realizálható a medicinális gyakorlat kereteiben konkrét helyzetekben az autonómia.

III/3. Az autonómia és megvalósításának előfeltételei – cselekvéseméleti megközelítésben³²⁴

Az autonómiaképesség megvalósításához szükséges, hogy egy személy autonóm módon hozza meg döntését és szabadon cselekedjen, önmeghatározóan alakítva életét. A szabadságnak a cselekvés vonatkozásában három aspektusa van: 1. a tervezett cselekvés kivitelezésére vonatkozó szabadság (cselekvési szabadság); 2. a rendelkezésre álló választási lehetőségekre vonatkozó szabadság (választási szabadság); 3. szabadság a döntéshozatal szintjén (döntési szabadság).

3.1. Cselekvési szabadság

A szabadon véghez vitt cselekedetek eredete a cselekvő személy azon képességében van, hogy megfelelő reflexiók és ezáltal szerzett tudás alapján autonóm módon eldöntheti, melyik cselekedetet akarja végrehajtani. Nem véletlenül van szoros kapcsolat a cselekvési szabadság és a döntési szabadság között. A döntési szabadság inkább a mentális, szellemi irányultságú reflexiós folyamatot és ennek befolyásolási lehetőségeit érinti, a cselekvési szabadság viszont a cselekvés körülményeire vonatkozik. A választási szabadságnál a választási lehetőségek száma és minősége van a középpontban.³²⁵

³²⁴ Az etikai cselekvéseméleti alapelvek általánosabb kérdésköréhez lásd Ach et al. 2016.

³²⁵ Hildt 2006: 70–71.

3.1.1. Cselekedetek – egyéni cselekvéseméleti perspektívából

a) Intenciók, felelősség, propozicionális beállítódás

A cselekedetek a személyek magatartásának intenciókon nyugvó elemei: a cselekedet tudatos, szándékolt magatartás. A cselekvés terve és a felelősségvállalás között szoros összefüggés van. Ne csupán a retrospektív, visszamenőleges felelősségtulajdonításra gondoljunk, hanem a jövő iránti felelősségre is, amely magába foglalja a következmények felmérésén alapuló, előrelátó gondoskodási felelősséget is. Ez a medicinában különösen fontos szempont. A szándékolt cselekedetektől megkülönböztetendők az olyan következmények, amelyeket egy személy nem szándékoltan idéz elő és ezekért semmiféle felelősséget nem visel.

A cselekedetek nem magyarázhatók csak meggyőződésekből vagy vágyakból. Ugyanis a meggyőzések és a vágyak nem feltétlenül kerülnek megvalósításra. A cselekedetek véghezvitelében inkább *propozicionális beállítódások* játszanak szerepet, amelyek meghatározott dolgok *tényleges* keresztülvitelére irányulnak. Cselekvések akkor jönnek létre, ha egy vágy, hogy meghatározott célt elérjünk, alkalmat kínál *alapos megfontolásra*. Az arisztotelészi felfogás szerint az emberi cselekedetek három összetevőből vizsgálhatók meg: 1. egy célra irányuló vágy megléte; 2. érett megfontolás által létrejött meggyőződés, hogy egy meghatározott, rendelkezésre álló cselekvési mód e cél elérését szolgálja; 3. ennek a célnak mint eredménynek megfelelő cselekvés kiválasztása.

b) Közvetlenül érzékelt kívánság, célirányos vágy és a kielégítéshez alkalmas cselekvés

Különbőség tehető egy közvetlenül érzett kívánság, egy célirányos vágy és a cél eléréséhez alkalmas cselekvésnek alapos megfontolás révén létrejött kiválasztása között. Az alapos megfontolás azt jelenti, hogy ténylegesen reflektálunk arra, miként teljesülhet egy meglévő vágy. Az alapul szolgáló vágyat olyan fontosnak tartjuk, hogy azt *szükséges* realizálni. Ettől megkülönböztetendő az a nem különösebben kötő szint, ahol azt fontoljuk meg, hogy miként *teljesülhet* egy meglévő vágy. Ez a *hipotetikus eljárás* általánosságban foglalkozik a lehetőségekkel, anélkül hogy konkrét cselekedetbe való átvitelükre törne. Két különböző, eltérő karakterű személy rendelkezik

het ugyanazzal a vágygal, de ezek a vágyak mégis különböznek, ahogyan különböznek a személyek, amikor alaposabban utánagondolnak és ennek alapján egymástól eltérően cselekszenek.³²⁶ Az egyén számára *személyes döntés kérdése, hogy mely vágyak kerülnek ténylegesen megvalósításra.*

Egy vágy teljesülésének alapvető feltétele ennek realizálhatósága, ami- nek individuális és gyakorlati-technikai aspektusai vannak. Számos vágy mindig hipotetikus szinten fog maradni általános természeti adottságok miatt, mint pl. a halhatatlanság vagy a repülni tudás vágya. Ugyanakkor újabb technikai fejlemények pl. a medicina területén lehetővé teszik olyan vágyak megvalósítását, amelyek korábban hipotetikusnak számítottak (például az újraélesztés, a szervtranszplantáció vagy mesterséges szervek használata, mint amilyen a hemodialízis).

c) A közösségi cselekvésekre irányuló cselekvéseméleti modellek várhatóan emelkedő jelentősége

A hagyományos cselekvéseméletek többnyire az egyéni cselekvésre és az egyéni felelősségtulajdonításra koncentrálnak. A közösen hozott döntések folyamatosan növekvő jelentősége miatt (pl. az orvos-beteg kapcsolat keretében és kommunikációs tereiben hozott döntések, vagy a medicina egyre több területén a teammunka terjedése révén) emelkedik azoknak a cselekvéseméleti modelleknek a jelentősége, amelyek közösségi/társadalmi cselekvésekre vonatkoznak. Tisztázandó kérdés: miként lehet az ilyenfajta cselekvést és felelősséget az egyes részt vevő cselekvőknek tulajdonítani, azaz a felelősséget konkrétan, személyekhez rendelve meg- és felosztani.³²⁷ Ez meglehetősen összetett kihívás, hiszen a pácienssel érintkező egészségügyi személyzet, a családtagok, a barátok, adott esetben a törvényes képviselő/helyettesítő mind beletartoznak a közösségi cselekvések és az adekvát felelősségtulajdonítások, illetve felelősségmegosztások körébe.

³²⁶ Anscombe 1966; Donagan 1987; Hildt 2006: 74.

³²⁷ Faden-Beauchamp 1986; Donagan 1987; Benn 1988; Maring 1991; Lenk 1992; Nida-Rümelin 1996; Irrgang 1997. Idézi Hildt 2006: 72–73.

3.1.2. Cselekvések – egy külső személy/idegen nézőpontjából

a) Megfontolások a minimalista morális elvárások és a közösségi értékek határmezsgyéjén

A cselekedetek magukkal hoznak olyan következményeket, amelyek a cselekvő személyek mellett egy külső, *harmadik személyt is érintenek*. A cselekvési szabadságra irányuló megfontolásoknál alapvető jelentőségű, *meddig terhelhetik meg külső személyek/idegenek mások cselekvéseit*. Ebben az összefüggésben fogalmazza meg John Stuart Mill *A szabadságról* című esszéjében általános szabályként az alábbiakat: „A szabadság egyetlen fajtája, mely megérdemli ezt a nevet, ha saját javunkra a magunk módján törekedhetünk mindaddig, míg nem próbálunk másokat ugyanebben megakadályozni, vagy gátolni ezt célzó erőfeszítéseiket.”³²⁸

A Mill megfontolására épülő álláspontok magva a következő: ameddig egy személy cselekvésével másoknak semmiféle kárt nem okoz, addig szabadon teheti azt, amit szeretne. Mill megfontolásai arra a kérdésre vonatkoznak, hogy meddig és milyen körülmények között engedélyezett az államnak az egyének szabadságába való beavatkozása. Amellett száll síkra, hogy az egyént védelmezni kell az állami beavatkozástól olyan cselekedetek esetében, amelyek csak őt magát érintik. Ez a követelmény a magánszféra és a nyilvánosság szétválasztását és az előbbinek az utóbbival szembeni védelmét szolgálja. Az ilyen álláspontokat minimalistának is nevezik, mert a cselekvés vagy az életstílus morális megítélésének mértékadó kritériuma „mindössze” annyi, hogy vajon okoz-e kárt másoknak. Ez a fajta etika *a nyugati világban az utóbbi évtizedekben széles körben elterjedt*. Ám Mill elvét elferdítve adaptálták: *a morális magatartást átfogó értelemben jelenti, holott Mill eredetileg az egyén és az állam közötti kapcsolatra vonatkoztatta ezt az elvet*. E minimalista álláspont *megnehezíti, sőt lehetetlenné is teheti közösségi értékek képződését és követését*.

b) Magánszféra és nyilvánosság

A nyilvánosság és a magánélet imént jelzett szigorú elválasztása szinte lehetetlen: csak nagyon kevés olyan magáncselekedet van, amely semmi-

³²⁸ Mill 1980: 32–33.

féle nyilvános összefüggést nem implikál. Tisztán magáncselekedetek feltevése az egyes egyén teljes függetlenségét előfeltételezné, mégpedig a táplálkozás, a kultúra és a nyelv területén is, ami teljes képtelenség.³²⁹ A magánszférának és a nyilvánosságnak ez az elválasztása és a cselekvéseknek a magánszférához való rendelése s ezáltal a közösségi morális (erkölcsi) megítélés alól történő kivonása *a magánérdekek követését legitimáló érveként* szolgálhat. Ennek következménye az is, hogy az e területeken végrehajtott cselekvésekért *a felelősséget az egyes egyének tulajdonítják*. A felelősség ilyenfajta individualizálódása különösen olyan esetekben tűnik problematikusnak, amelyekben a cselekvő személy számára mértékadó szerepet kapnak társadalmi okok, az életkörülmények stb.³³⁰ A felelősségtulajdonítás ezen individualista változata medicinális kontextusban *a páciens túlterhelésének veszélyét* is maga után vonja.

3.1.3. A cselekvési szabadság mint külső kényszer hiánya

Széles körben elterjedt felfogás szerint *cselekvési szabadságon az értendő, hogy megtehetjük azt, amit megtenni szeretnénk*. A szabadság mindennapi felfogása szerint valaki abban a mértékben szabad, amilyen mértékben nem avatkoznak bele a cselekvésébe.

Általánosságban különbség tehető a korlátozó külső hatásoktól való szabadság (pl. kényszerek, félelmek, szükséghelyzetek) és azon szabadság között, hogy valamit megtegyünk, meghatározott dolgok mellett döntünk, pl. a lovaglás vagy az olvasás mellett. *A szabadság attól függetlenül fennáll, hogy ténylegesen gyakorolják-e.*³³¹ A személy akkor is birtokában van annak a szabadságnak, hogy x-et megcselekedje, ha ezt nem teszi.

A szabadság hiányáról általában csak akkor beszélhetünk, ha olyasvalamiről van szó, amit értelmes módon megcélózhatunk. Nem erről van szó akkor, ha valaki hiányzó képességek, természeti adottságok stb. alapján eleve nincs abban a helyzetben, hogy meghatározott dolgokat megtegyen.

³²⁹ Callahan 1981; Hildt 2006: 76.

³³⁰ Hildt 2006: 75–76.

³³¹ Uo. 77.

A szabadság hiánya inkább kényszer vagy büntetési fenyegetettség fennállásakor áll elő.

a) A büntetési fenyegetettség mint kiegészítő cselekvési motívum

A Thomas Hobbesra visszanyúló nézet azt képviseli, hogy a büntetési fenyegetettség nem korlátozza a személyt szabadságában, hanem inkább *kiegészítő cselekvési motívumot* jelent. Ti. a cselekvő személy kedvezőtlen feltételek fennállásakor is rendelkezik azzal a szabadsággal, hogy egy meghatározott opció mellett vagy ellen döntsön, még ha a büntetési fenyegetettség ezt kevésbé vonzóvá is teszi. Ennek a nézetnek nem túl plauzibilis implikációja az lenne, hogy azt a valakit tartanánk szabadnak, aki a fenyegető büntetés ellenére véghez viszi a cselekedetet, míg azt, aki a fenyegetettség miatt a szándékolt cselekvést elhagyja, nem tartanánk szabadnak. Ezen nézet szerint ugyanis egy személyt csak akkor lehet tettéért felelősségre vonni, ha jóváhagyta az őt ért nyomást és kényszert. Ezzel a felfogással szemben fel lehet hozni, hogy ilyen kényszerhelyzetekben nincs szó szabadságról és valódi választásról, ezért *a személy nem vonható felelősségre kényszer alatt végrehajtott cselekedetekért.*

A szándékolt cselekvés és a fenyegető következmények közötti gondos mérlegelésre mindenképpen szükség van. A hiányzó cselekvési szabadságra való hivatkozás pedig csak akkor fogadható el, ha a szándékolt cselekvéssel kapcsolatos költségek, áldozatok stb. a külső kényszer miatt túl magasra rúgnának.³³²

Vagyis *ab ovo* nem beszélhetünk a szabadság hiányáról akkor, ha egy meghatározott cselekvés csak bizonyos költségek vagy hátrányok tudomásulvétele mellett hajtható végre. Ugyanis egy meghatározott cselekvési opció választásával együtt jár azon opciókról való lemondás, amelyek mellett nem döntöttünk. *A szabadság hiánya inkább olyan nehézségekkel megterhelt helyzetekben áll elő, amelyek normális körülmények között nem állnának fenn.*

³³² Benn 1988; Hildt 2006: 77–78.

b) Egy személy szabadságának korlátozása egy harmadik személy által

Nem minden esetben terheli meg egy személy szabadságát, ha cselekvéseire egy másik személy valamilyen befolyást gyakorol – mindaddig, amíg a rendelkezésre álló opciókat nem korlátozza valamilyen beavatkozás. Ám végső soron minden ajánlat, minden segítségkérés vagy egy személy cselekvési lehetőségeire való rákérdezés befolyást gyakorol, mert új opciók nyílhatnak meg ezáltal. S nem történik beavatkozás a cselekvő képességeibe az új opcióknak a korábbiakkal való mérlegelése során, ha a cselekvő saját maga dönt, hogy elfogadja-e az új ajánlatot.

c) A szabadság és az elismerés iránti vágy

Isaiah Berlin szerint az emberek nemcsak a külső kényszerektől való mentesség szabadságára törekszenek, hanem arra is, hogy ne ignorálják őket vagy ne bánjanak velük lekezelően. Az egyén a maga egyediségében való megfelelő elismerésre törekszik. Így a társadalmi elismerés keresése hasonlít a szabad, önálló cselekvőnek lenni vágyához. Elvégre egy ember önképét nagymértékben meghatározza a társadalmi környezet: az, amit mások gondolnak róla, az, ahogyan mások reagálnak rá. Berlin szerint a szabadság hiánya gyakran az elismerés hiányából ered. Egy egyén olyan mértékben érezheti magát nem szabadnak, amilyen mértékben nem önmeghatározó és nem elismert lényként érzlelik őt a környezetében, vagy ha nem kielégítően tisztelt és elismert tagja a csoportnak. A szabadsághoz való ilyen közelség ellenére az elismerés iránti vágy nem közvetlenül a szabadságot célozza meg, hanem a jobb megértést, az érdekek figyelembevételét, az egyenrangú kapcsolatot.

3.1.4. A szabadságot behatároló kényszerek

A mások által gyakorolt ellenőrzés vagy kényszer hiánya a cselekvési szabadság lényeges alapfeltétele. Az ellenőrzésmentes és kényszermentes cselekvések úgy jellemezhetők, hogy vagy nem voltak céljai mások befolyásoló próbálkozásának, vagy ha mégis, úgy ez a próbálkozás vagy nem

volt sikeres, vagy nem vezetett ahhoz, hogy a cselekvőt eltérítse cselekvési vágyától és meggyőződésétől.³³³

a) A befolyásolás formái: meggyőzés, kényszer, manipuláció

A befolyásolás különféle forrásból eredhet és különféle formát ölthet: testi erőszakkal való fenyegetés, ígéretések, anyagi előnyök, hazugságok tartoznak ide. J. P. Day a befolyásolás lehetőségeinek nagy számát különbözteti meg. A befolyásolás erőszakos lehetőségei közé tartoznak a kényszerek, a fenyegetések, a megszegyenítés, az önkényuralom, a provokáció szélsőséges formái. Erőszakmentes befolyásolási lehetőségnek tartja az elrendelést, a kérést, az ajánlatot, a meggyőzést, a tanácsadást, a figyelmeztetést, a dicséretet, a büntetést és az elrettentést.

Ruth Faden és Tom L. Beauchamp a befolyásolás három alapformáját különböztetik meg: a meggyőzést, a manipulációt és a kényszert. Ám élesen nem választhatók el ezek egymástól. A *meggyőzés* kapcsán a következő esetet hozzák fel: egy személy befolyás alatt lehet anélkül, hogy a befolyásoló személy ellenőrzése alatt állna mindaddig, amíg azon az alapon cselekszik, amit ő maga akar, és nincs alávetve a befolyásoló személy akaratának és céljainak. A *kényszer* mások által tökéletesen ellenőrzött cselekvéseket jelent. A két szélsőség között található egy kontinuum: a befolyások különböző mértékű hatással rendelkezhetnek. Ez a *manipuláció*. A befolyásolás tulajdonításakor szubjektív szempont is szerepet játszik: az, hogy miként érzékeli a mindenkor érintett személy a befolyásolást és ennek milyen hatásai vannak rá. *A személyek különböző mértékben képesek ellenállni a megkísérelt befolyásnak.*

Kényszer gyakorlásaként értendő minden olyan befolyásolás, amely csökkenti a nyomás alá helyezett személyek cselekvési szabadságát vagy adott esetben meg is akadályozza azt. Kérdés, hogy mikortól értendők külső befolyások kényszernek, s mikortól korlátozzák a cselekvő szabadságát morálisan szignifikánsan. Kérdés az is, hogy mikor lehet beszélni külső és belső befolyásolásokról, amelyeket azonban nem tekinthetünk a cselekvési szabadságot korlátozó kényszereknek.³³⁴ Végző soron minden

³³³ Faden–Beauchamp 1986: 258; Hildt 2006: 79.

³³⁴ Hildt 2006: 80–81.

emberi cselekvés sokrétű keretfeltételek befolyása alatt megy végbe, legyenek ezek egyéni vagy társadalmi céltételezések és elvárások, vagy egy konkrét helyzetben adott realiztikus lehetőségek.

b) A kényszer

Különböző szerzők eltérően jellemzik a kényszer érvényesülését.³³⁵ Joseph Raz a *feltételek komplex következményeként írja le a kényszert*.³³⁶ Ez a meghatározás a fenyegetésről szóló kijelentések formájában történő kényszergyakorlást jelöli. Ám egy ilyen megnyilvánulás csak akkor tekinthető kényszerként gyakorolt fenyegetésnek, ha hiányzó engedelmisség esetén súlyos büntetéssel kell számolni. Az a tény, hogy egy személy kényszer alatt cselekedett, a cselekvés igazolását vagy teljes felmentést jelent.

A kényszerfenyegetések csökkentik a megfenyegetett személy számára rendelkezésre álló cselekvési opciókat. Ily módon könnyen lehet arra a nézetre jutni, hogy az erőszakos fenyegetés, vagyis a cselekvési opciók számának csökkentése révén a megfenyegetett személy helyzete nagy valószínűséggel romlik. Ennek az a tétel az alapja, hogy egy racionális személy számára mindig jobb, ha nagyobb számú cselekvési lehetősége van.³³⁷ Ezzel szemben egy nem erőszakkal támogatott ajánlat nem csökkenti a cselekvési opciók számát, sőt gyakran emeli azt. Mindazonáltal kiegészítő ajánlat is megengedhetetlen módon befolyásolhat egy személyt, mint pl. ha nem fairesk a keretfeltételek, vagy ha a személy nem rendelkezik kellő ismerettel, hogy értékelje az ajánlatot, vagy ha más okból nincs abban a helyzetben, hogy az implikációkat helyesen értékelje.³³⁸ A fenyegetéssel összekapcsolt szélsőséges ajánlatok a szabadság korlátozásához vezethetnek: *mind a fenyegetések, mind a szélsőséges ajánlatok a szabadság korlátozását jelentik, ha a fenyegetés túl erős vagy az ajánlat nagyon vonzó*.³³⁹

A kényszer alatt véghez vitt cselekvések implikációiban két aspektus különböztetendő meg. Egyfelől a kényszer gyakorlása befolyásolhatja

³³⁵ Faden–Beauchamp 1986; Hildt 2006: 81.

³³⁶ Raz 1986: 148–149; Hildt 2006: 81.

³³⁷ Raz 1986; Hildt 2006: 82.

³³⁸ Raz 1986; Hildt 2006: 83.

³³⁹ Day 1977; Raz 1986; Hildt 2006: 83.

a személy autonómiáját a kikényszerített cselekvéssel járó következmények révén. Másfelől az alapul szolgáló intenció révén is megterheli az autonómiát a kényszer gyakorlása és a manipuláció. Sok esetben azért lehet káros a *kényszer gyakorlása, mert a személyt nem autonóm cselekvő lénygé degradálja*, és nem feltétlenül a közvetlenül megfogható következmények miatt, amelyek adott esetben nem is különösebben súlyosak.³⁴⁰

3.2. Választási szabadság

3.2.1. A választási szabadság szerkezete

A választási szabadság alábbi aspektusait különböztetjük meg: választási opciók, szituációfüggés (objektív előfeltételek és személyes preferenciák), beavatkozás a választásba.

a) Választási opciók

A választási szabadság a több és/vagy többféle opció közötti szabad választás lehetőségét jelöli. A választás előfeltételezi, hogy több, különböző opció áll rendelkezésre. Minden opció mellett más okok szólnak. Ezért a választás egymással konfliktusban álló megfontolások viszonylatában megy végbe: a választás során le kell mondani bizonyos dolgokról mások javára.³⁴¹

b) Szituációfüggés, objektív választási előfeltételek és szubjektív-személyes preferenciák

A személyek mindig szituációfüggő determinánsok keretében hozzák meg választási döntéseiket. Különböző emberek konkrét választási szituációkban eltérő nézeteik, sajátos egyéni élettörténeteik különböző külső és személyes feltételei alapján jutnak eltérő választási döntésekre.

Egy választási szituációt objektív és szubjektív választási előfeltételek szerint jellemezhetünk.³⁴² Az *objektív választási előfeltételek* közé soroljuk a cselekvő képességeit, a rendelkezésére álló eszközöket és a megterhelő

³⁴⁰ Raz 1986.

³⁴¹ Hildt 2006: 84–85.

³⁴² Benn 1988.

akadályok hiányát. Idetartozik továbbá a mindenkori választással összefüggő lemondás más lehetőségekről. A *szubjektív választási előfeltételek* magukba foglalják egyfelől a cselekvő értékelését az objektív választási előfeltételekről, pl. saját képességei vagy a rendelkezésre álló eszközök és ezek megfelelése vonatkozásában. Ezen túl idetartoznak a cselekvő nézetei arról, hogy milyen dolgokat tart ösztönzőnek és milyen cselekvéseket értelmesnek, azaz preferenciáinak, céljainak és elveinek összessége. Ezek a tényezők a konkrét választási szituáció értékelésével együtt vezetnek a mindenkori választási döntéshez.

c) Beavatkozás a választásba és a szabadságba

Egy személy szabadságába való beavatkozás *tényleges intervenció* révén mehet végbe. Ez történhet az *objektív választási előfeltételek romlása* következtében, pl. ha a releváns eszközök nem állnak rendelkezésre, vagy elvonásra kerülnek, vagy ha a cselekvési opciók költségei fenyegető mértékben emelkednek, s így meghatározott opciók már nem vonzóak vagy többé nem választhatók. Az ilyen típusú beavatkozások *gyakorik a medicina*ban. Egy személy (a páciens) szabadsága megterhelhető a *szubjektív választási előfeltételek megváltoztatása* révén is. *Félreinformálással megteveszthető a személy/a páciens*, pl. ha a rendelkezésre álló eszközökről hamis adatokat vagy környezetének viselkedéséről hamis információkat kap.³⁴³ A személy/páciens nézeteinek és preferenciáinak, vagyis a szubjektív választási előfeltételeknek a befolyásolása meghatározhatja választási döntését anélkül, hogy a választási szituáció objektív feltételei megváltoznának. Ily módon a személyektől/páciensektől *elrabolható az a szabadság, hogy dolgokat megtegyenek, amit az adott helyzetben minden további nélkül megtehetnének*. Ebben az összefüggésben *különös jelentősége van a tájékoztató beszélgetéseknek, a megfelelő információk megfelelő körülmények között és megfelelő hangnemben és stílusban történő átadásának*.

A választási szabadság szerkezetének tárgyalása után a választás és a választási lehetőségek értékét vizsgáljuk, majd a választási szituációk adekvátságának (szabadságának) kritériumait, a választási lehetőségek számát,

³⁴³ Hildt 2006: 85–86.

a választási lehetőségek aktualizálásának nehézségeit, végül a választás minőségét tárgyaljuk.

3.2.2. A választás és a választási lehetőségek értéke: instrumentális érték és önérték

A választás és a választási lehetőségek meglétének instrumentális és belső érték tulajdonítható.³⁴⁴ Azért tulajdonítunk értéket a választási lehetőségeknek, mert ezek megléte kauzálisan hozzájárul további javak megcélzásához. A *kiegészítő választási lehetőségek* növelik a meglévő vágyak kielégítésének valószínűségét.³⁴⁵ Kívánhatunk magunknak pl. egy ruha vásárlásakor nagy választékot abban a reményben, hogy a kiegészítő opciók mellett inkább találunk megfelelő darabot, mint a már meglévő opciók között. Olyan esetekben is lehet előny kiegészítő opciók rendelkezésre bocsátása, amikor a már meglévő opciók ideálisan kielégítik a szóban forgó preferenciákat, pl. ha változnak a preferenciák, és a megváltozott preferenciákat a nagyobb választék jobban kielégítheti. A kiegészítő, korábban nem használt opciók kipróbálása megváltoztathatja a preferenciákat is: pl. stílusában, esetleg jellegében is másfajta ruhát vásárolunk, mint amit eredetileg akartunk, mondjuk koktélsruha helyett nadrágkosztümöt. Ezen túlmenően a nagy választék rendelkezésre állásának instrumentális érték tulajdonítható, mivel a különböző lehetőségek közötti választás sok embernek örömet és elégedettséget szerez. A választási döntéshozatal hozzájárul meghatározott képességek és karakterjegyek kifejlődéséhez. Így az a személy, aki gyakran hoz ilyen döntéseket, több önbizalmat és erősebb ítélőerőt fejleszt ki, mint aki inkább passzívan viselkedik. *A választás és a választási lehetőségek megléte önmagában véve érték, ezért kívánatos.*

Ezzel szemben Gerard Dworkin azon a nézeten van, hogy nem önmagában a választás és a választási lehetőségek meglétéhez járul önérték, hanem inkább ahhoz az elváráshoz, hogy olyan lénynek tekintsenek és ismerjenek el, amely abban a helyzetben van, hogy választási döntéseket hozzon. Elvégre a *választási döntés képessége* alapozza meg annak képe-

³⁴⁴ Dworkin 1988.

³⁴⁵ Hildt 2006: 86–87.

tét, hogy mit jelent személynek, morálisan cselekvő lénynek lenni, amely-lyel szemben mások tisztelettel tartoznak. A választási lehetőségek továbbá döntőek a jó élet alakításához. Mert egy döntéseket hozó személy, aki meg-tervezi az életét, a választási lehetőségek meglétének olyan értéket tulaj-donít, amelyek lényegesek a jó élet megvalósításához. *A jó élet nagymér-tékben azáltal lesz saját élet, hogy saját választási döntések alakítják. Ez pedig az ember személylétével összefüggő komplex érték.*³⁴⁶

3.2.3. A szabadság mértékének öt tényezője a választási lehetőségek vonatkozásában

A személyes autonómia megvalósításához egy személynek *nemcsak vá-lasztási lehetőséggel kell rendelkeznie, hanem meghatározott tulajdonságú választási lehetőségek adekvát mennyiségével és mértékével.* Így az auto-nómia előfeltételezi a különböző opciók megfelelő számának a meglétét, akkor is, ha ebből nem vezethető le egy meghatározott opció meglétének igénye.³⁴⁷

Az alternatívák pusztá megléte nem elegendő. *A szabadság mértéke* ebben a vonatkozásban IsaaH Berlin³⁴⁸ szerint *öt tényezőtől függ:*

1. a rendelkezésre álló lehetőségek számától;
2. e lehetőségek aktualizálásának nehézségétől;
3. e lehetőségeknek a cselekvő élettervében betöltött jelentőségétől, a cselekvő karakterét és életkörülményeit illetően;
4. attól a mértéktől, ahogyan ezeket a tudatos emberi cselekvés lehető-vé teszi vagy elzárja;
5. attól az értéktől, amelyet a cselekvő, illetve az őt körülvevő társada-lom a különböző lehetőségeknek tulajdonít.

Míndez figyelembe veendő az értékeléskor, akkor is, ha meglehetősen ne-héz az egyes aspektusokról konkrét összefüggésben precíz adatokat meg-adni, ahogy Berlin maga is bevallja.

³⁴⁶ Hildt 2006: 87–88.

³⁴⁷ Raz 1986.

³⁴⁸ Berlin 1990.

Az alábbiakban a cselekvési opciók adekvátságának jellemzőit vizsgáljuk.

3.2.4. A választási lehetőségek száma

a) A több cselekvési lehetőség mindig jobb

A választási szabadság alapvető feltétele több különböző választási lehetőség megléte: csak több és többféle opció rendelkezésre állása esetén nyílik meg a lehetőség egy személy előtt arra, hogy a számára kedvező opciót kiválassza.³⁴⁹

Széles körben elterjedt nézet szerint a racionális lények számára előnyben kell részesíteni, hogy több és nem kevesebb választási lehetőség fölött rendelkezzenek. Első pillantásra ez plauzibilis tézisnek tűnik, mivel a kiegészítő opciók kiegészítő cselekvési opciókat nyitnak meg, amelyek közül a cselekvő szabadon választhat.³⁵⁰ Annak az álláspontnak az igazolására, hogy a több cselekvési lehetőség mindig jobb, mint a kevesebb, alapvető érv, hogy a cselekvő személy kiegészítő cselekvési opciók megléte esetén nem kerül rosszabb helyzetbe, mint anélkül, hiszen nincs arra kényszerítve, hogy feltétlenül az új kiegészítő opciók közül válasszon.

Az a nézet, miszerint a racionális egyének számára a több cselekvési opció fölötti rendelkezés mindig jobb, mint a kevesebb, megkérdőjelezhető pl. Joseph Raz szerint. Gerald Dworkin³⁵¹ példákkal mutat rá azokra a *nem kívánatos implikációkra, amelyek növekvő választási lehetőségek meglétéből adódhatnak. Ebből azonban nem következtet arra, hogy a választási lehetőségek és a cselekvési opciók száma korlátozandó.* Ugyanakkor nem kívánatos implikációk megjelenése vezethet bizonyos helyzetekhez, amelyekben inkább arra érdemes törekedni, hogy bizonyos opciók ne álljanak rendelkezésre.³⁵²

³⁴⁹ Hildt 2006: 89.

³⁵⁰ Raz 1986; Benn 1988; Dworkin 1988, valamint Hildt 2006: 89.

³⁵¹ Dworkin 1988.

³⁵² Hildt 2006: 90.

b) A cselekvési opciók bőségének lehetséges kedvezőtlen hatásai

1. *A döntés költségei és a döntéshozatal terhei.* Idetartoznak az időbe és pénzbe való befektetés, amit egy személynek vállalnia kell, amihez viszont előfeltétel, hogy a választási lehetőségekről alaposan tájékozódjon. Elvégre a mindenkori cselekvési alternatívák és összefüggések részletes ismerete alapján lehet értelmesen meghozni egy döntést. Így a döntéshozatal előkészítésének idő- és anyagiráfördítés-vonzata van. De pszichés terhek is felépíhetnek, amelyek annak tudatából erednek, hogy meg kell hozni egy olyan döntést, amelynek messzeható következményei lehetnek.

2. *A választási döntésre vonatkozó felelősség vállalása* akkor lép fel, ha egy személy nem a véletlenre, a sorsra vagy más személyekre hagyatkozik, hanem aktívan beavatkozik a dolgok menetébe, és maga hozza meg a választási döntést.

3. *Társadalmi hatások a döntéshozóra:* abban a mértékben, ahogyan a személyek döntési játékterei bővülnek, kívülállók számára is növekszik annak lehetősége, hogy szankciók révén befolyást gyakoroljanak a döntéshozókra. Ilyen befolyás legegyszerűbben a döntéshozónak a döntés révén felvetődő felelősségére való hivatkozással érhető el.

4. *Visszahatások a döntési helyzetre:* az új cselekvési lehetőségek sokszoros kölcsönhatásba lépnek a régi, eredetileg meglévő opciókkal és a kiinduló helyzet lényeges megváltozásához vezethetnek. Módosulhat a korábbi opciókhoz való hozzáállás új lehetőségek fennállásakor, ami szignifikánsan befolyásolhatja a meghatározott lehetőségek melletti döntés valószínűségét.³⁵³

5. *Társadalmi következmények:* némely esetben nagyon is kérdéses, hogy egy egyén számára akkor is kívánatosak-e bizonyos szabadságok, ha azok csak a mellett a feltétel mellett érhetőek el, ha a társadalom minden tagja rendelkezik ezekkel az opciókkal. Meghatározott szabadságok széles körű elérhetőségének társadalmi következménye, hogy adott esetben éppen azon csoportok szabadságterei terhelődnek meg, amelyek számára nagy jelentőségűek a kiegészítő opciók. Ezen érvelés szerint lehet észszerű bizonyos választási lehetőségek birtoklásának visszautasítása, ha kezdettől

³⁵³ Uo. 90–91.

fogva tudatában vannak annak, hogy ez káros lenne a hosszú távú érdekeikre.³⁵⁴ Azonban azt a döntést, hogy szabadon lemondjunk meghatározott választási lehetőségekről, világosan meg kell különböztetni egy kívülállóval a céllal történő beavatkozásától, hogy csökkenjen a rendelkezésre álló cselekvési opciók számát.

Az autonómia tisztelete visszafogottságot ajánl más személyek választási lehetőségeinek korlátozását illetően, akkor is, ha a visszafogottságot tanúsító személynek saját érdekében állna a másik személy választási lehetőségeinek korlátozása. Például, ha az illetékes orvos a páciens választási lehetőségeit azáltal korlátozza, hogy nem tájékoztatja őt az összes lehetséges kezelési módról, ezek várható hasznáról és kockázatairól. Ennek nemcsak egészségügyi vonatkozásban lehetnek negatív hatásai, hanem sérti a páciens autonómiáját és a betegjogokat, sőt adott esetben a személyiségi jogokat is.

3.2.5. A választási lehetőségek aktualizálásának nehézségei

Felmerül a kérdés: milyen nehézségekkel kell számolni a meglévő választási lehetőségek közül történő tényleges választáskor?³⁵⁵ A választási lehetőségek konkrét helyzetben történő aktualizálása során részben a mindenkori egyén személyes tulajdonságaiból fakadó nehézségek, részben külső keretfeltételekből és korábbi választási döntésekből adódó nehézségek merülhetnek fel.

Választási döntéseket mindig különféle hatások alatt hozunk. Hipotetikusán kigondolt, teljesen szabad választási döntésről, amelyben minden lehetőséget egyenlő mértékben figyelembe vesznek, nem is lehet szó – már csak a mindenkori ember biológiai keretfeltételei alapján sem.³⁵⁶

Kénytelenek vagyunk belátni: bár széles körben elterjedt az a vélekedés, hogy a választási döntéseknél szabadon választunk a rendelkezésre álló opciók közül, valójában azonban a mindenkori választási lehetőségek azokra a *reális feltételekre és opciókra korlátozódnak, amelyek korábbi tapasztal*

³⁵⁴ Dworkin 1972; Hildt 2006: 91.

³⁵⁵ Hildt 2006: 92.

³⁵⁶ Morison 1984.

talatok segítségével aktualizálhatók. Emellett korábbi élmények is szerepet játszanak, aminek az érintett személy esetleg nincs is tudatában.

A rendelkezésre álló választási lehetőségek tartalmaznak *hosszú távú, mélyebb hatással járó opciókat*, valamint *rövid távú, csekély hatásúakat és a kettő között található opciókat*. Ez lehetővé teszi hosszú távú projektek követését, hosszú távú kapcsolatokba és elköteleződésekké való belépést, ezeknek az időbeli korlátokon túli kibővítését vagy módosítását. A hosszú távú projektekben is lehetőség kínálkozik a mindennapi élet triviális dolgairól való megfelelő döntésekre. *A tágabb időhorizont nagy előnye, hogy lehetővé teszi egy személy számára saját életének közép- és hosszú távon történő alakítását.* Hiszen a személyek többnyire nem egyszer s mindenkorra hoznak döntéseket, amelyek feltétlen következményét egész hátralévő életükben viselniük kellene. Inkább *újra meg újra hoznak egymásra következő döntéseket és új célokat tűznek ki, s közben a későbbi célok módosíthatják a korábbiakat*, pl. relativizálják azokat vagy támogatják őket, s az induló projekteket a korábbiak elősegítik. Az azonban kétségtelen, hogy *a korábbi jelentős választási döntések nagymértékben befolyásolhatják a jövőbeli szabad választási döntéseket.*³⁵⁷

A meglévő választási opcióknak olyannak kell lenniük, hogy nagyobb nehézségek és akadályok kényszerű elfogadása nélkül lehessenek választhatók. Ezért is játszik nagy szerepet a kényszer hiánya a választási döntések jellegének meghatározásakor. Ha egy személynek csupán az a lehetősége van, hogy meghatározott cselekvéseket véghez vigyen vagy elveszítse az életét, akkor nem beszélhetünk adekvát választási lehetőségről. Ha meg akarjuk állapítani, hogy egy cselekvés szabadon vagy kényszer hatása alatt megy végbe, akkor nem elegendő csak arra kérdezni, hogy az adott személy azt teszi-e, amit tenni kíván. Mert súlyos fenyegetések mellett is lehetséges, hogy a megfenyegetett személy úgy cselekszik, ahogy saját maga szeretne, amennyiben úgy dönt, hogy a külső nyomást jóváhagyja, bár a fenyegetésnek ellenállhatott volna.³⁵⁸

Annak megállapításához, hogy a cselekvési okok mikor terhelik meg a cselekvő szabadságát és mikor nem, szükség van *a cselekvés második*

³⁵⁷ Raz 1986; Hildt 2006: 92–93.

³⁵⁸ Vö. Hildt 2006: B 4.1.3. fejezet.

szintjének volícióira, annak tisztázására, hogy az érintett személy hogyan áll ahhoz a helyzethez, amellyel szembesülnie kell és amelyben cselekednie kell. *A hozzáállás tisztázása döntő*: ebben az összefüggésben deríthető ki, hogy a cselekvő elégedetlen-e a dolgok menetével, vagy belsőleg is egyetért azzal.³⁵⁹

3.2.6. A választási lehetőségek minőségi sajátossága

A rendelkezésre álló választási lehetőségek adekvátságának fontos szempontja a meglévő *opciók értéke és minősége*.³⁶⁰

Az *opciók sokfélesége* az egyik kritérium. A hasonló lehetőségek közötti választás nem is igazi választás. Példaként gondoljunk arra a két opcióra, amikor 1. öt alma közül kell választani egy gyümölcsöt, vagy 2. alma, körte, szilva, ananász és kiwi közül kell egy gyümölcsöt kikeresni.

A cselekvési lehetőségek *nem lehetnek triviálisak és jelentéktelenek*, pl. olyan opció, hogy most vagy egy kicsit később étkezzek. További kritérium, hogy a meghozandó *választási döntéseket nem uralhatják egzisztenciális személyes szükségletek*, pl. a saját élet védelmének törekvése. Ez nemcsak a fizikai túlélésre vonatkozik, hanem azon alapvető tartalmakra is, amelyekre egy személy élete irányul. Egy személy jólléte ugyanis nagymértékben függ személyes kapcsolataitól és alapvető projektjeitől. Ezért, ha akadályba ütközik az alapvető célok követése, az nagymértékben rontja a jóllétet. Ha egy ember életvezetése erősen függ egyetlen meghatározott céltól, akkor az a döntési helyzet, amelyben minden választási lehetőség egy kivételével ennek az egyetlen célnak a feladásához vezetne, igen *komoly kényszert jelentene* számára. Mert választási döntését az a törekvés uralná, hogy megőrizze azt az életet, amelyet folytat. Nem a tisztán testi túlélésről van tehát szó, hanem annak megtartásáról, amit egy ember élete jelent, és ami számára fontos. Az ellenállás lehetősége fennáll, ám a követ-

³⁵⁹ Ha közelebbről akarjuk értékelni a választási lehetőségeket, akkor a metaválasztási döntések szintjét kell megvizsgálni. Ehhez Nozick 1972; Dworkin 1988, valamint Hildt 2006: 93.

³⁶⁰ Raz 1986.

kezményekért az eddigi életstílus feladásával és egy új élet felépítésével kellene fizetnie.³⁶¹

A fizikai túlélés szempontja medicinális kontextusban sem lehet kizárólagos: a páciens személylétéhez emellett hozzátartozik mindaz, amit a saját élete, emberi kapcsolatai, terve, értékpreferenciái számára jelentenek.

3.3. Döntési szabadság

A döntési szabadság koncepciójának keretében különböző aspektusokat vesznek figyelembe. Sokrétű körülmények, mint pl. adekvát választási lehetőségek megléte vagy a kényszer hiánya játszanak itt szerepet. *Am a döntési szabadság attól független, hogy ténylegesen fennáll-e a cselekvési szabadság.*

Egy személynek az az általános képessége, hogy döntéseket hozzon, a döntési szabadság alapvető feltétele. *Egy személy csak akkor hozhat adekvát döntéseket, ha a döntés számára releváns összefüggésekről kielégítő mennyiségű információval rendelkezik. Továbbá kellően meg kell értenie és megfelelően súlypontoznia ezeket az információkat, illetve fel kell fognia a szóban forgó összefüggések és információk jelentőségét a meghozandó döntés számára.* Ezeket az aspektusokat az orvosi etika a tájékoztatáson alapuló beleegyezés keretében tárgyalja, ahol a szabad, jól informált döntéshozatal áll a középpontban.

Az alábbiakban olyan szempontokat vizsgálunk, amelyeket a tájékoztatáson alapuló beleegyezéskor többnyire *nem vesznek figyelembe, jóllehet relevánsak a döntés számára.* Az egyik szempont a személy azon játéktérét érinti, amelyen belül szabadon adja beleegyezését az őt érintő cselekvésekbe és beavatkozásokba, vagy húzódozik az együttműködéstől.³⁶² A másik szempont a függetlenség és az autentikusság aspektusaira világít rá. Itt azt vizsgáljuk, hogy egy személy döntései valóban az ő döntései-e, azok az ő saját értékeit és preferenciáit tükrözik-e vissza, vagy inkább mások befolyására hozta meg a döntéseket.

³⁶¹ Raz 1986; Hildt 2006: B 4.1.4. fejezet.

³⁶² Hildt 2006: 95.

3.3.1. Engelhardt procedurális egyetértés-felfogása

H. Tristram Engelhardt *minden résztvevő szabad beleegyezésének* jelentőségét emeli ki.³⁶³ Szekuláris etikájában döntő elem az autonómia elvén alapuló jóváhagyási/beleegyezési elv. Autonómiaértelmezése ennek megfelelően személyek azon képességére vonatkozik, hogy szabadon adják meg beleegyezésüket, pl. a páciens egy adott beavatkozásba.

Engelhardt szerint, ha egy plurális társadalomban békésen akarunk személyek közötti konfliktushelyzeteket lezárni, akkor a konfliktusban minden érintett/résztvevő szabadságára tekintettel kell lenni. Ez minden egyes érintett jóváhagyásának megszerzésével történhet. Ezt fogalmazza meg az egyetértési/beleegyezési elv (principle of permission, Zustimmungsprinzip). Mindazok a személyek, akik ezt az elvet tisztelik, együttesen alkotják a békére kész közösséget. A morális nézetek pluralitása ellenére az egyetértési/beleegyezési elv révén adva van a közösség minden tagja számára hozzáférhető megértés arról, hogy mit jelent a morális autoritás alapján való cselekvés. *A morális autoritás azoknak az egyetértéséből adódik, akik elhatározták, hogy együttműködnek*: a résztvevők e szabad egyetértése révén jön létre a morális autoritás.

Ám senki nem kényszeríthető beleegyezésre. Ha egy személy húzódozna egy meghatározott megállapodás jóváhagyásától, akkor tudomásul kell venni, hogy határai vannak az egyetértésnek (Übereinstimmung).³⁶⁴ Vele szemben nem gyakorolható semmiféle erőszak vagy kényszer.

Ezen etikakoncepció középpontjában *az egyes egyén szabadságának tisztelete* áll, amelyet nem írhat felül a többségi döntés. Ugyanakkor a szabadságot önmagában véve nem fundamentálisan megcélzandó értéknek tekinti Engelhardt, s a békére való hajlandóságnak sem tulajdonít különös értéket, mert ezáltal egy bizonyos különös morális álláspont kitüntettségét feltételeznél. Ehelyett *a cselekvésben érintettek szabadságának tiszteletét tekinti a morális vonatkozásban igazolt cselekvés szükséges és kielégítő feltételének*.

³⁶³ Vö. Engelhardt művét a bioetika megalapozásáról: 1986, 1996. Ehhez Hildt 2006: 96.

³⁶⁴ Hildt 2006: 96–97.

Ezen felfogásban Hildt szerint két dimenzió különíthető el: 1. egy *plurális társadalomban érvényes szekuláris etika dimenziója*, amelynek nincs semmilyen konkrét tartalma és ezért képes különböző morális csoportosulások átfogására; 2. az *egyes morális csoportosulásokban meglévő tartalomban gazdag koncepciók/élettervek dimenziója*, amelyek a jó élet és a tartalmilag rögzített morális kötelezettségek vonatkozásában sajátos, *partikuláris* elképzelésekhez vezetnek.

Mivel általános szinten semmiféle konkrét cselekvési cél nem tűzhető ki, ezért a beleegyezési/egyetértési elv révén elsősorban *elhagyási jogokat és elhagyási kötelezettségeket* jelölünk meg. Vagyis azt a kötelezettséget, hogy *nem kell cselekedni*, ha a cselekvésben érintettek közül nem áll rendelkezésre mindenkinek az egyetértése. *Pozitív jogok és köteleességek csak akkor adódnak, ha ígéretek és szerződések betartásáról van szó.*

Medicinális kontextusban ez az elv a *tájékoztatáson alapuló beleegyezés közegében kiemelt jelentőségű.*³⁶⁵ Kétségtelen azonban, hogy ezen elv önmagában nem elegendő akkor, ha konkrét állításokat akarunk tenni a megfelelő egészségügyi ellátásról. Elvégre *az orvosok, a gondozók és a társadalom sokrétű pozitív kötelezettséggel rendelkeznek a páciensek ellátása és támogatása tekintetében.* Engelhardt viszont mindezt a jót tevés elvéhez kapcsolja, és nem köti össze a tájékoztatáson alapuló beleegyezéssel.

Nem ritkán lép fel bizonytalanság azzal kapcsolatban, hogy kit lehet a cselekvésben *érintettek* jelölni, vagyis kinek az egyetértését kell beszerezni a cselekvés, az orvosi beavatkozás végrehajtása előtt. Ez a kérdés medicinális kontextusban különösen olyan eljárások közegében merül fel, amelyek így vagy úgy egész családokat vagy a népesség szélesebb köreit érinthetik. Gondoljunk pl. a szervátültetés vagy az embriókutatás jóváhagyására. Kérdés, hogy csak a közvetlenül érintett személyek beleegyezését kell-e beszerezni, vagy közvetett módon a társadalom más tagjai is érintettek-e.³⁶⁶ A megfelelő követelményt legitimálhatja valamely, a társadalom számára nem kizárható kockázat, pl. az első klinikai transzplantációk kivitelezésekor egy retrovírussal való megfertőződés addig ismeretlen kocká-

³⁶⁵ Hildt 2006: 98, valamint a C.1.2. fejezet.

³⁶⁶ Hildt 2006: 99.

zata.³⁶⁷ Vagy gondoljunk arra, hogy a humán embriókkal végzett kutatás bizonyos gyakorlatai kapcsán a népesség egy része emberi méltóságában sértettnek érzi magát.³⁶⁸ Nehézségek adódnak emberek reprodukív klónozásának lehetősége kapcsán, amikor a közvetlenül érintettek elvileg nem adhatják meg egyetértésüket a beavatkozásba.³⁶⁹ Az ilyen magas kockázatú eljárásoknál, ahol a beavatkozás „eredményeként” adódó személyek autonómiaképessége és életminősége erőteljes beavatkozásnak van kitéve, általában nem lehet előfeltételként kikötni e személyek vélelmezhető egyetértését.

Engelhardt szerint morálisan relevánsak azok a cselekvések, amelyek olyan egyéneket érintenek, akik éntudattal és racionalitással rendelkeznek, önmagukat szabad és felelősségteljes entitásokként érzlelik. Ezáltal az embriókon, az értelmi fogyatékosokon vagy demenciát szenvedő embereken végzett cselekvések a hiányzó beleegyezési képesség révén alapvetően egy másik, morális szempontból kevésbé problematikus kategóriába kerülnek – akkor is, ha szociális megfontolásból csak *kvázi személytátság* tulajdonítható nekik.³⁷⁰

3.3.2. Az egyetértési elv procedurális (jogi-eljárási) koncepciójából adódó nehézségek

Nehézségek lépnek fel az egyetértési elv *procedurális jellege* kapcsán. Az a megállapítás, hogy egy bizonyos kérdésről egyezség jön létre, még nem mond semmit az egyezség tartalmáról és ennek morális legitimitásáról. Engelhardt a beleegyezés/egyetértés feltételén túl semmiféle konkrét kötelező tartalmat nem ad meg a morális autoritással cselekvő számára. Az eti-

³⁶⁷ Schicktanz 2002. – Kovács József szerint ez csak xenotranszplantáció esetén jön szóba, vagyis állatból emberbe való kísérleti transzplantációnál. Ám ezt ma – éppen a fertőzés veszélye miatt – nem engedélyezik.

³⁶⁸ Birnbacher 1996; Hildt 2006: C. II.2.2.1. fejezet.

³⁶⁹ Kovács József hozzáteszi: ez a normál reprodukcióra is vonatkozik. Egyikünk sem adhatta beleegyezést abba, hogy megszülessen. – A német vitához vö. Habermas 2005, valamint erről Rózsa 2014.

³⁷⁰ Itt bizonyos hasonlóság mutatkozik az Engelhardt által képviselt álláspont és a kommunikatív alapállás között. Vö. Hildt 2006: 100, valamint uo. B.2. fejezet.

kának ez az értelmezése inkább *a konfliktusmegoldás eljárásához kínál segítséget*. Ám az etika szerepe nem merül ki abban, hogy a mindenkori cselekvést megelőzően közvetítsen a cselekvést illető egyezség és egyetértés létrehozásában. Ugyanis *az etikában alapvetően a mindenkori szándékolt cselekvés és a mindenkori egyetértés tartalmáról is szó van*.³⁷¹

Különösen problematikus, hogy Engelhardt nézete *semmiféle teret nem biztosít a döntés előtti alternatívák értékelésére és a rendelkezésre álló cselekvési opciók megfontolására*. Attól eltekintve, hogy az érintetteknek egyetértésre kell jutniuk, *nincs semmiféle további kritérium egy meghatározott intézkedés tartalmi értékelésére*. Valójában csak akkor beszélhetünk szabad döntésről, ha elfogadható cselekvési opciók állnak rendelkezésre. Különböző cselekvési opciók közötti döntés esetén nem csak az a tény játszik szerepet, hogy elvileg fennáll a választási lehetőség, s az érintett személyek egy meghatározott opcióval egyetértenek vagy húzódoznak attól. Inkább releváns a döntésre váró cselekvési opciók száma és minősége, valamint más személyek szándékos korlátozásának hiánya.³⁷²

Ezért az érintettek autonómiája akkor is lényegesen korlátozott, ha egy meghatározott opcióval való egyetértésüket ugyan nem kényszer hatására fejezik ki, de a rendelkezésre álló cselekvési opciók nem tekinthetők kielégítőnek. Különösen ha pl. stratégiai okokból (pl. az egészségügyi intézményben takarékosági intézkedések miatt) csak *rossz, nem kielégítő cselekvési opciókat kínálnak a pácienseknek, akik ennek következtében jobb alternatívák hiányában kényszerülnek meghatározott választásra*. Ebben az esetben nem következtethetünk az érintettek egyetértéséből a megállapodás jogszerűségére. Medicinális kontextusban gondolhatunk különféle, előre láthatóan rossz kezelési lehetőségek közötti választási lehetőségekre, miközben fennállna egy jobb kezelési lehetőség is, amellyel azonban a páciens pl. a magas költségvonzat miatt mégsem rendelkezhet.

A lehetőségek szoros összefonódására való tekintettel az egyetértés vagy az elutasítás kifejezése, ennek egyes esetben történő tényleges meg-

³⁷¹ Az sem elfogadható, hogy egy személynek semmiféle károkozás nem tulajdonítható olyan cselekvések által, amelyekkel egyetértett – legyenek azok saját vagy idegen cselekvések. Vö. Feinberg 1971.

³⁷² Hildt 2006: 100–101, valamint uo. a B.4.1.4. és a B.4.2. fejezetek.

állapítása valóban nehéz. Továbbá különbséget kell tenni azon dolgok között, amelyeket valaki elfogad, és azok között, amelyekkel valaki kifejezetten egyetért.³⁷³

Ezen túl problematikusnak tűnik, hogy ha az érintett személyek, akik korábban megadták egyetértésüket, a továbbiakban már nem rendelkeznek legitimációval arra, hogy pl. panaszt tegyenek, ha úgy érzik, hogy igazságtalanul bánnak velük, vagy ha helyzetükkel, a körülményekkel elégedetlenek. Például azért, mert a technológiai fejlődés időközben egy előre nem látható opcióval bővítette a beavatkozási lehetőségeket, vagy mert korábban alábecsülték a meghatározott kezeléssel együtt járó kockázatot és ezt korrigálni szeretnék, vagy mert a közvetlen vagy közvetett következményeknek korábban nem voltak teljesen tudatában. *A procedurális egyetértés (a formanyomtatvány aláírása) medicinális kontextusban lezárna minden további korrekciós lehetőséget, ami teljes mértékben életidegen, sőt anti-humánus jelleget ad a beleegyezésnek.*

Engelhardt ugyan hangsúlyozza: az egyetértést nem szabad erőszak alkalmazásával megcélozni, pl. olyan eszközökkel, mint testi erőszak, kényszer vagy pl. becsapás, szerződésszegéssel való fenyegetés, szükséges információk visszatartása. Azonban nem zárja ki a „békére kész manipulációt”, ami pl. akkor történik, ha a partnereket/a pácienset nem tájékoztatják a valódi szándékokról.

Azon vitáknak az eredménye, amelyek keretében az érintettek egyetértését meg kell szerezni, nagymértékben függ *a résztvevők tárgyalási és kommunikatív képességeitől*. Akinek megvan a képessége mások befolyásolására pl. ügyes tárgyalási taktika révén, vagy aki érti azt, hogy kell teljesíthetetlen követelményeket felállítani, hogy ily módon többet érjen el, mint egyébként elérne, tehát aki egészében véve „ügyesen” tud tárgyalni ahhoz, hogy észszerű kompromisszumokat megakadályozzon és ezáltal saját pozícióját jobban érvényesítse, az nagyobb sikert célozhat meg.³⁷⁴

Engelhardt álláspontja nem előfeltételezi a személyek kölcsönös tiszteleten alapuló érintkezését, azt, amikor minden személy (orvos és páciens) tiszteletben tartja a többiek álláspontját, és egy adott közös probléma közös

³⁷³ Robinson 1997.

³⁷⁴ Robinson 1997; Hildt 2006: 102.

megoldásán fáradozik. *Egyetlen feltételként az erőszak gyakorlásának tilalmát fogalmazza meg, míg a másik fél manipulálása, a tárgyalás során alkalmazott „ügyeskedést” is beleértve, megengedett.*³⁷⁵ Ennek megfelelően jelentős szerepet kap ebben a felfogásban a mások befolyásolásának képessége.

A tárgyaló fél státuszának is van jelentősége. Ha nagy különbségek vannak a tárgyaló felek között, akkor nem várható el az érintettek kölcsönös egyetértésre való hajlandósága, ami a morális konfliktusok megoldásának normális eszköze. Ez egészen addig mehet, hogy az egyenlőtlen kiinduló feltételek miatt egyesek jelentős hátrányt szenvednek.³⁷⁶ Elvégre *a felek közötti egyenlőtlenség* megléte a csekélyebb műveltséggel, jövedelemmel, hatalommal rendelkezőket eleve veszélyezteti szabad egyetértésük kialakításában és megadásában. Ezért a hátrányos helyzetben lévők számára éppen az idegen beavatkozások elhagyását megcélzó *egyetértési elv nem elegendő és nem megfelelő konfliktusok megoldására.* Weiner szerint *minden érintettnek kötelessége a jelentős és a tárgyalási helyzet (tájékoztató beszélgetés) számára releváns egyenlőtlenségek felszámolása, ami a kölcsönös egyetértés fontos előfeltétele.* Ebben az összefüggésben az orvos kötelessége, hogy a tájékoztatáson alapuló beleegyezés keretében *a páciens* átfogóan és részletesen tájékoztassa.³⁷⁷

3.3.3. Hitelesség és függetlenség

A döntési szabadság központi eleme egy személynek az a lehetősége, hogy függetlenül hozhassa meg döntését, és ebben ne korlátozzák külső befolyások, manipulációk vagy kényszerek.

Míg kényszer gyakorlása esetén csökkennek a személy rendelkezésére álló opciók, addig a manipuláció gyakorlása nem interferál a személy rendelkezésére álló cselekvési lehetőségekkel. *A manipuláció inkább azt a módot változtatja meg, ahogy egy személy meghozza döntését, ahogy preferenciákat alakít ki vagy célképzeteket dolgoz ki.* Ilyen manipulatív befolyás

³⁷⁵ Engelhardt 1996: 308; Hildt 2006: 102.

³⁷⁶ Weiner 1997.

³⁷⁷ Vö. Hildt 2006: 103, illetve uo. C.1.2. fejezet.

lehet hamis információk közvetítése, a cselekvési opciók nem megfelelő bemutatása, a másik személyes gyengéinek kihasználása vagy szélsőséges jutalmazás ígérete (vagy elvárása: paraszolvencia).³⁷⁸

Ezek a megengedhetetlen manipulációs formák megkülönböztetendők azoktól a befolyásolásoktól, amelyek minden döntés közegében szerepet játszanak, ám mégsem tekinthetők kényszernek vagy manipulációnak. Ide tartoznak olyan befolyásolások, mint pl. a páciensnek a családtagok érdekeivel ellentétes vágyai (pl. a megtakarításából szép és drága holmikat szeretne vásárolni, hogy jól érezze magát a kórházban, amit viszont a családtagok fölösleges kiadásnak tartanak). A manipulatív befolyásolástól eltérően itt egy személyt meggyőzési folyamatban arra vesznek rá, hogy szabadon meghatározott beállítódást sajátítson el. (A családtagok meggyőzik a páciensről, hogy a vágyai teljesítése fölösleges és értelmetlen kiadásokkal járna, és a páciens elfogadja ezt.)

Mások véleményének mélyreható átvétele viszont megterhelheti a döntési szabadságot. Tipikus példa erre egy társadalmilag széles körben elterjedt nézet (ideológia) befolyása, vagy közel álló személyek véleményének olyan túlzott hatása, hogy a személy/páciens már nem a saját értékei és beállítottsága szerint dönt, hanem aszerint, hogy mások mit tartanak helyesnek vagy vélhetően mit várnak el tőle.

A döntési szabadság függetlenségének jelentőségével kapcsolatban két nézőpontot emelünk ki: a hitelességet és a kielégítő (szubsztanciális) függetlenséget.

a) Egy személy, egy cselekvés és magatartás hitelessége vs. nem hitelessége
Egy személy döntése akkor hiteles, ha összhangban van saját értékeivel és beállítottságával, valamint közép- és hosszú távú életterveivel. Egy cselekvés hitelességére vonatkozó kérdés akkor értelmes, ha a cselekvéssel komoly implikációk kapcsolódnak össze. Viszont jelentéktelenek lehetnek pl. az ízlés vagy a preferenciák olyan kérdései, amelyek többnyire következmény nélkül maradnak. Példa erre, ha egy szokásosan teát fogyasztó személy a kávé mellett dönt. Egy cselekvés akkor nem hiteles, ha nem áll

³⁷⁸ Beauchamp–Childress 1979, 2001, valamint Faden–Beauchamp 1986; Raz 1986; Dworin 1988, illetve Hildt 2006: 103.

összhangban ennek a személynek a szokásos beállítódásával, ha váratlan vagy szokatlan, és erre semmiféle meggyőző magyarázat nem kínálkozik.

Egy akut terhelési helyzetből keletkezhetnek olyan döntések, amelyek a mindenkori személy eddigi megnyilvánulásaival és racionális, hosszabb távú élettervével nincsenek összhangban. Egy egyén életében adódnak olyan nehéz helyzetek, amelyek a *nem hiteles* magatartás kiváltói (pl. egy váratlan haláleset a családban). Az is figyelembe veendő, hogy egy egyén beállítottságai és élettervei az idők folyamán változhatnak. Az ilyen változások csak látszólag vezetnek nem hiteles magatartáshoz: közelebbi vizsgálódáskor fény derül a magatartás hitelességére.³⁷⁹

A hitelesség Gerald Dworkin *autonómiára vonatkozó megfontolásaiban központi elem*.³⁸⁰ Szerinte egy döntés akkor hiteles, *ha valóban magának a döntést hozó személynek tulajdonítható, azaz ténylegesen az ő döntése*. Ha egy személy nem azonosul a külső hatásokkal, s önmagát személynek tekinti, aki nem kíván ilyen befolyás alá kerülni, akkor a megfelelően motivált cselekvése hitelesnek tartható. Ez közel áll Harry G. Frankfurt *második szintű volícióihoz*.³⁸¹ Ezen álláspont magva, hogy a cselekvő azonosul saját preferenciáival, magatartásmódjaival és motivációival. Fontos, hogy a cselekvő a különböző forrásokból eredő motivációkat reflexiók révén teszi sajátjává, vagyis tudatosítja ezeket. Az autonómia lényeges eleme a *saját* gondolatokra, nézetekre való reflexió, valamint a *saját* és a hozzátartozók/érintettek sztenderdjeire, képzeire való reflexió.³⁸² Bernard Berovsky az autonómiát egy egyénnek mindazon eszmék, képzetek, emóciók és vágyak forrásától való *felszabadulásaként* fogja fel, amelyek a nevelésre és egyéb külső hatásokra vezethetők vissza.³⁸³

A morális reflexió szoros összefüggésben van a személy hitelességével.³⁸⁴ *A morális reflexiót olyan morális értékek elfogadásaként értjük, amely alapján cselekszik az egyén*. Egy egyén morális reflexiói révén rö-

³⁷⁹ Hildt 2006: 104–105.

³⁸⁰ Dworkin 1976, 1988; Hildt 2006: 105.

³⁸¹ Frankfurt 1981.

³⁸² Crittenden 1993; Hildt 2006: 105.

³⁸³ Berovsky 1996.

³⁸⁴ Downie–Telfer 1971; Dworkin 1976, 1988; Miller 1981.

zíti, milyen személy akar lenni. E vázlattal/élettervvel összevetve tarthatók a cselekvései és döntései hitelesnek vagy nem hitelesnek.³⁸⁵

Vitatott, hogy a hitelesség az autonóm döntések kritériumának számít-e, vagyis milyen értelemben kell autonómnak lenni a döntéseknek és az azokból adódó cselekedeteknek a hitelesség jegyeként. Itt az a kérdés merül fel, hogy mennyiben van szükség arra, hogy jól megfontolt értékelések szolgáljanak az önmeghatározó cselekvések alapjául. Faden és Beauchamp elutasítják azt a hitelességkövetelményt, miszerint a cselekvéseknek azokat az értékeket, tartásokat, motivációkat és életterveket kell visszatükrözniük, amelyeket egy egyén beható reflexió után sajátjává tett. Szerintük az így értett hitelesség nem szükséges feltétele az autonóm cselekvéseknek. Többek között azért, mert egy olyan hitelességi feltétel, amely a saját motivációkkal való tudatos, reflexión alapuló azonosulást előfeltételezi, *túlzottan igényes és restriktív.* Továbbá sok olyan cselekvés, amely autonómnak számít, e feltétel szerint nem autonóm, mert pl. automatikusan történik vagy szociokulturális összefüggésekre megy vissza, vagy a cselekvők nincsenek tudatában azoknak a motivációknak, amelyek a cselekvéseik alapjául szolgálnak.³⁸⁶ Egy ilyen hitelességi feltétel korlátozza azon cselekvések területét, amelyeket autonóm cselekvésekként tisztelhetünk. Ez a feltétel „interpretációs játékkeret” nyit meg, amely tetszés szerint használható, s a cselekvések hitelesnek, de éppúgy nem hitelesnek is értelmezhetők.

*A hitelesség szempontja orvosi kontextusban a tájékoztatáson alapuló beleegyezésnél játszik szerepet a páciens döntéshozatalában.*³⁸⁷

³⁸⁵ R. S. Downie és Elisabeth Telfer a *morális egyéniséget* az autonómia elemének tekintik. A személy morális területen bizonyos értelemben szabad mások ítéletétől. A morális egyéniség e szerzők szerint három jegyet fog át: 1. Egy ember morális nézetei minimális értelemben sajátjai legyenek, azaz ne teljesen autoritásokra (egyház, szülők, állam) támaszkodjanak. 2. A morális egyéniség tartalmazza a saját álláspont kialakításának jogát, azaz saját maga deríti ki, hogy mi a teendő. Idetartozik másoknak az a kötelessége, hogy ne akadályozzák a személyt ebben a folyamatban pl. megengedhetetlen nyomásgyakorlással, félreinformálással, valamint tartsák tisztelőben a személyt végső következtetéseit, amelyekre ezen az úton jut. 3. A harmadik jegy az az igény, hogy azokon a területeken, ahol lehetséges, a saját morális nézetek és nem mások véleménye szerint kell morálisan ítélni. Vö. Hildt 2006: 106.

³⁸⁶ Hildt 2006: 107.

³⁸⁷ Uo. C.I.3.4. fejezet.

b) Kielégítő függetlenség

Különbség tehető a procedurális és a kielégítő/szubsztanciális függetlenség között.³⁸⁸ A *procedurális függetlenség hiánya* lép fel, ha egy harmadik (idegen) személy döntő befolyást gyakorol az adott személyre. Ezért itt nem lehet szó arról, hogy ez a személy saját döntést hozott. Viszont szó van *megengedhetetlen befolyásokról, mint a manipuláció vagy a csalás, vagy megengedett befolyásokról, mint a nevelés vagy a társadalmi szerepek elvárásai*. Ezzel szemben a *kielégítő/szubsztanciális függetlenség hiányáról* van szó, ha egy személy szabadon adja fel függetlenségét, legyen ez gondolati függetlenség vagy olyan cselekvésekhez kapcsolódó függetlenség, hogy procedurálisan függetlenül tegye azt, amit mások elvárnak tőle.

A procedurális és a kielégítő függetlenséget sokan az autonómia lényegi alkotóelemének tekintik.³⁸⁹ Eszerint az autonómia megköveteli a cselekvőtől a döntései és a cselekvései fölötti ellenőrzést és hogy ne adja fel független ítéletét.

A kielégítő függetlenség jelentőségét hangsúlyozó álláspontban problematikus, hogy minden személy cselekvését bizonyos mértékig mások szükségletei, kívánságai, szükséghelyezetei határozzák meg. Így aztán *a személyek általában véve se nem teljesen függetlenek, se nem tisztán önrendelkezők*. Kétséges, hogy a kielégítő függetlenség elérése ténylegesen kívánandó cél-e. Hildt szerint végső soron *a személyközi kapcsolatokba és társadalmi összefüggésekbe való beágyazottság hiányát fejezi ki a kielégítő függetlenséget hangsúlyozó autonómiakoncepció*. Ez a koncepció nem konzisztens bizonyos alapvető értékekkel, mert összeegyeztethetetlennek tartja az autonómiát az alázattal, a törvényhez való hűséggel, a lojalitással, a kötelességekkel, az emberek közötti kötődésekkel.³⁹⁰

A kielégítő függetlenségnek az autonómia lényegi alkotóelemeként való felfogása szoros kapcsolatot létesít G. Dworkin szerint az autonómia és a megtörtént cselekedetekért való felelősség között. Nézete szerint nem helytálló az a felfogás, miszerint csak egy olyan személyt lehet felelősségre vonni tetteiért, aki saját maga hozza meg a döntést. Mert *az, aki lemond*

³⁸⁸ Dworkin 1988.

³⁸⁹ Downie–Telfer 1971; Wolff 1979; Berofsky 1996; Hildt 2006: 107.

³⁹⁰ Wolff 1979; Dworkin 1988; Hildt 2006: 108.

kielégítő függetlenségéről, pontosan ezért a lemondásért visel felelősséget, és azért, hogy nem gondolt utána cselekvésének. Csak olyan cselekvések esetében kerülhet át a felelősség másokra, amelyek külső kényszer hatására vagy hamis információk révén, azaz a cselekvő saját akarata ellenére kerülnek végrehajtásra.

E megfontolások alapján Dworkin azt a személyt is autonómnak tekinti, aki szabadon döntött arról, hogy más személy utasításait kövesse, tehát önként adta fel kielégítő függetlenségét.³⁹¹ Ameddig egy személynek megvan a procedurális függetlensége, addig e szerint az álláspont szerint ez a személy autonóm, akkor is, ha procedurálisan függetlenül úgy döntött, hogy a továbbiakban pl. személyes, vallási vagy politikai jellegű előírásoknak, elvárásoknak akar megfelelni. Eszerint nem lehet abból kiindulni, hogy egy személy leteszi a felelősséget a cselekvéseiért, mert hitelesen feladta kielégítő függetlenségét és mások cselekvési utasításait követi. Ugyanis ezért a döntésért is felelősséget visel.

Dworkin egy egoista személy és egy olyan személy összehasonlítását hozza fel, aki másokról gondoskodik, és mások szükségletét okalapnak tekinti arra, hogy saját terveit megváltoztassa. Bár az egoista lehet jóval szabadabb, mint az a személy, aki másokról gondoskodik, ám vitatható, hogy autonómabb is lenne. Azok az álláspontok, amelyek a kielégítő függetlenséget az autonómia lényeges elemének tartják, ezen a nézetten vannak. Ezzel a nézettel Dworkin szembeállítja *a személyközi kapcsolatok jelentőségét a személylét számára.* Aki másokkal kapcsolatba lép és *elköteleződik egy másik ember mellett, az elfogadja azt is, hogy saját cselekedeteit és vágyait bizonyos mértékig mások vágyai és szükségletei határozzák meg és korlátozzák.* Egy személy ezen elköteleződések révén definiálja önmagát, és ezek az elköteleződések integráns alkotóelemei az általa választott életnek. A saját szabadság ilyen önkéntes korlátozásai megkülönböztetendők külső személyeknek pl. a rendelkezésre álló opciók számára való beavatkozásaitól.

Dworkin mégis jóváhagy egy bizonyos összefüggést az autonómia és a kielégítő függetlenség között, mennyiben lát néhány véletlenszerű kap-

³⁹¹ Hildt 2006: 109.

csolatot egy személy autonómiája és értékei között.³⁹² Plauzibilisnek tűnik, hogy a személyek, akik a mindennapi életben kritikusan reflektálnak saját értékrendszerükre, általában kritikus álláspontot foglalnak el az olyan gondolkodásmódokkal szemben, amelyek a tekintély, a hagyomány és a szokások reflektálatlan elfogadásán alapulnak. Az ilyen személyek nagy értéket tulajdonítanak a kielégítő függetlenségnek.

³⁹² Uo. 110.

III/4. Az autonómia medicinális-terápiás kontextusban

Az autonómiaviták középpontjában a személynek az a lehetősége áll, hogy *önmeghatározó módon alakítsa életét.*³⁹³ Az utóbbi évtizedekben az orvosi etikában és a medicina gyakorlatában egyre növekvő jelentőséget tulajdonítanak az autonómiának, ami gyakorlatilag *a páciensnek egy orvosi kezelésbe történő szabad, megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezésében jelenik meg.*

Az alábbiakban az autonómia jelentőségét, érvényességi területét és implikációit orvosi-terápiás kontextusban vizsgáljuk.

Az autonómiáról folytatott filozófiai viták autonómiakoncepciója meg lehetőségen ellentétben áll a medicinális összefüggésekben alkalmazott autonómiafogalom tartalmával a tájékoztatáson alapuló beleegyezés közegében. *Míg a filozófiai vitákban az önmeghatározó életalakítás nézőpontja áll előtérben, addig medicinális összefüggésben e látásmód szűkítése történik: elsősorban a negatív szabadságra, azaz konkrét helyzetekben kényszerek hiányára vonatkozó megfontolásokat emelnek ki.*³⁹⁴ A medicina gyakorlatában döntéseket nem csak a páciens autonómiájának figyelembevétele mellett hoznak. Itt olyan szempontok játszanak fontos szerepet, mint a páciens jólléte, egészség és betegség, orvosi ellátás, a károközös kerülése, az igazságosság vagy a finanszírozási kérdések.

A modern orvosi etikában elveken alapuló koherentsztikus tételek keretében történik ezeknek a nézőpontoknak a megvitatása. Az alábbiakban a páciens autonómiájáról és a tájékoztatáson alapuló beleegyezéséről folyó vitához kapcsolódva vizsgáljuk meg ezen nézőpontok és elvek jelentőségét és az autonómiával való kapcsolatát. Emellett továbbra is a szisztematikusan

³⁹³ Uo. 113.

³⁹⁴ Uo. 113–114.

perspektívát követjük, amelyet ebben a fejezetben (B/III.) megközelítési módként választottunk.

4.1. A páciens autonómiája a medicinában

*A medicina keretében az autonómiát többnyire a tájékoztatáson alapuló beleegyezés összefüggésében tárgyalják.*³⁹⁵ A nyugati országok orvosi gyakorlatában általános sztenderd lett, hogy egy beavatkozás előtt írásban megszerzendő a páciens önkéntes beleegyezése, miután átfogóan tájékoztatták egészségi állapotáról, a szándékolt beavatkozásról, ennek esélyeiről és kockázatairól, valamint az alternatív kezelési módokról. Ez a modell érvényes klinikai kutatásokban részt vevő személyekre is. Különösen erős hangsúlyt kap ez a modell az angolszász országokban, de Németországban is központi jelentősége van a medicina gyakorlatában. Azokban a társadalmakban, ahol az autonómiának hagyományosan csekélyebb jelentőséget tulajdonítanak, a tájékoztatáson alapuló beleegyezés tartalmi kritériumainak sem tulajdonítanak különösebb jelentőséget, s nemritkán csupán formálisan tesznek eleget ennek a követelménynek.

A személy önmeghatározási/önrendelkezési jogának a tájékoztatáson alapuló beleegyezésben implikált hangsúlyozása történetileg meglehetősen új jelenség. *A tradicionális szemléletmód szerint az orvos-beteg kapcsolat aszimmetrikusként írható le.* Egy testi fájdalomban szenvedő beteg segítséget keresve fordul orvoshoz, aki szakmai és emberi tekintéllyel rendelkezve minden szükséges döntést az orvosi kezelésről a beteg javára hoz meg.³⁹⁶ E paternalisztikus cselekvés által formált kapcsolat gyakorlásában nem kérdőjelezték meg az orvosi utasításokat. A modern társadalmakban az utóbbi évtizedekben azonban az orvos-páciens kapcsolat keretében a páciens önrendelkezési joga került előtérbe, ami azt a jogát implikálja, hogy *saját maga döntsön az őt érintő orvosi intézkedésekről.*

³⁹⁵ Uo. 115.

³⁹⁶ Uo. 116.

4.2. Autonómia – a változó orvos-páciens kapcsolat perspektívájában

Az orvosi és az ápolói/gondozói ethosz *eredetileg a gondoskodás és ellátás ethosza*.³⁹⁷ Eszerint az egyéni orvos-beteg kapcsolat középpontjában *a betegnek orvosi segítségre való ráutaltsága és elvárása, valamint az orvos gyógyításra vonatkozó ígérete* áll. Az orvosi cselekvést a beteg egészsége orientálja (*salus aegroti suprema lex*), annak a kötelességnek a figyelembevételével, hogy nem okozhat neki kárt (*nil nocere*). Ennek megfelelően *korábban rendkívül csekély szerepet játszott a felvilágosítás és a páciensnek az orvosi beavatkozási intézkedésekbe való beleegyezése*. Az orvos maga is kötelességének és feladatának tekintette, hogy a beteg jólléte érdekében cselekedjen. Ebben a viszonylatban *a beteg jólléte orvosi tényállások és kritériumok alapján (objektíven) állapítható meg, amihez az orvosnak megvan a megfelelő szakmai tudása*. A beteg személyes kívánságai és értékei ebben a paternalisztikus kontextusban semmiféle szerepet nem játszottak.³⁹⁸

Az ilyen paternalisztikus eljárások során a páciens jólléte, egészsége vagy életfenntartása érdekében hoznak döntést, anélkül hogy előtte beszereznék az egyetértését. A paternalisztikus cselekvéseket orvosilag általában az igazolja, hogy *az elkerülendő kár lényegesen nagyobb, mint a páciens autonómiájának lebecsüléséből eredő kár*. Emellett *a paternalisztikus eljárások számára döntő az a meggyőződés, hogy az orvos szakmai ismeretei révén jobban tud arról dönteni, hogy orvosi vonatkozásban mi a jó a beteg számára*.

Az utóbbi évtizedekben az orvos-páciens kapcsolatban a páciens önrendelkezési joga került előtérbe, amelyben nagy jelentőséget tulajdonítanak a páciens saját nézeteinek és akaratának. Az orvos-beteg kapcsolat e változását *a paternalisztikus beállítottságtól való növekvő távolodás és a páciens önrendelkezésének hangsúlyozása* jellemzi.³⁹⁹ A páciens többé nem

³⁹⁷ Buchanan 1978; Malcolm 1988; Wolff 1989; Loewy 1989; Eibach 1997; Vollmann 1999; Hildt 2006: 117.

³⁹⁸ Katz 1984; Faden–Beauchamp 1986.

³⁹⁹ Hildt 2006: 121. Vö. ehhez ennek a könyvnek az A/4. fejezetét.

hagyatkozik feltétel nélkül az orvosra annak autoritása iránti teljes bizalom alapján, hanem egyre inkább partnert lát az orvosban.⁴⁰⁰

E fejleményekben különböző medicinális és társadalmi-gazdasági változások játszottak közre.⁴⁰¹ Emlékeztessünk arra, hogy az orvoslásban az utóbbi évtizedekben úttörő vívmányok (intenzív orvoslás, szervátültetés stb.) születtek. Ugyanakkor világossá váltak a technikailag kivitelezhető etikai határai az újabb fejleményekkel együtt járó veszélyek révén. Ehhez hozzájárult az is, hogy az új technológiai eljárások megkövetelik a medicina növekvő specializálódását. Ennek következtében a páciens nem egy orvos kezeli és kíséri, akivel szemben feltétlen bizalommal viseltetik, hanem többen, ami egyfajta anonimizálódást vont maga után. Az „orvoslás szekularizálódása” egy további jellegzetesség.⁴⁰² Azon társadalmi fejlemények következtében, amelyek kérdéssé tettek tabukat és hagyományokat, a nyilvános viták középpontjába került a medicina és az orvosi társadalom, s elkezdődött az orvoslást és orvosokat körülövező nimbuszok ledöntése. Továbbá a modern társadalmakban széles körben elterjedt értékluralizmus ténye következményeként egyre nehezebb eltekinteni az érintettek/páciensek egyéni értékrendjétől, beállítottságától, életkonceptójától. Egyre problematikusabb lett az orvosi cselekvéseknek kizárólag az egészség vagy az életben tartás céljához való rendelése. A népesség általános műveltségi szintjének emelkedése is alapot teremt a páciens bevonásához és önrendelkezéséhez.

E sokrétű fejlemények eredményeként *csökkent a távolság az orvos és a páciens között. Az orvos-páciens kapcsolatban a páciens egyre kevésbé tekint feltétlen bizalommal az orvos személyére. Növekvő mértékben kerülnek a szélesebb nyilvánosság elé olyan tudományos eredmények, amelyek az orvosi döntések alapját jelentik. Ezáltal a páciens számára is követhető lesz a különböző kezelési formák terápiás hatékonysága, ami segítheti a kezelésről való döntésben. Ehhez társul annak egyre világosabb belátása, hogy az orvos sem rendelkezik biztos tudással a szándékolt kezelés sikeréről, hanem bizonyos valószínűséggel fellépő prognózisra képes,*

⁴⁰⁰ Wolff 1989; Richter 1992; Vollmann 1999; Hildt 2001.

⁴⁰¹ Malcolm 1988; Wolff 1989; Richter 1992; Sass 1992; Loewy 1989; Hildt 2006: 121.

⁴⁰² Wolff 1989.

és hogy a haszonra és a rizikóra vonatkozó megfontolásokat hoz be álláspontjának kialakításába.⁴⁰³

A modern medicinában elterjedt gyakorlattá vált, hogy a páciens autonómiáját/önrendelkezését a tájékoztatáson alapuló beleegyezés formájában érvényesítik.

4.3. Autonómia: tájékoztatáson alapuló beleegyezés (tab)⁴⁰⁴

Faden és Beauchamp e fogalom két jelentésváltozatát különböztetik meg. Az *első jelentés* szerint a tájékoztatáson alapuló beleegyezés olyan cselekvés, amelynek során a páciens vagy egy kísérletben részt vevő személy a kezelőorvost *autonóm módon felhatalmazza (autorizálja) bizonyos intézkedések végrehajtására*. Az ebben az értelemben vett tab akkor áll fenn, ha egy páciens (vagy kísérleti személy) 1. minden lényeges szempont megértése után, 2. mások befolyásolásától mentesen, 3. intencionálisan 4. felhatalmaz egy orvost egy bizonyos orvosi intézkedés véghezvitelére. Bár a páciens és az orvos közösen is meghozhatják a döntést, de végső soron a páciens (a kísérleti személy) az, aki a felhatalmazást megadja.

A tab *második jelentése* nem arra vonatkozik, hogy vajon rendelkezésre áll-e egy autonóm meghatalmazás, hanem ennek *jogi hatékonyságára és érvényességére* a mindenkori kontextusban. Itt felmerül az a probléma, hogy vajon betartják-e az érvényes szabályokat és irányvonalakat a tab megadásakor. Azokról a szabályokról van szó, amelyek rögzítik a megfelelő felvilágosítás kritériumait, s amelyek alapján kideríthető, hogy a páciens kielégítő módon felfogta-e a kapott információkat. Ehhez szükséges a megfelelő formula aláírása, valamint előtte elegendő idő az alapos tájékoztatásra és megfontolásra.⁴⁰⁵

⁴⁰³ Hildt 2006: 122.

⁴⁰⁴ Uo. 123.

⁴⁰⁵ Az első jelentésben vett tab az érvényes szabályokkal való hiányzó összhang miatt nem képes teljesíteni a második jelentésű tab követelményeit. Vagy a második jelentésben vett tabban nem szükséges az egyetértés az első jelentésben vett tab alapján, mivel a második jelentésű tab számára a szabályok nem vezetnek szükségszerűen autonómiával való felruházáshoz.

A gyakorlatban mind a két aspektus szerepet játszik. Az első jelentés modellnek is tekinthető a második jelentés számára: egy hatékony tab megadásához szükséges szabályoknak és irányvonalaknak összhangban kell lenniük az első jelentésben vett tab sztenderdjeivel.

Az alábbiakban a tabnak az orvos-páciens kapcsolatban betöltött jelentőségével foglalkozunk, valamint az autonómia nézőpontjainak a tab megalapozásában játszott szerepével.

4.4. A tab jelentősége az orvos-páciens kapcsolatban

4.4.1. Tájékozott, világosan kifejezett és önkéntes beleegyezés: a páciens önrendelkezési jogának gyakorlása

A tab koncepciója szerint orvosi intézkedések, beavatkozások a páciensnél csak akkor végezhetők el, ha korábban kielégítő tájékoztatást kapott a kezelési lehetőségekről és szabadon, önkéntesen világossá tette kifejezett egyetértését a szándékolt beavatkozással. Ennek alapja a páciens önrendelkezési jogában van, ami megfelel a nyugati társadalmakban széles körben elterjedt egyéni szabadságtörekvéseknek. Ez a társadalmi háttér magas elfogadottságot biztosít a páciens autonómiájának is. Ennek megfelelően a tab garantálásának követelményét többnyire a páciens vagy a kísérleti személy önrendelkezésére, autonómiájára, szabadságára, integritására vagy méltóságára hivatkozva igazolják.⁴⁰⁶ A tab érvényesítésének szükségessége általában azon személyeknél megalapozott, akik abban a helyzetben vannak, hogy *önálló döntéseket képesek hozni*. Egy sor esetben viszont nem lehet beszerezni a beleegyezést.⁴⁰⁷

4.4.2. Kivételek

A kivétel egyik tipikus esete a sürgősségi ellátásban az, ha a páciens akut életveszélyben van. Az orvosi segítségnyújtás sürgőssége miatt ilyenkor

⁴⁰⁶ Appelbaum–Lidz–Meisel 1987; Dworkin 1988; Malcolm 1988; Wear 1993.

⁴⁰⁷ Faden–Beauchamp 1986; Appelbaum–Lidz–Meisel 1987; Dworkin 1988; Malcolm 1988; Wear 1993; Hildt 2006: 124.

többszörre előfeltételezik az érintett személy beleegyezését. Ezt nevezzük *közvetett beleegyezésnek*. Azoknál a pácienseknél, akik tartósan vagy átmenetileg nem képesek a beleegyezés megadására (gyermekek, kómában lévők, értelmi fogyatékosokkal élők vagy súlyos pszichikai zavarokkal küzdő páciensek), egy másik személy léphet fel a páciens képviselőjében, aki a páciens vélelmezhető akarata szerint megadja a beleegyezést (*helyettesített döntés*). Itt szóba jöhetnek szülők, törvényes képviselők vagy egy olyan személy, akit maga a páciens nevezett meg korábban.

További kivételek adódnak abból, ha a *páciens lemond erről a jogáról*. A tények megfelelő ismeretében önként juthat arra a döntésre, hogy megkéri az orvost, ne informálja őt a kezelés lefolyásáról, vagy arra, hogy az orvos hozza meg a döntést a további kezelési opciókról. Bár az ilyen lemondás lehet teljesen autonóm, de terápiás kontextusban mégis érdemes alaposan megvizsgálni, miért szeretne a páciens arról lemondani, hogy részt vegyen a saját egészségét érintő további kezelésre vonatkozó döntési folyamatban. Különösen problematikus az ilyen lemondás, ha olyan benyomás keletkezik, hogy a páciens húzódozik a felelősségvállalástól a saját magát érintő fontos döntésekben. Ebben a kontextusban merül fel a „*nem tudás joga*”.⁴⁰⁸

Ehhez társulnak a *paternalisztikus cselekvés esetei*, amikor az orvos károsnak tartja a páciens átfogó tájékoztatását, és ezért (részleges) tudatlanságban hagyja őt az egészségi állapotáról és a tervezett kezelésekről („*therapeutic privilege*”). A páciens autonómiáját közvetlenül érintő ilyenfajta paternalisztikus eljárás esetén azonban szükség van ennek részletekbe menő igazolására.⁴⁰⁹

4.4.3. A tab előnyei a modern medicina feltételei között

A tab révén a páciens, illetve a kutatási személy megkapja azt a jogot, hogy a saját életét érintő kérdésekben döntéseket hozzon, akkor is, ha a kezelőorvos a medicinális szituáció megítélésében nyilván megfelelőbb ismeretekkel rendelkezik. Ebben nem csak a plurális társadalmakra jellemző

⁴⁰⁸ Hildt 2006: 125, valamint a D.II.1.3. fejezet.

⁴⁰⁹ Uo. C.II.3.2. fejezet.

egyéni értéképzetek sokfélesége játszik szerepet. Ugyanis számos medicinális területen nincsenek olyan általános érvényű értékrendek, amelyekre terápiára vonatkozó döntések támaszkodhatnak. Egyre inkább azt lehet tapasztalni, hogy olyan helyzetekben, amelyekben az egyéni értéképzetek nagy szerepet játszanak, a mindenkori páciensnek az a legjobb, ha maga dönthet a kezelés lefolyásáról. Ennek megfelelően *a tab célja, hogy megadja a páciensnek azt a lehetőséget, hogy önrendelkezően döntsön a kezelés lefolyásáról, valamint olyan orvosi ellátást bocsásson rendelkezésre, amely a jóllétét legjobban szolgálja.*⁴¹⁰ Ez az önrendelkezés azonban *nem magányos vállalkozás*: hozzátartozik a döntés sokoldalú támogatása a társadalmi környezet (családtagok, barátok, orvosok, ápolók, gondozószemélyzet) részéről.⁴¹¹

A tab modellje a jó klinikai gyakorlat kifejeződésének tekinthető. Elvégre a gyakran nagyon bonyolult diagnosztikai vagy terápiás eljárások jó együttműködést követelnek meg, mindenekelőtt a *páciens konstruktív együttműködését, ami átfogó tájékoztatásával és szabad egyetértésével érhető el.* A páciensnek a döntésben való együttműködése a kezelés számára *sokrétű orvosi és pszichológiai előnnyel jár.* Különösen az életstílustól függő megbetegedéseknél növeli a páciens bevonása annak esélyét, hogy megváltoztatja a számára egészségileg káros szokásokat.⁴¹²

Az orvos és a páciens között jobb kommunikáció érhető el a tab révén, ami az orvos-páciens kapcsolaton belül *a páciens pozícióját erősíti és támogatja a bizalmat.* Az információközvetítés révén létrejönnek az önmeghatározó döntések előfeltételei. Így egy bizonyosfajta védelem keletkezik a páciens számára az orvos lehetséges túlhatalma ellen. Ez lehetővé teszi adott esetben a nem kívánt kezelés elutasítását.⁴¹³ Ily módon a tab hozzájárul a kényszerítés vagy a manipuláció elkerüléséhez.⁴¹⁴ A tab szükségessége bizonyos mértékig a kárkerülés elvével is megalapozható. Ugyanakkor az egyén szabadsága révén a nagyobb kockázatú opciót is választhatja.

⁴¹⁰ Veatch 1982; White 1994; Hildt 2006: 126, valamint a C.II.1.3. fejezet.

⁴¹¹ Brody 1992; Anselm 1999.

⁴¹² Katz 1984; Malcolm 1988; Sass 1992; Wear 1993; Heinrich 1997; Hildt 2006: 126.

⁴¹³ Hildt 2006: 127.

⁴¹⁴ O'Neill 2003.

A páciens expliciten kinyilvánított akarata éppen a nehezen eldönthető helyzetekben az orvos számára *védelmi funkciót* tölt be, amikor a páciens akaratának megfelelően cselekszik.

A medicinális kontextusban meghozott döntéseknek nemcsak a páciens autonómiája számára van jelentősége, hanem az *orvos autonómiája* számára is. A páciens autonómiájának jelentősége mellett az orvos feladata nem szűkíthető a páciens kívánságai kivitelezésének eszköze szerepére.⁴¹⁵ Az érintett orvosnak közvetlen cselekvőként *vállalnia kell a felelősséget a tervezett beavatkozásért, mégpedig mind személyes-morális, mind jogi vonatkozásban*. Ezért feszültségek léphetnek fel a páciens autonómiája és az orvos terápiaválasztási szabadsága között, ha a páciens döntése éles ellentétben áll az orvos tapasztalatokon alapuló értékelésével. Sokféle probléma adódhat abból, ha pl. a páciens akarata a konkrét helyzetben nem hajtható végre, vagy ha meggondolatlanul hoz döntést, vagy döntése megalapozatlan.⁴¹⁶ A páciensnek lehet téves képzete a saját vágyairól, kívánságairól. Lehet egyetértés a célt illetően az orvos és a páciens között, miközben nem értenek egyet abban, hogyan érhető el ez a cél.⁴¹⁷

A páciens önmeghatározása kapcsán a tabhoz további funkciók társulnak.⁴¹⁸ Ilyen funkció a *döntéshozatal folyamatának racionális támogatása*, ami az érintett orvosokat önkritikus hozzáállásra ösztönözheti. A tab továbbá hozzájárulhat a *népesség tudásszintjének emeléséhez* a különböző kezelési lehetőségekről és az orvosi-természettudományos ismeretekről. Ily módon támogatja a biomedicinális kutatás fejleményeiről folytatandó *nyilvános diskurzust*.

4.4.4. Kritikák

Különböző oldalról *kritizálták a tab növekvő jelentőségét*. Sok orvos értéktelennek és időrablónak tartotta, főleg a 60-as és 70-es években a páciens

⁴¹⁵ Vö. Hildt 2006: C.II.1.2. és C.II.2. fejezetek.

⁴¹⁶ Vö. Hildt 2006: C.II.1.3.2. fejezet.

⁴¹⁷ Beauchamp–Childress 1979, 2001; Katz 1984; Faden–Beauchamp 1986; Malcolm 1988; Wear 1993; White 1994; Heinrich 1997; Hildt 2006: 127.

⁴¹⁸ Katz 1984; Wolff 1989; Hildt 2006: 128.

beleegyezésének megszerzését. A kritikusok szerint a páciens nincs abban a helyzetben, hogy orvosi-technikai összefüggésekről kellő információt befogadjon és megértsen ahhoz, hogy értelmesen és racionálisan részt vehessen a döntési folyamatban. *Az orvos és a páciens közötti tudásbeli egyenlőtlenség áthidalhatatlan.* Felmérésekre is hivatkoznak, amelyek kimutatják, hogy a páciens nem képes sem a kapott információkat megérteni, sem a mindenkori adatokat helyesen megjegyezni. *Ez a döntési folyamatban való részvételt ellehetetleníti.*⁴¹⁹

További ellenvetés, hogy a páciens önmeghatározásának erőteljes hangsúlyozásakor eltekintenek attól, hogy a betegség és az orvostól való függés *megterheli a páciens integritását és döntési képességét.* Hans Jonas ebben az összefüggésben „*a betegséghez való rögződés kvázi-autizmusáról*” beszél.⁴²⁰ Ezért nem szabad eltekinteni az orvos ellátási kötelezettségének kiemelt jelentőségétől.⁴²¹ Azt nem lehet tagadni, hogy a legtöbb páciensnél fellépnek betegségekhez köthető hatások. A páciens annál kevésbé képes a végrehajtandó cselekvésről dönteni, minél komolyabb a betegsége, és minél bonyolultabb a kezelés. Ilyen esetben lehetőleg minél korábban, a súlyosabb tünetek fellépése előtt átgondolandó és a hozzátartozókkal megbeszélendő a lehetséges konfliktushelyzetek fellépése a különböző kezelési lehetőségekkel összefüggésben. Az olyan esetekben, amikor a betegség lefolyása következtében a személyes nézetekben és értékelésekben változások lépnek fel, részletesen megvitandó ezen változások kérdése.⁴²²

Az egyik további kritikájának terápiás és diagnosztikai vonatkozása is van: arra a veszélyre irányul, hogy *a páciens túlterheli a döntéshozatal.* E kritika képviselői szerint a kockázatokról való teljes körű felvilágosítás a páciens inkább elbizonytalanítja, mint hogy hozzájárulna az önálló döntéshez. Ugyan a páciens az orvostól értékes információt kap a medicinális összefüggésekről és különböző kezelési lehetőségekről, ám a megkapott információkkal magára marad, holott azok gyakran mélyre-

⁴¹⁹ Cassileth–Zupkis–Sutton-Smith–March 1980; Malcolm 1988; Hildt 2006: 128.

⁴²⁰ Jonas 1989: 248.

⁴²¹ Wolff 1989; Wear 1993; Eibach 1997.

⁴²² Hildt 2006: 129.

hatóan érintik az életét. *A helyes szakmai információk mögött meghúzódó mély „igazság” rejtve marad.*⁴²³

Azt is bírálták, hogy az orvos az információk átadásakor gyakran a *jogi következményekkel szembeni önvédelmet állítja előtérbe*. Ez különösen akkor problematikus, ha a kezelés módjáról való döntés már megszületett, és a tájékoztatás csupán abból a célból történik, hogy az orvos saját magát jogilag bebiztosítsa.⁴²⁴ Egy további kritizált pont a tabban meglévő azon veszélyre vonatkozik, hogy *defenzív orvoslási stratégiákat támogasson*. A jogi következményektől való félelem arra ösztönözheti az orvost, hogy *túlzott óvatosságból kiegészítő, esetleg a páciens által is kívánt diagnosztikai vagy terápiás eljárásokat vessen be*, akkor is, ha ezek orvosi szempontból nem indokoltak. Az orvosi hanyagság vádjával szemben is védelmet jelenthet egy ilyen átfogó bebiztosítás.⁴²⁵

Az orvos részéről fennállhat annak a veszélye, hogy *a tabhoz való formális ragaszkodás közben elhanyagolja a mindenkori kezelési eljárásokkal kapcsolatos beható morális reflexiókat*. Különösen az újabb kezelési eljárásoknál sok szempontot kell szem előtt tartani, amelyek társadalmi és egyéni kihatásai gyakran nem közvetlenül ismerhetők fel. A páciens ezeket a komplex összefüggéseket általában lényegesen csekélyebb mértékben képes felfogni, mint a kezelőorvos. Abban a mértékben, ahogy az orvos a páciens vagy a kísérleti személy autonómiáját előtérbe állítja, fellép az a veszély, hogy ő maga elhanyagolja a megfelelő morális megfontolásokat, mivel az ezeket érintő *felelősséget látszólag továbbadta a páciensnek, illetve a kísérleti személynek*. Összességében tehát az a tendencia észlelhető, hogy *a páciens autonómiájának hangsúlyozása maga után vonja az orvos felelősségének szakmai, orvosi-technikai aspektusokra redukálását és az egészében vett felelőssége elhanyagolását*.⁴²⁶

E részben jogos és megalapozott kritikák ellenére a tab modellje a modern társadalmakban az orvosi cselekvések általánosan elfogadott szten-derdjévé vált. Különleges státuszát a mindenkori páciensnek vagy kísérleti

⁴²³ Eibach 1997.

⁴²⁴ Malcolm 1988; Eibach 1997.

⁴²⁵ Malcolm 1988; Wolff 1989.

⁴²⁶ Morison 1984; Wolff 1989.

személynek az a joga alapozza meg, hogy önmeghatározó módon és önrendelkezési jogával élve befolyásolja a kezelés lefolyását és az alkalmazandó orvosi intézkedéseket. Ez az érintettek autonómiájában alapozódik meg.⁴²⁷

4.5. Autonómia – a tájékoztatáson alapuló beleegyezés alapja⁴²⁸

A tájékoztatáson alapuló beleegyezés relevanciájának megalapozásakor olyan fogalmak kerülnek megnevezésre, mint az *autonómia*, a *szabadság*, a *magánszféra védelme*. Ezeket a fogalmakat gyakran azonos jelentésben használjuk, jóllehet lényeges különbségek vannak az általuk jelölt koncepciók között.

4.5.1. Az autonómia és a magánszféra tisztelete

Egy ember *magánszférájának védelme* a róla szóló információk mások számára való hozzáférhetőségének, e hozzáférhetőség mértékének ellenőrzésében áll. A magánszféra megsértésére tipikus példa egy személy magatartásának vagy másokkal való kapcsolatának nemkívánatos megfigyelése. Van összefüggés az autonómia koncepciója és a magánszféra tisztelete között, mivel a magánszféra tisztelete a személyek tiszteletének egyik fontos aspektusa, és támogatja az autonómia megvalósításának lehetőségét az egyes ember számára. Ugyanakkor lényeges különbségek is vannak köztük. Így például, ha hamis információk továbbítása révén beavatkozás történik egy személy autonómiájába, de nem a magánszférájába: miközben a telefonbeszélgetések lehallgatása megsérti a magánszférát, nem terheli meg az

⁴²⁷ Hildt Childress (1990) álláspontját idézi, miszerint az autonómia elve tiszteletének túlzott hangsúlyozása klinikai kutatásokban különösen élesen merül fel. A kutatásokról készült tanulmányokban nem ritkán a kísérleti személy tájékozottságon alapuló beleegyezése áll a középpontban. Ezáltal viszont elhanyagolnak más morálisan releváns tényezőket, amelyeknek ugyancsak teljesülniük kell, mielőtt egyáltalán kéri a személy beleegyezését a kutatás publikálásában való részvételre. Példa erre a tanulmány dizájnya, a siker valószínűsége, a haszon és kockázat viszonya vagy a résztvevők kiválasztása. Hildt 2006: 130, 32. lábjegyzet.

⁴²⁸ Hildt 2006: 131.

autonómiát. A tájékoztatáson alapuló beleegyezéskor az orvostól a beteghez érkező információs áradat van a középpontban, és nem a páciensnek a személyét érintő információk fölötti ellenőrzése. Ezért *a tájékoztatáson alapuló beleegyezés nem vezethető vissza a magánszféra tiszteletének szükségességére.*

4.5.2. Az autonómia és a szabadság védelme

Hasonlóan fontos *különbségek vannak a szabadság védelme és az autonómia tisztelete között.*⁴²⁹ A szabadság fogalma először is egy személynek azzal a lehetőségével jelölhető, hogy egy meghatározott helyzetben azt tegye, amit tenni kíván. Viszont a személynek az a jellegzetes képessége, hogy reflektáljon a kívánságaira és az értékeire, valamint hogy állást foglaljon velük kapcsolatban és terveket dolgozzon ki, csak az autonómia koncepcióján belül kap jelentőséget. Csak ez a koncepció teszi lehetővé az önmeghatározás megfelelő leírását.

Ha a tájékoztatáson alapuló beleegyezés (tab) szükségessége mellett akarunk kiállni, akkor ezt az autonómia alapján és nem a szabadság vagy a magánszféra védelme alapján kell megtennünk.⁴³⁰ A tab történelmi gyökerei, valamint megalapozása és igazolása egyaránt az autonómia koncepciójában rejlenek.⁴³¹ A tab *alapvető célja az a törekvés, hogy lehetővé tegye a páciens lehetőség szerinti átfogó autonómiáját, azaz megadja a saját döntés lehetőségét a kezelés további menetéről és ezáltal saját jövőbeli élethelyzetéről.*

4.5.3. Az autonómia és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés (tab) beszerzése közötti összefüggés

Az autonómia és a tab beszerzése közötti összefüggést kétféleképpen lehet felfogni.⁴³² Egyfelől ok- és hatáskapcsolatként írható le. Ilyen értelemben

⁴²⁹ Hildt 2006: B.1.2. fejezet.

⁴³⁰ Uo. 132.

⁴³¹ Uo. C.1.2. fejezet.

⁴³² Dworkin 1988.

a tab előfeltétele a páciens autonómiája biztosításának és támogatásának. Ezen empirikus összefüggéssel szemben a páciens tájékoztatáson alapuló beleegyezésének megszerzésére irányuló erőfeszítések úgy foghatók fel, mint a *páciens autonómiája tiszteletének közvetlen kifejeződése*. E nézet szerint a tab és az autonómia közötti összefüggés szükségszerű. Ilyen értelemben a *személy autonómiája mutatkozik meg abban, hogy önként adja meg beleegyezését a szándékolt kezelésbe*.⁴³³ Az autonómia megsértésének esete áll fenn, ha a beleegyezés megszerzésére úgy törekednek, hogy a személy/páciens döntéseit és terveit, valamint a saját magáról és érdekeiről alkotott képzeteit *nem veszik figyelembe*.

Időközben konszenzus alakult ki arról, hogy szükséges beszerezni az érintettektől a mindenkori tervezett orvosi intézkedésekbe való tájékoztatáson alapuló beleegyezést.⁴³⁴ Az autonómia tisztelete megkívánja a páciens, illetve a kísérleti személy tájékoztatáson alapuló beleegyezésének megszerzését akkor is, ha nem az egyénileg vagy társadalmilag leghasznosabb lehetőséget választanák, és akkor is, ha az érintettek nem védhetők meg nagyobb kockázatoktól.

4.5.4. A saját test és egészség jelentősége az autonómia számára

Az autonómia koncepciójának a modern medicinában betöltött *kiemelt jelentősége* nem utolsósorban az ember egészségének, saját teste sérthetlenségének különleges státuszából adódik. Mivel a személyek lényegileg testük révén léteznek, a saját testet övező aggodalom szorosan összefügg az identitással.⁴³⁵ *Egy ember céljai és értékei elválaszthatatlanok saját testének sorsától*. E keretben lehetséges a páciens autonómiájának alapvető szerepet tulajdonítani a medicinális döntéseknél is, hiszen a személy kényszerűen saját testéhez van kötve, így a páciens számára nincs semmiféle lehetőség a döntés következményei alóli kibújásra. (Egy ház építéséről való döntésnél másként van, hiszen ebben az esetben pl. el lehet költözni.) Ám

⁴³³ Hildt 2006: B.2. fejezet.

⁴³⁴ Faden–Beauchamp 1986; Appelbaum–Lidz–Meisel 1987; Malcolm 1988; Wear 1993; Hossenfelder 2001; Hildt 2006: 132.

⁴³⁵ Hildt 2006: 133.

lehet másként is következtetni: ha az autonómia elutasítása azáltal igazolható, hogy ez a páciens testi jóllétének jót tesz, akkor vannak olyan szempontok, amelyek medicinális kontextusban a paternalisztikus eljárások mellett szólnak.⁴³⁶ Ez az érvelés a modern medicina gyakorlatában inkább a kivételek igazolására szolgál.

Összegzésként megállapítható: a tájékoztatáson alapuló beleegyezésről és a mögötte húzódó autonómiakoncepcióról folytatott vita nem szűkíthető arra a főként jogilag releváns kérdésre, hogy beszerezték-e a páciens kifejezett beleegyezését, ami meglehetősen elterjedt gyakorlat. Utána kell kérdezni annak is, hogy *mennyiben alapul ez a beleegyezés a páciens saját autonóm döntésén.*

A következő fejezet tárgya a tájékoztatáson alapuló beleegyezés előfeltételei és elemei.

4.6. Az adekvát és releváns tájékoztatáson alapuló beleegyezés feltételei és elemei⁴³⁷

Az orvos és a páciens közötti együttműködésnek (az orvosi felvilágosításnak és a páciens ezt követő beleegyezésének) meg kell felelni bizonyos kritériumoknak, ha releváns és megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezést céloznak meg. Itt a tab első jelentéséről van szó.⁴³⁸

Több elemet lehet és kell megkülönböztetni.⁴³⁹ Mindenekelőtt utaljunk az *információs elemekre és a beleegyezési elemekre*, azaz azokra az aspektusokra, amelyek a páciensnek a tervezett beavatkozással kapcsolatos felvilágosításához kapcsolódnak, és azokra, amelyek a páciensnek ebbe a beavatkozásba való beleegyezéséhez kötődnek. Az információs elemeknél különbség tehető a páciensnek az orvos által történő felvilágosítása és a cselekvési/beavatkozási terv, valamint a kapott információknak a páciens részéről történő megértése és súlyozása között. A beleegyezési elemek ma-

⁴³⁶ Dworkin 1988.

⁴³⁷ Hildt 2006: 134.

⁴³⁸ Faden és Beauchamp (1986) különbséget tettek az első és második jelentés között.

⁴³⁹ Beauchamp–Childress 1979, 2001.

gukba foglalják a páciens szabad döntését mind a tervezett cselekvéssel/beavatkozással való egyetértéséről, mind az attól való tartózkodásáról, valamint az orvosnak adott felhatalmazásról. Egyetértés esetén az orvos arra kap felhatalmazást, hogy végbevigyen egy meghatározott beavatkozást. Az adekvát és releváns tájékoztatáson alapuló beleegyezés alapvető előfeltétele a páciens vagy a kísérleti személy általában vett egyetértési képessége: *ez a páciens kompetenciája.*

4.6.1. A páciens kompetenciája⁴⁴⁰

A páciens kompetenciája, azaz általában vett *képessége racionális döntések meghozatalára a hozzá eljuttatott információk alapján* alapvető feltétele minden egyes tájékoztatáson alapuló beleegyezésnek.⁴⁴¹ Faden és Beauchamp a kompetenciát a tájékoztatáson alapuló döntés koncepciójának második jelentésében írják le. Eszerint kizárólag akkor kerülhet sor egy adott szituációban a tab beszerzésére, ha az adott személy, a páciens *rendelkezik megfelelő kompetenciával.*

Az emberek ugyanakkor *átmenetileg vagy tartósan elveszíthetik döntési képességüket* pl. pszichés megbetegedések, agyi károsodások, neurodegeneratív betegségek, szellemi visszamaradottság, trauma, tudatvesztés, súlyos depressziók vagy alkoholizmus következtében. Ezen túlmenően szorongás, függőség vagy erős fájdalom jelentősen korlátozhatják az ítélőképességet. Továbbá a betegségek adott esetben erőteljesen kihathatnak a páciens integritására és döntési képességére. A gyermekeket többnyire nem tartják alkalmasnak kompetens döntések meghozatalára.⁴⁴² Ezen esetek mindegyikében képviselők/helyettesítők hozzák meg a döntéseket az érintett páciens „szellemében”, bár a gyakorlatban elsősorban az ellátási

⁴⁴⁰ Hildt 2006: 135. – A páciens kompetenciája magyarul a jog nyelvén belátási képességet jelent.

⁴⁴¹ Beauchamp–Childress 1979, 2001; Faden–Beauchamp 1986; White 1994.

⁴⁴² Növekvő tendencia, hogy nem feltétlenül az életkort tekintik döntőnek a fiatalok kompetenciájának megállapításakor, hanem egyénileg vizsgálják a kiskorúak döntési képességét.

szempontok állnak előtérben. Gyermekeknél többnyire a szülők döntenek.⁴⁴³

Ez a kompetencia is *graduális* jellegű. A teljesen kompetens személyek és a teljes egészében nem kompetensek szélsőségei között van egy széles sáv, amelyben a döntési képesség részben megvan. Ezen túlmenően figyelembe veendő a döntési képességnek az idők folyamán történő megváltozása. A relatív inkompetenciánál gyakran keletkezik egyfajta szűrkezőna, ahol különösen nehéz megállapítani, hogy valaki képes-e megfelelő döntéshozatalra.⁴⁴⁴

Egy páciens döntési képességének kérdésében komoly nehézségeket vet fel, hogy *nem létezik semmiféle általánosan elismert, expliciten megfogalmazott definíció a kompetenciáról*. Ezért is vannak egészen eltérő nézetek a különböző érintett szakterületeken, mint pl. az orvoslás, a jogtudomány, a filozófia, a pszichológia vagy a pszichiátria. *A szélesebb értelemben vett kompetencia egy feladat végrehajtásának képességét jelöli*. Általában véve *különbséget lehet tenni általános kompetencia (general competence) és feladatspecifikus kompetencia (specific competenc) között*.⁴⁴⁵

Valamely személy akkor rendelkezik általános kompetenciával, ha képes saját mindennapi életének szabályozására, vagyis abban a helyzetben van, hogy befogadjon információkat és ebből kiindulva hozzon döntéseket. Ennek alapján képviselhető az a nézet, hogy minden egyes személy, aki a mindennapi életben sikeres döntéseket hoz, medicínális kontextusban is képes döntéshozatalra és megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezés megadására.⁴⁴⁶

Feladatspecifikus területen a kompetencia kontextusfüggő. Itt részletesen megvizsgálandó, hogy képes-e egy személy egy meghatározott feladat végrehajtására. Azaz ez a fajta kompetencia mindig *egy meghatározott feladatra vonatkoztatva vizsgálandó*.⁴⁴⁷ Egy személy akkor rendelkezik feladatspecifikus kompetenciával, ha tudatában van annak, milyen cselek-

⁴⁴³ A kivételekhez lásd Hildt 2006: D.11.1.2., Appelbaum–Lidz–Meisel 1987; Buchanan–Brock 1989; Wolff 1989; Wear 1993; Pickl 1997.

⁴⁴⁴ Faden–Beauchamp 1986; Brody 1988; Wear 1993; White 1994; Hildt 2006: 136.

⁴⁴⁵ Faden–Beauchamp 1986; Appelbaum–Lidz–Meisel 1987; Wear 1993; White 1994.

⁴⁴⁶ Abernethy 1984.

⁴⁴⁷ Culver–Gert 1982; White 1994.

vések szükségesek e meghatározott feladat végrehajtásához, és birtokában van a mindehhez szükséges képességeknek. Egyesek szerint a mindennapi élet kompetens vezetéséhez szükséges képesség megléte arról semmit nem árul el, hogy valaki abban a helyzetben van-e, hogy konkrét medicinális kontextusban megfelelően megadja a tájékoztatáson alapuló beleegyezést.⁴⁴⁸ Feladatspecifikus kompetenciájának (tájékoztatáson alapuló beleegyezése hitelességének és relevanciájának) megállapítása további feltételekhez kötött.

*A legtöbb szerző kontextusfüggőnek tekinti a kompetenciát. Egy személy döntési autoritása, illetve választási döntéseinek tisztelete a mindenkori helyzettől függ.*⁴⁴⁹ E nézet szerint egy ember kompetenciája mindenkor egy meghatározott összefüggésre vonatkozik.⁴⁵⁰ Ezért a változó feltételek ismételt vizsgálata is szükséges a kompetencia megállapításához. A kompetencia továbbá a döntés következményeitől való függésében is szemlélendő: *minél komolyabbak a várható következmények, annál szigorúbb kritériumokat alkalmaznak a kompetencia meghatározására.* Éppen medicinális kontextusban alaposabban utána járnak pl. egy személynek az életmentő kezeléstől való húzódozása esetén annak, hogy az illető valóban döntésképes-e.⁴⁵¹

Ezek a megfontolások azonban vitatottak. Raanan Gillon amellett állt ki, hogy a páciens autonómiájára irányuló követelményeket *medicinális kontextusban nem túl magasra helyezett szakmai és etikai mércével kell kialakítani, hanem ezeknek a követelményeknek összehasonlíthatónak kell lenniük más területek autonómiára irányuló megfelelő követelményeivel,* ahol pl. a házasságkötésről vagy jogilag érvényes szerződések kötéséről van szó. Stephen Wear szerint meggondolandó az a tény, hogy az emberek a mindennapi életben gyakran választanak veszélyes opciót, ezért nem megfelelő éppen medicinális kontextusban ettől visszatartani őket. Becky Cox White az ellen foglalt állást, hogy a kompetenciát a döntéssel összekötött következményektől való függésében definiáljuk. Nézete szerint inkább releváns, hogy vajon a döntések meghozatala olyan eljárás szerint törté-

⁴⁴⁸ Schöne-Seifert 2007: 90–96.

⁴⁴⁹ Culver–Gert 1982.

⁴⁵⁰ Hildt 2006: 137.

⁴⁵¹ Abernethy 1984; Drane 1985; Hildt 2006: 137.

nik-e, amelynek keretében a személyek abban a helyzetben vannak, hogy megvizsgálják és korrektül értékeljék cselekvési alternatíváikat. Mégpedig abban a tekintetben, hogy milyen valószínűsége van az egyes alternatíváknak a kívánt eredmény elérésében.⁴⁵² A rossz következményekkel járó döntések, azaz azok, amelyek nem szolgálják a döntést hozók jóllétét, nem feltétlenül az inkompetencia mutatói. Ezen álláspont szerint a kompetencia megállapításakor semmiféle szerepet nem játszhat a döntéssel együtt járó következmények súlya.

Bírálat tárgya, hogy a *döntési kompetencia hagyományos modelljei csak a személy kognitív képességeit veszik figyelembe, és elhanyagolják az érzelmi tényezőket*. Többen javasolták, hogy az érzelmi képességek meglétét is tekintsek a kompetencia szükségszerű elemének.⁴⁵³ Érzelmek hiányában ugyanis a személynél nem adottak fontos döntési relevanciával rendelkező információk, amelyek maguk után vonhatják e személynek a döntéshozatalhoz szükséges képessége megkérdőjelezését. Hasonló következtetések vonhatók le a *magatartásra vonatkozóan* Antonio Damasio agy kutatásai alapján az agysérülések befolyása kapcsán. A példaként felhozott személyek a szokásos intelligenciatesztek és személyiségtesztek, valamint a döntéshozatali képességet vizsgáló részletes tesztek szerinti normális értékek ellenére feltűnően viselkedtek. Mindennapi életüket sokféle nehézség terhelte, mint pl. ismétlődő állásvesztés, ismétlődő válás, társadalmi elszigeteltség. Damasio ezeknek a személyeknek az érzelmek átélésére való korlátozott képességében látja a mindennapi életükben fellépő nehézségeik okát. Ezek a páciensek feltűnően nyugodtak és részvétlenek, ha pl. nagyon magas érzelmi töltetű kérdések megbeszélésére kerül sor. *Normális érzelmi reakciók hiányában nincsenek birtokában azon megkövetelt információknak, amelyeket csak érzelmek közvetítenek*.⁴⁵⁴

Konkrét medicinális kontextusban akkor kérdeznek rá bizonyos kompetenciák meglétére, ha a páciensek ilyen vagy olyan módon feltűnően vagy furcsán viselkednek. Például ha valaki semmi érdeklődést nem mutat a további kezelési menetet érintő döntésben való részvétel iránt, vagy ha

⁴⁵² Gillon 1986; Wear 1993; White 1994.

⁴⁵³ White 1994; Charland 1998.

⁴⁵⁴ Hildt 2006: 139, 38. lábjegyzet.

valaki nem képes felfogni és magára vonatkoztatni a releváns tényeket, vagy ha nincs abban a helyzetben, hogy döntést hozzon. *A gyakorlatban a leggyakoribb alkalom a páciens döntési kompetenciájának megkérdőjelezésére akkor van, ha a páciens húzódozik az ajánlott terápiától.*⁴⁵⁵ Ugyanakkor az orvos szempontjából kézenfekvő kezelési javaslat elutasítását vagy egy másfajta kezelésre irányuló kérést nem szabad elsietetten az inkompetencia jeleként felfogni.⁴⁵⁶

*A medicinális kontextusban érvényes döntési képesség kritériumainak többnyire a következő képességeket tekintik: a releváns információk megértésének képességét, azt a képességet, hogy ezen információknak a saját helyzete számára való jelentőségét képes helyesen értékelni, azt a képességet, hogy a kapott információkkal észszerűen bánik az opciók mérlegelésének logikai folyamatában, valamint azt a képességet, hogy megfelelően képes kinyilvánítani/kommunikálni választási döntését.*⁴⁵⁷

4.6.2. A felvilágosítás tényezői⁴⁵⁸

A megfelelő tájékoztatáson alapuló beleegyezéshez a páciensnek mindezekelőtt arra van szüksége, hogy *elegendő ismerete legyen saját egészségi állapotáról és a leendő döntés medicinális aspektusairól.* Az orvos felvilágosítási kötelessége az, hogy lehetővé tegye az önrendelkező döntést egy meghatározott orvosi intézkedés véghezviteléről vagy adott esetben ennek elhagyásáról. A felvilágosító beszélgetésben kifejezésre jut az orvosnak a páciensért viselt *felelőssége* éppúgy, mint a páciens személyének *tisztelete*. A felvilágosító beszélgetésben a páciens nem csak informálni kell: inkább *döntési kompetenciájának javítása áll előtérben*. A fő cél az, hogy lehetővé váljon a páciens számára a valódi megértés, félelmeinek és különös helyzetének feltárása, valamint az orvos saját nézőpontjának a közvetítése és a pácienssel való megismertetése.⁴⁵⁹

⁴⁵⁵ Uo. 138.

⁴⁵⁶ Buchanan–Brock 1989; White 1994. A döntési képesség előfeltételeit részletesen tárgyalja White 1994. Vö. ehhez Hildt 2006: 138, 37. lábjegyzet.

⁴⁵⁷ Abernethy 1984; Faden–Beauchamp 1986; Berg–Appelbaum–Grisso 1996.

⁴⁵⁸ Hildt 2006: 140.

⁴⁵⁹ Loewy 1989; Wear 1993; Schöne-Seifert 1996; Pickl 1997; Hildt 2006: 140.

a) Mennyi információra van szükség?

Abban a vonatkozásban, hogy mennyi információ szükséges ahhoz, hogy a páciens abba a helyzetbe kerüljön, hogy megfelelő (adekvát és releváns) tájékoztatáson alapuló beleegyezést adjon, *három információs szint különíthető el*.⁴⁶⁰

1. az orvosi tevékenység számára szükséges információs mennyiség (Professional Standard: PS);
2. mindaz, amit egy észszerű személy szívesen tudna (Reasonable Person Standard: RPS);
3. mindaz, amit egy individuális páciens vagy kísérleti személy szívesen tudna (Subjective Standard: ST).

Korábban széles körben elterjedt, hogy a páciens abban a mértékben szükséges a kockázatokról tájékoztatni, amilyen mértékben ez a kezelőorvos szempontjából (PS) képviselhető. Ezen álláspont szerint az orvos feladata a páciens medicinálisan legjobb érdekében véghez vitt cselekvése. Ennek rendelték alá az orvos tájékoztatási kötelezettségét. Ebben az álláspontban nem a páciens autonómiája a tájékoztatás mértékének a vezérfonala, hanem az orvosi kezelés irányvonalai és szabályai, valamint a jóttevés etikai kötelessége.

Ez a nézet napjainkra problematikussá vált.⁴⁶¹ Az az információs adatmennyiség, amire egy személynek szüksége van a döntéshez, nem csupán az orvosi ítéletalkotásból származó „technikai mennyiség”, hanem az élet legkülönbözőbb aspektusaiból adódik össze. Lényeges, hogy a kapott információt a lehető legkisebb mértékben befolyásolják a kezelőorvos saját értékképzetei vagy céljai.

b) Veszélyek

Ám fennáll annak a veszélye, hogy közvetve az orvosok mégiscsak saját értékeiket és céljaikat továbbítják a tájékoztató beszélgetésben. Márpedig az érintett orvosok/kutatók többnyire egészen másként értékelik egy adott eljárás esélyeit és kockázatait, mint a társadalom nem orvos tagjai. Van

⁴⁶⁰ Beauchamp–Childress 1989, 2001; Faden–Beauchamp 1986; Wear 1993.

⁴⁶¹ Hildt 2006: 141.

olyan törekvés ezekben a körökben, hogy az alkalmazott innovatív módszerek tudományos eredményeit és társadalmi hasznát magasra értékeljék. A klinikai kutatásokat végzők köreiből van hajlandóság arra, hogy mindegyik előtt az adott eljárásban rejlő lehetőségeket és esélyeket emeljék ki, és elhallgassák a kockázatokat azért, hogy megkapják a kísérleti személyek beleegyezését a kutatásokba. Hasonló érdeklődések előfordulnak a normális orvosi gyakorlatban is, ahol a saját bevétel biztosítása, egy bizonyos drága eszköz optimális kihasználása és hasonló saját érdekek vannak előtérben. Ezzel szemben az orvos azon kötelessége, hogy a páciens megfelelően tájékoztassa, elsődlegesen az autonóm döntéshozatal lehetővé tételét szolgálja, és nem az orvos saját érdekeit.

c) Az információmennyiség és a tájékoztatás sztenderdizálása és személyre szabása

A „Reasonable Person Standard” (RPS) felöleli mindazokat az információkat, amelyeket minden normális észszerű személy fontosnak tartana a mindenkori helyzetben, és amelyekről feltételezhető, hogy a személyek megfelelő módon megértik és elfogadják. A felvilágosítás egy fiktív, észszerű páciens kérdéseire vonatkozik. Egy ilyen páciens feltételezve sztenderdizálható a felvilágosítási eljárás. Konkrét medicinális összefüggésekben azonban nehézségek merülnek fel a megkövetelt információs mennyiség pontos tartalmának és terjedelmének megadása kapcsán. A páciens társadalmi és személyes környezetének, vallási meggyőződéseknek, előítéleteknek, szorongásoknak a hatásával lehet számolni.⁴⁶² Ezért kérdéses, hogy a fiktív, észszerű páciens számára relevánsnak tekintett információs mennyiség valóban átfogja-e mindazt, ami a mindenkori egyéni páciens mindenkori személyes életkontextusában valóban releváns.

Ugyanakkor a felvilágosítás terjedelmét illetően teljesen a páciens szubjektív érdekeire és kívánságaira hagyatkozni éppúgy problematikus. Tény, hogy a páciensek gyakran egyáltalán nem tudják, milyen információk megfelelőek és szükségesek a helyes döntéshez. Beauchamp és Childress javaslata szerint a 2. és a 3. kritérium közötti kompromisszumos megoldást

⁴⁶² Hildt 2006: 142.

kell alkalmazni a páciens felvilágosításakor. Mindazoknak az információknak a kiegészítéseként, amelyeket a *normális, észszerű páciens* fontosnak tart, a mindenkori *egyéni páciens* sajátos kérdéseibe is bele kell bocsátkozni. Ennek előfeltétele, hogy az orvos és páciens közötti bizalmon alapuló beszélgetés keretében elegendő idő és alkalom van ezeknek a kérdéseknek a megfogalmazására. Ilyen körülmények között a páciens jó eséllyel előhozza a félelmeit és kívánságait, és lehetőség nyílik azoknak az információknak a döntéshozatalba való megfelelő bevonására, amelyek a páciens személyes kérdéseiből adódnak. A páciensnek először tehát alapvető „sztenderd” információkat kell adni, amit a vele folytatott személyes beszélgetés követ, amelynek során megbeszélik a páciens konkrét helyzetét, s lehetőséget kap további kérdésekre. Ennek az eljárás módnak a célja *a mindenkori helyzet közös feltárása*. E koncepció szerint végső soron *a páciens és nem az orvos határozza meg, mikor érik el a kielégítő információ mértékét*. Idetartozik a páciensnek a nem tudásra való joga, vagyis az a lehetőség, hogy autonóm módon saját maga döntsön arról, ha nem akar tájékozott lenni.⁴⁶³

A páciens megfelelő tájékoztatásának szükséges alkotóelemei közé tartoznak az általános egészségi állapotára vonatkozó információk, valamint arra a sajátos egészségügyi problémára vonatkozó információk, amire a kezelés irányul. Részletesen megbeszélendő a javasolt kezelés és a várható haszon, a lehetséges komplikációk és kockázatok, alternatív kezelési módok, valamint a kezelés nélküli prognózis.⁴⁶⁴ A páciens számára mindig biztosítandó a további kérdések feltevésének a lehetősége. Ajánlatos a döntés szélesebb kontextusának felvázolása, a beszélgetésben a páciens medicinális előtörténetének, de egész élethelyzetének és jövőbeli terveinek szóba hozása és figyelembevétele. A páciensnek rendelkeznie kell azzal a lehetőséggel is, hogy bármikor visszavonhassa a kezelésbe való beleegyezését. Kiegészítő adatokként szolgálnak a nem világosan megnevezhető kockázatokra vagy a felelős személyekre vonatkozó információk.

⁴⁶³ Beauchamp–Childress 1979, 2001; Faden–Beauchamp 1986; Anselm 1999.

⁴⁶⁴ Hildt 2006: 143.

A páciensek részéről *nagy az információs szükséglet*.⁴⁶⁵ Több mint 90%-uk szeretne információt kapni és intenzíven részt venni a mindenkori döntési folyamatban. Az orvosok viszont inkább hajlanak arra, hogy alábecsüljék ezt az igényt.⁴⁶⁶

d) A megfelelő tájékoztatás akadályai

Nehézséget jelenthet a kezelési eljárás komplexitása. A modern, magas technikai szintű diagnosztikai és terápiás eljárások többnyire idegenek a pácienseknek, és megnehezítik számukra a helyzet megértését. Ehhez társul az időhiány, aminek negatív hatása van a felvilágosítás mértékére, a pácienssel folytatott beszélgetés időtartamára és minőségére. A megfelelő felvilágosítás nagyon időigényes, és sok orvos szerint ezt nem honorálják megfelelően. Ez a mindennapi orvosi gyakorlatban a pácienssel folytatott beszélgetés „racionalizálását” (lerövidítését és leegyszerűsítését) vonja maga után.⁴⁶⁷

A megfelelő tájékoztatásról folytatott vitában *nem csupán az átadott információ mennyiségét kell figyelembe venni, hanem a módot, valamint a körülményeket, amelyek között az információkat közvetítik*. A felvilágosítás nem szűkíthető le a tájékoztatási lap elolvasására, különösen nem ennek gyakran elolvasás nélküli aláírására. Az orvos és a páciens között *intenzív beszélgetésre van szükség*, amelynek keretében a további kezelési menetről szóló *egyetértés elérése a cél*. A szóbeli tájékoztatási beszélgetésnek nem mellékesen *megnyugtató* funkciója is van, hiszen a páciens *érzelmi támogatását is* szolgálja. A mindenkori tartalmak adekvát közvetítéséhez a felvilágosításnak *alkalmas helyzetben* kell történnie, pl. nem olyan pillanatokban, amikor a páciens nem képes a befogadásra.⁴⁶⁸

A felvilágosító beszélgetések feltételeit illetően a páciensek mindenkori előtt az időhiányt és az érthetetlen kijelentéseket kritizálják. Az utóbbiakhoz tartozik a túl halk vagy túl gyors beszéd, vagy túl sok szakmai fogalom használata. A nem kielégítő információ a gyógyszerek hatásáról, elsősorban

⁴⁶⁵ Appelbaum–Lidz–Meisel 1987; Wear 1993; Vollmann 1999.

⁴⁶⁶ Faden–Beauchamp 1986; Wear 1993.

⁴⁶⁷ Pickl 1997; Kern–Beske–Lescow 1999.

⁴⁶⁸ Hildt 2006: C.I.3.3. fejezet.

mellékhatásáról, ugyancsak gyakori kritika tárgya. Kifogásolják a betegek azt is, hogy túl kevés lehetőséget kapnak arra, hogy kérdéseket tegyenek fel, és hogy ezt gyakran elbizonytalanító jelzésekkel inkább elnyomják az orvosok.⁴⁶⁹

A tájékoztatástól elvárt tudás *negatív implikációkat is vonhat maga után*. A betegség várható lefolyásáról, a kockázatokról és a mellékhatásokról kapott ismeretek félelmet és reménytelenséget is kiválthatnak a páciensben, vagy ahhoz az érzéshez vezetnek, hogy döntési kényszer elé állították őt. Mindez megterhelően hat a közérzetére. Emiatt egyes orvosok az átfogó tájékoztatás ellen vannak, s azt állítják, hogy az a páciensnek szignifikánsan kárt okozhat. A hippokratészi írásokban is problematikusnak minősül a páciens teljes körű felvilágosítása, mert ez sok esetben ront a páciens állapotán.⁴⁷⁰

e) Teljes körű felvilágosítás?

Még ha az utóbbi évtizedekben a paternalisztikus beállítottság elterjedtsége és elfogadottsága vonatkozásában változások is történtek,⁴⁷¹ a rossz prognózissal rendelkező páciens esetében még mindig nem ritka eljárás, hogy *a betegség várható lefolyásáról nem kap teljes körű felvilágosítást, vagy a beteg vélelmezett jóléte érdekében hazudnak neki*.⁴⁷²

Az autonómiának ezt a megsértését az orvosok többnyire azzal az érveléssel igazolják, hogy az igazság további nyugtalanságot vált ki a páciensben, s minden reményt elvehet tőle, így negatívan hat ki az egészségi állapotára.⁴⁷³ A rossz prognózisra vonatkozó információk visszatartását azzal is igazolják, hogy a páciens gyakran nem kérdez, és ezért nem kért információkat kellene továbbítani, ami a páciensnek káros lehet. Bizonytalan prognózis esetén pedig többnyire semmiféle világos állásfoglalásra nem kerül sor.

Teljes körű felvilágosítás a várható kezelésről az ellenzők szerint ahhoz vezetne, hogy a páciens főlegesen megfélemlítenék, különösen ha va-

⁴⁶⁹ Faden–Beauchamp 1986; Pickl 1997; Vollmann 1999.

⁴⁷⁰ Bergdolt 1998.

⁴⁷¹ Hildt 2006: C.I.1. fejezet.

⁴⁷² Buchanan 1978; Schade–Muslin 1989; Bickeböller 1999; Frewer 1999; Hildt 2006: 144.

⁴⁷³ Hildt 2006: 145.

lamely kezelési hiba kockázatára vonatkozó információról van szó.⁴⁷⁴ Negatív következményként a növekvő félelem, szorongás, nyugtalanság vagy az alvászavarok nevezhetőek meg. Az a megfontolás is felmerült, hogy különösen a kockázatokról történő tájékoztatás növelné a kezelésektől való húzódozást. Ám ezt több tanulmány is cáfolta: valójában sokkal több páciens húzódozik a kezeléstől akkor, ha nem kap kielégítő tájékoztatást.⁴⁷⁵

Általában véve *nehéz az információk szándékos visszatartásánál a pontos kritériumok megadása* arról, hogy milyen esetekben lesz a várható negatív befolyásolás olyan mértékű, hogy ez az információk visszatartását igazolná, illetve hogy milyen magasnak kell lennie a negatív hatások fellépése kockázatának ahhoz, hogy információkat visszatartó eljárásokat igazoljon. Ezeknél a kérdéseknél ugyanis *nem általánosan érvényes megfontolások és kritériumok játszanak fontos szerepet, hanem a mindenkori páciens egyéni helyzete, személyes környezete* stb.⁴⁷⁶

Természetesen *lehet érvelni a teljes körű felvilágosítás és az igazság közlése mellett is*.⁴⁷⁷ Ezen érvelés szerint egy halálos betegségben szenvedő páciens számára a félrevezetés károsabb, mint az igazságról való tájékoztatás.⁴⁷⁸ A félrevezetésen alapuló eljárások formálisan megadják a páciensnek az autonóm választási döntés lehetőségét, ami azonban sokféle implikációt hoz magával, pl. azt, hogy a páciens hamis feltételezések alapján megadja beleegyezését olyan kísérleti vagy agresszív terápiákba, amelyeket egyébként nem fogadna el. A félretájékoztatás nagymértékben megterheli az orvos-beteg kapcsolatot is. Például azzal, hogy a betegől elrabolják annak lehetőségét, hogy rendezze a „végső dolgait” a még hátralévő időben (pl. családi ügyeit, lelkiismereti, vagyoni és egyéb dolgait).

Az információk tudatos visszatartása a *placebo* bevetésénél is szerepet kap. Ezenkívül a *randomizált klinikai tanulmányoknál és pszichológiai kutatásokban* is van jelentősége.

⁴⁷⁴ Ingelfinger 1972; Malcolm 1988.

⁴⁷⁵ Morgan–Schwab 1986; Pickl 1997; Vollmann 2000.

⁴⁷⁶ Hildt 2006: 145–146.

⁴⁷⁷ Bok 1978; Wear 1993.

⁴⁷⁸ Hildt 2006: C.II.1.3.1. fejezet.

Az is lehetséges, hogy a *páciens húzódozik fontos információk észlelésétől és felfogásától*. Némely páciens kevesebb információt akar kapni, mint amit a normális, észszerű személyekre szabott sztenderd (RPS) meg szab. A szándékolt eljárásról történő részletes tájékozódás hiányzó készségének ez is lehet oka, hogy a páciens nem rendelkezik a tudatos szembenézéshez és az eljárás veszélyeivel való tudatos szembesüléshez szükséges erővel – pl. egy várható operáció esetében. Ilyenkor fontos szerepe van az orvosba vetett bizalomnak.

Ebben az összefüggésben merült fel az alábbi felfogás: aki húzódozik az RPS-nek megfelelő információk elfogadásától, az nincs abban a helyzetben, hogy tájékoztatáson alapuló beleegyezést adjon.⁴⁷⁹ Ilyenkor az egyik lehetőség az, hogy a kezelés véghezviteléről lemondanak addig, amíg megtörténik a megfelelő információátvitel. Ezzel a személyt közvetve kényszerítik arra, hogy tudomásul vegye a relevánsnak tekintett információkat, mégpedig saját kinyilvánított akarata ellenére. A másik lehetőség a páciens egy adott kezelés kivitelezésébe való beleegyezésének elfogadása, még ha ez a beleegyezés nem megfelelő információk alapján is történt. Mindkét alternatíva problematikus. Az első lehetőségnél sérül a páciens önrendelkezése, mivel nem kívánt információkat kényszerítenek rá. A második lehetőségnél eleve nem lehetséges a páciens autonóm döntése a hiányzó vagy hiányos ismeretek miatt.

Egészében véve azonban medicinális-terápiás kontextusban az *individuális páciensre irányuló eljárás mód mellett* voksolhatunk mind az orvos és páciens közötti beszélgetések, mind a páciens felvilágosítását szolgáló egyéb intézkedések tekintetében. Ezen eljárás szerint olyan információk átadása szükséges, amelyek *lehetővé teszik a páciens számára a további kezelési menetre vonatkozó önrendelkező döntések meghozatalát*. Ebben az összefüggésben az információ továbbadásának és az RPS alapvető irányultságának általánosan érvényes szempontjai mellett figyelembe veendő a páciens egyéni helyzete, személyes előtörténete, családi és társadalmi környezete is (ST).

⁴⁷⁹ Beauchamp–Childress 1979, 2001; Schöne-Seifert 1997; Hildt 2006: 147.

Az eddigi megfontolások arra a medicinális-terápiás kontextusra vonatkoztak, amelyeknél már megbetegedett személyeknek a mindenkori betegségről és a rendelkezésre álló terápiás lehetőségekről való felvilágosítása van a középpontban. Más a helyzet akkor, amikor arról a kívánságról van szó, hogy egy *betegség megjelenése előtt kapjon valaki információt arról, hogy a jövőben milyen valószínűséggel léphet fel nála egy meghatározott betegség.*⁴⁸⁰

4.6.3. Az információ megértésének gyakorlati nehézségei

Ahhoz, hogy egy személy/páciens szabadon adhassa meg tájékozottságon alapuló beleegyezését, megfelelő felvilágosítás birtokában abban a helyzetben kell lennie, hogy *megértse és elrendezze a kapott információkat.* Különbséget kell tenni a kapott információk helyes megértésének általában vett lehetetlensége között, ami pl. kisgyermeknél vagy átmeneti és tartós szellemi károsodás esetén lép fel, valamint a kompetens személy azon nehézsége között, hogy *kedvezőtlen szituatív keretfeltételek* mellett megértsen bizonyos dolgokat.

A tab egyik alapproblémája jelenik meg abban a kérdésben is, hogy mennyire képesek megfelelően felfogni a páciensek az orvos által közvetített információkat ahhoz, hogy szabadon és jól informáltan juttassák kifejezésre egyetértésüket. Ez a probléma először is a páciens tájékoztatáson alapuló beleegyezési szándékának a megértését érinti. Különböző vizsgálatok és felmérések szerint a páciensek nincsenek tisztában azzal, mi ennek az eljárásnak az értelme. A valóságban szerintük inkább arról van szó, hogy a formula aláírása részükről az orvos védelmét szolgálja.⁴⁸¹ Pontosan ezért *fontos a páciensben tudatosítani, hogy ő maga a döntéshozó, és bátorítani kell arra, hogy aktívan vegyen részt a döntéshozatalban.*

Sokan kétségbe vonják, hogy a páciensek valóban képesek-e medicinális összefüggéseket megérteni, és hogy ténylegesen abban a helyzetben vannak-e, hogy mérlegelni tudjanak valamely kezelés remélt haszna és a meg-

⁴⁸⁰ Hildt 2006: 148.

⁴⁸¹ Cassileth–Zupkis–Sutton-Smith–March 1980; Wear 1993.

lévő kockázatok között.⁴⁸² A tájékoztatáson alapuló beleegyezéskor a páciensnek *nemcsak befogadnia* kell a kapott információkat, hanem azokat megfelelő módon *saját egyéni helyzetére alkalmaznia* is kell.⁴⁸³ E megfontolásokkal szemben azt lehet felhozni, hogy objektív felvilágosítási eljárások is alkalmazhatók, mint pl. a hivatásbeli sztenderd (PS). Ezzel azonban arról még nem mondtunk semmit, hogy miként tudja feldolgozni a mindenkori személy a kapott információkat. Az információk megértésénél különösen akkor lépnek fel nehézségek, ha nem világos, nem összefüggő vagy zavaros módon továbbítják őket, vagy ha az információ továbbítása alkalmatlan helyzetben történik.

Vizsgálták azt is, hogy a páciensek *milyen mértékben tudják megjegyezni a kapott információkat*. A vizsgálatok eltérő eredményeket hoztak. Közös jellemző az, hogy egyik sem mutat kedvező képet a tájékoztatáson alapuló beleegyezésről. A Bengler és mások (1980) által végzett vizsgálatok szerint az informálás után két órával a páciensek 72%-a emlékezett az információkra. Három hónappal később 61%. Morgan és Schwab (1986) azt állapították meg, hogy a közölt információknak átlagosan 37%-át értették meg a személyzeti operáció előtt álló páciensek. Az emlékezeti rátát nagyjából 50% körülre lehet tenni. A megértés abban a mértékben csökken, amilyen mértékben a betegség nehézségi foka nő.⁴⁸⁴

Ám nem lehet csak abból kiindulni, hogy a páciensek meg tudják-e jegyezni a kapott információkat. Megfelelő megértésükhöz és feldolgozásukhoz különböző előfeltételek megléte szükséges. Az információ megértése először *alapvető belátást* követel meg a betegségről, és szükségessé teszi *a medicinális tudás minimumát*. A páciens személyes élettörténetéből eredő okok vagy társadalmi hatások nagy szerepet játszhatnak abban, hogy hogyan kerül befogadásra a kapott információ, és miként megy végbe az információnak a mindenkori személyes élettörténet függvényében való értékelése.⁴⁸⁵ Alapvető feltétel *a kellő rendelkezésre álló idő*. Az időtényező fontos a megfelelő távolság kialakításához és ahhoz, hogy rokonokkal és

⁴⁸² Beauchamp–Childress 1979, 2001; Malcolm 1988; Wear 1993.

⁴⁸³ Hildt 2006: 149.

⁴⁸⁴ Cassileth–Zupkis–Sutton-Smith–March 1980; Wear 1993.

⁴⁸⁵ Hildt 2006: 150.

barátokkal meg lehessen beszélni a problémákat, majd ezek után további kérdéseket lehessen feltenni az orvosnak.

A megfelelő megértés és feldolgozás előfeltétele a *félreértések és félrevezető értékelések kerülése*, amelyek irracionális értékeléseket idézhetnek elő a páciensben.⁴⁸⁶ Itt olyan elvárásokról, beállítottságokról és félelmekről van szó, amelyek a páciensnél akkor lépnek fel, ha a releváns információkat nem helyesen értette. Ezért a nem megfelelő időpreferenciák minden formája kerülendő. Ebben az összefüggésben gyakori tendencia, hogy a kár vagy a haszon fellépése a távoli jövőben lényegesen gyengébben értékelt, mintha ezen események fellépése időben közeli lenne.⁴⁸⁷ A nem kielégítő feldolgozásnak egy további jellegzetessége a kockázatokhoz való irracionális viszonyulás, ami olyan kijelentésekben nyilvánul meg, mint pl.: „ez velem nem fog megtörténni”. Továbbá felléphetnek erős félelmek a kezelés előtt a páciensben, amelyek a szükséges intézkedésektől való húzódozásához vezetnek. Példa erre a narkózistól való túlzott félelem, vagy az attól való félelem, hogy az operáció keretében „felvágják”.

Lehetséges tehát, hogy a páciensek a megfelelő információk ellenére döntéseiket mégsem megfelelő megfontolások alapján hozzák meg, s olyan érzelmek és félelmek vezetik őket ebben, amelyek nem állják meg az észszerű kontroll próbáját.⁴⁸⁸

4.6.4. Gyakorlati nehézségek és elméleti dilemmák az adekvát és releváns tájékoztatáson alapuló beleegyezés körül

A szokásos felfogás szerint a páciens feldolgozza a kapott információkat, ami aztán a döntéshozatalhoz vezet, majd döntését írásban kell dokumentálnia, aláírásával megerősítenie.⁴⁸⁹ A mindennapokban azonban jóval összetettebb a helyzet.

A döntéshozatal maga is összetett folyamat. Az eredmény lehet a terápiás kezelés elfogadása vagy elutasítása. Ehhez azonban a páciensnek is-

⁴⁸⁶ Brock–Wartmann 1990.

⁴⁸⁷ Parfit 1984; Birnbacher 1988.

⁴⁸⁸ Hildt 2006: C.I.2.1. fejezet.

⁴⁸⁹ Hildt 2006: 151.

mernie kell a cselekvési opciókat és az azokkal járó következményeket, racionálisan mérlegelni és értékelni kell az alternatívákat, a kockázatokot, majd alapos megfontolások után kell meghoznia a döntést.

Nehézség keletkezik akkor, ha az orvos és a páciens közötti megfelelő beszélgetések után a páciens mégis az orvosi értékeléssel szemben dönt, s elutasítja az orvosi szempontból sikeres kilátásokkal kecsegtető terápia végrehajtását. Az is nehézséget jelent, ha a páciens olyan kezeléshez ragaszkodik, amely orvosi szempontból nem megfelelő. Ebben az összefüggésben felmerül a páciens hitelességének, azaz autonóm személyként való tiszteletének követelménye. Az orvos feladata páciensének olyan döntésektől való megóvása, amelyek nincsenek összhangban a páciens szubjektív értékrendszerével és így inkohereusak.⁴⁹⁰ Ilyen inkoherenca áll elő, ha pl. a távoli jövőben várható kockázatokat alábecsülik, vagy a rövid távú megterhelések negatív implikációit túlbecsülik. Ilyen esetekben a kezelőorvos kötelessége a páciens mellé állni, hogy az szabad, jól meggondolt, megfelelő és hiteles, értékpreferenciáinak nem ellentmondó döntést hozzon, s így lehetővé váljon mind autonómiájának megőrzése, mind a számára orvosi-lag legjobb beavatkozás.⁴⁹¹

Az is figyelembe veendő, hogy egy ember értékei, preferenciái és beállítottságai változhatnak: a páciens pl. egy súlyos betegség is készítheti preferenciái módosítására. Korábban pl. pénzszerzési vágy vagy a karrier hajtotta, elhanyagolta egészségét, hozzátartozóit, de megbetegedése arra készítette, hogy újragondolja addigi életét és értékválasztásait. Például humánus és/vagy szociálisan érzékeny értékekre alapítandó új élete erős motivációt nyújthat a betegségéhez való hozzáállásában és gyógyulni akarásában.

Meglehetősen problematikusak azok az esetek, amikor egy nem feltűnő, konform magatartásról van szó, aminek az orvos nem jár utána. Valójában azonban nem hiteles a döntés, mert nem felel meg az érintett saját értékrendszerének, hanem külső befolyásokra vezethető vissza. Például a család meggyőzi arról a páciens, hogy mindenben engedelmesskedjen az orvosok

⁴⁹⁰ Miller 1981; Schöne-Seifert 1997.

⁴⁹¹ Hildt 2006: B.4.3.2. fejezet.

javaslatának, útmutatásainak, holott szuverén, erős egyéniség, aki szeret mindennek utánajárni. Ám betegként az új helyzetben visszafogott, s még csak kérdéseket sem tesz fel az orvosnak. Az elfojtott kérdések és érzések, a kezelésével kapcsolatos tisztázatlanságok nyilván nem segítik a gyógyulását. A kezelőorvos viszont sokat segíthet: ösztönözheti a páciens arra, hogy nyugodtan kérdezzen, hogy felszínre kerüljenek az elfojtott érzések és elnyomott gondolatok.⁴⁹²

Különösen nehéz konkrét medicinális összefüggésben annak kiderítése, hogy vajon a mindenkori páciens alapos morális reflexiók alapján cselekszik-e, vagyis hogy rákérdez-e saját morális értékeire.⁴⁹³ Erre a medicina kereteiben nincs is kapacitás. *Bár a morális reflexiónak ez az aspektusa nagy szerepet játszik az autonómia koncepciójáról folyó elméleti, filozófiai vitákban, mégsem tűnik megfelelőnek medicinális kontextusban ezt megkövetelni.* A morális reflexió túl magasra sófolná azokat az igényeket, amelyeket a pácienssel szemben támasztanak, amikor döntést kell hoznia egy konkrét orvosi intézkedés végrehajtásáról. *Egyfelől túlzottan megterheli a páciens, másfelől az orvosnak nincs erre kapacitása (ideje, megfelelő speciális képzettsége), ezért a mindennapokban kivitelezhetetlen.* Más esetről van szó, ha egyes páciensekben felmerül ez az igény, és erről szeretnének beszélni valakivel. Barát vagy családtag jöhet szóba beszélgető partnerként, vagy szükséges esetben pszichológus vagy pszichiáter.

A medicina mindennapjaiban gyakran megkérdőjelezi a páciens önmeghatározó, szabad döntéshozatalát és ennek megfelelőségét, többnyire a betegsége révén befolyásolt helyzetére hivatkozva. Az életét veszélyeztető megbetegedések esetén a páciens erősen függ az orvosi segítségtől, ami aztán arra készíti, hogy belemenjen a javasolt orvosi intézkedésekbe, és elfogadjon kevés kilátást ígérő kezelési kísérleteket is abban a reményben, hogy azok a fájdalom enyhüléséhez vagy gyógyuláshoz vezetnek. Stephen Wear szerint a legtöbb páciens azért keres fel egy orvost, hogy ennek szaktudásával egészségügyi problémáit beazonosítsa és megoldást találjon ezekre a problémákra, amelyekkel egymaga már régóta nem tudott

⁴⁹² Uo. B.4.3.2.1. fejezet.

⁴⁹³ Miller 1981.

tisztába jönni. Szerinte a páciensek nem azért fordulnak orvoshoz, hogy az kioktassa őket a medicinális összefüggésekről, és nem is figyelnek pontosan az átadott információkra. Önmagukat nem tekintik döntéshozónak, mert olyan dolgokról van szó, amelyekről nem rendelkeznek megfelelő szaktudással. E nézet szerint a páciensek gyakran nem is rendelkeznek elegendő idővel ahhoz, hogy a meghozandó döntéshez szükséges komplex összefüggéseket felfogják és utánagondoljanak azoknak. A tájékoztatáson alapuló beleegyezés e nézet szerint *fikció*, amely mögött egy egyszerűbb igazság rejlik, mégpedig az, hogy a páciens megbízik-e az orvos ítéletében vagy sem.⁴⁹⁴ Ezek a jelenségek a *páciens kiszolgáltatottságának jelei*, amit normális kórházi körülmények között a személyzetnek enyhítenie vagy megszüntetni kellene. Éppen az ilyen rendkívül nehéz helyzetekben van nagy szükség az önbizalom, az önbecsülés erősítésére a páciensnél, valamint az odafigyelés és az empátia kifejezésére az egészségügyi személyzet részéről.

Elméleti dilemmák is felmerülnek. Bírálata érte pl. a *hitelesség* követelményét, mivel a páciens megterhelheti egy ilyen követelmény. Pl. ahhoz vezethet, hogy a páciens szokatlan és nem konform döntéseit az orvosok nem autentikusként megkérdőjelezzik. Elméleti ellenvetéseket fogalmaz meg Becky Cox White, aki fontos szerepet tulajdonít az *érzelmeknek* a döntéshozatalban, mivel ezek lényeges információkat visznek be a döntéshozatal folyamatába. Szerinte ösztönözni kell a pácienseket arra, hogy vegyék figyelembe, melyik alternatíva esetében éreznék magukat a legjobban. Néhány kérdéssel ez megoldható: *rá lehet vezetni a páciens érzelmei, érzései tisztázására és ezeknek a döntéshozatalba való bevonására. Az érzelmek jelenléte ugyanis az első szintű vágyak egymás közötti kompatibilitását vagy inkompatibilitását jelzi: a vágyak közötti konfliktus általában negatív érzelmek megjelenésével jár. Ha ilyen érzelmek észlelhetők, márpedig súlyos betegeknel ez gyakori, akkor az orvos ösztönözheti a belső, érzelmi konfliktusnak olyan feloldását, ami az adott személy értékeinek egészével összhangban van.* Megfelelő érzelmi töltetű reakciók erősíthetik a döntéseket, ellentétes, negatív, bizonytalanságra, tisztázatlanságra utaló reakciók

⁴⁹⁴ Wear 1993.

pedig gyengíthetik nemcsak a döntést, hanem később a gyógyulás esélyét is. Bizakodó vagy megnyugtató érzelmek egy nehéz döntés után hozzájárulhatnak a hozott döntés helyességéről való meggyőződéshez és a bizonytalanságok, aggodalmak leküzdéséhez. A félelem vagy a rossz érzések, pl. bizonytalanság viszont a meghozott döntés újragondolását is maguk után vonhatják, ami megterheli a páciens, de az orvost is: lehet mindent előlről kezdeni.⁴⁹⁵ *A páciens tehát biztatni kell arra, hogy affektív és kognitív információkat egyaránt vigyen be a döntéshozatal folyamatába, és ezeket minél alaposabban tisztázza maga számára, akár a hozzátartozók, barátok vagy hozzáférő szakemberek segítségével.*⁴⁹⁶ Ezért nemcsak a lehetséges beavatkozási alternatívák megnevezése fontos, hanem a pácienseket biztatni kell annak megfontolására, hogy milyen érzelmeket kötné a különböző opciókhoz és a várható kimenetekhez. A páciensnek megkönnyebbülést hoz és erős támaszt jelent a kapott „objektív”, szakmai kompetencián alapuló információknak az önmagára és saját személyes értékeire, értékrendjére, érzelmeire, érzéseire való vonatkoztatása.⁴⁹⁷

További szempont, amit különösen az egészségügy szereplői hangsúlyoznak, hogy a tájékoztatáson alapuló beleegyezés révén megvalósított autonómia mértéke a mindenkori szituációban adott lehetőségekre, valamint ezek realizálhatóságára vonatkozzon. Medicinális-terápiás kontextusban az önrendelkezés jelentős korlátozásai is felléphetnek.⁴⁹⁸ Ennek számos, szerzteágazó oka van, ami nem tárgya ennek a munkának, hiszen egészségszociológiai, orvostörténeti, pszichológiai kérdések tömegéről lenne itt szó, amivel itt nem foglalkozunk. A mindenkori egészségügyi ellátási rendszer adott kereteinek a jelentőségétől és hatásaitól azonban nem lehet eltekinteni, amikor az autonómiaelvet és ennek a betegjogokban rögzített vonatkozásait értékeljük. A modern medicina valós kontextusainak erős befolyása van a medicina mindennapjaira. E kontextusok körébe tartozik az adott egészségügyi ellátási rendszer állapota, szakmai és etikai színvonala, erős és gyenge pontjai. Ezen túl beletartoznak az adott társa-

⁴⁹⁵ White 1994; Charland 1998.

⁴⁹⁶ Hildt 2006: 153.

⁴⁹⁷ Uo. D.II.2. fejezet.

⁴⁹⁸ Uo. 154.

dalom szociokulturális jellemzői, beleértve a szignifikáns magatartási mintákat, különösen az orvos-páciens kapcsolatban. Ezek a minták napi szinten megjelenő és ható alkotóelemei az autonómia és a betegjogok érvényesülése keretfeltételeinek.

A tájékoztatáson alapuló beleegyezésnek és az ehhez kapcsolódó felvilágosítási és döntéshozatali folyamatoknak az az alapvető céljuk, hogy lehetővé tegyék a páciens számára az autonómiának az adott társadalmi-kulturális és medicinális keretek között lehetséges magas szintjét. Ám a mindenkori adott keretek korlátozó hatásai miatt rendszeresen feszültségek lépnek fel, ami nehézséget jelent az autonómiaelvnek és a betegjogoknak napi szintű érvényesítésében.

Vizsont kínálkozik egy pozitív elmozdulási lehetőség az orvos-páciens kapcsolat keretében a medicina színvonalának javítására. Ez az *etikai normálás, valamint az érintetteknek az önképében és magatartási mintáiban való alapvető változás*, amire igények vannak és lehetőségek kínálkoznak. Ezt a civilizációs kihívást és az erre adott adekvát válaszlehetőségeket fentebb tárgyaltuk.⁴⁹⁹ Konkrét gyakorlati lépés adódik erre az *orvosképzésben*, ami nem mellékesen a képzés egészének költségeit tekintve nem különösebben pénzigényes. A biomedicinális képzésnek a kibővítése és részben tartalmi kiegészítése a bioetika komplex társadalmi-kulturális látásmódjával és tudástartományával, az ebből nyerhető ismeretekkel az orvos és a páciens kapcsolatának korszerű modelljeiről fontos lépést jelent és jelenthet a jövőben is ebbe az irányba. Ennek a szemléletnek és tudásterületnek a modern orvoslás számára várható hozadéka ugyan nem azonnal térül meg, és nem a hálapénzen mérhető. De megtérüléséhez nem fér kétség: a medicina, benne az *orvos-páciens kapcsolat mintaadó szerepe*, bár más jelentésben, de *viszanyerhetné magasra értékelt státuszát a magyar társadalom jelenkori modernizációs folyamatában*.

Az alábbiakban a paternalizmus, majd az orvosi paternalizmus kérdéskörét vizsgáljuk meg közelebbről. Azt azonban már most előrebocsátjuk, hogy az orvosi paternalizmus felszámolásának szándéka, ami egyes bioetikusoknál felmerült, semmiképpen nem reális, sőt az orvoslás lényegét

⁴⁹⁹ Vö. A/4. fejezet.

tekintve irreleváns és félrevezető törekvés. *Az orvosi paternalizmusnak ma is van helye és értelmes funkciója a medicinában. Az igazi kérdés nem ez, hanem az, hogy milyenfajta paternalizmus az, amely a leginkább összeegyeztethető a páciens autonómiájának elvével és a betegjogokkal a modern medicinában.*

C/ PATERNALIZMUS

DUPress

TARTALOM

1. Az autonómia határai és a paternalizmus	291
1.1. Problémafelvetés – szociokulturális és medicinális perspektívában	291
1.2. Fogalomtörténet, jelentések és paternalizmusformák – etikai viták és cselekvésméleti megfontolások kontextusában	302
1.2.1. A paternalizmusfogalom történetének három állomása és három vitakontextusa	306
1.2.2. A paternalista cselekvések mindig más személyek jóllétére irányulnak	307
1.2.3. A paternalizmusjelenségek komplexitása és a megkülönböztetés eljárása.....	308
1.2.4. A paternalisztikus cselekvés releváns aspektusai – cselekvésméleti összefüggésben.....	308
1.2.5. Átmenet a paternalizmus medicinális kontextusához.....	318
2. Orvosi paternalizmus – etikai kontextusokban	321
2.1. (Német) fogalomtörténeti kitekintés	321
2.2. Orvosi paternalizmus	323
2.3. Különböző álláspontok a jóttevés és a páciens önrendelkezése normatív elveinek viszonyáról	326
2.4. Igazolási kényszer és a károkozás kérdése a modern orvosi paternalizmusban	331
2.5. Paternalizmus és szabadság: beavatkozás egy személy szabadságába és szabadságmaximalizáló paternalizmus	333
2.6. Paternalizmus – ellátási kötelezettség és a szabadság erősítésének metszéspontján	335

3. Bizonytalansági tényezők és veszteségek a modern medicinában – orvosi perspektívából	339
3.1. Az orvos önmagával szemben megnövekedett kételyei: az orvosi cselekvés autonómiavesztése	339
3.2. Az orvos az „egészségtechnikus” szerepében.....	340
3.3. Az orvosi felelősség elvesztése.....	340
3.4. Autonómia: a felelősség áthárítása a páciensre – a neopaternalista hivatáspolitikáé következménye	342
4. Paternalizmus a modern orvosi etikában	346
4.1. Paternalizmus – diskurzusetikai, szisztematikus-elméleti és medicinális-gyakorlati dimenziók metszéspontján	346
4.2. A paternalizmus meghatározása, szűkebb és tágabb koncepciója és fajtái	348
4.3. Az erős és a gyenge paternalizmus igazolása a modern medicina feltételei között.....	351
4.4. A paternalizmus igazolása a modern orvosi etikában – az autonómia perspektívájából.....	354
4.5. Orvosi cselekvés a páciens jólléte érdekében: a paternalizmus szubjektivista interpretációja az autonómiaelv alapján.....	360

1. Az autonómia határai és a paternalizmus

1.1. Problémafelvetés – szociokulturális és medicinális perspektívában

Kovács József felhívja a figyelmet arra, hogy *az egész modern bioetika a paternalizmus kritikájával indult*, s legalább egy évtizedig másról sem szólt, mint arról, hogy a paternalizmus egy szabad, polgári társadalom alapértékeivel összeegyeztethetetlen. Az autonómia koncepciójának részletes kidolgozására is a paternalizmus kritikájaként került sor. Az angolszász bioetikában azért nincs igazán irodalma a paternalizmusnak, mert nagyjában-egészében elfogadhatatlannak tartják. Tegyük hozzá: a kortárs német bioetikában részben más a helyzet.⁵⁰⁰ Sőt, ahogyan a német szakirodalom hivatkozásaiból kiderül: az autonómia és a paternalizmus viszonyának értékelésében változások vannak az angolszász bioetikában is. Mértékadó amerikai bioetikusok (pl. Beauchamp) is szembesülnek az orvosi paternalizmus sajátos problémáival a modern orvoslás feltételei között. Így napjainkban *az antipaternalizmus már nem mondható általános álláspontnak*.

A német bioetikán belül az orvosi paternalizmus körül az utóbbi egy-másfél évtizedben kezdődött el érdemi vita és álláspont-módosulás. A diskurzus eredményeként egyre inkább *a modern medicina szerkezeti elemeként azonosítják be a paternalizmust*. Az angolszász bioetikához képest valóban létező különbséget erősíti a német bioetika *átfogó elméleti-szisztematikus igénye és társadalmi-kulturális kontextusérzékenysége*. Az utóbbi évtized fejleményei kétségtelenül változást jeleznek a német bioetika első évtizedeihez viszonyítva is, amikor a páciens autonómiája és tájékoz-

⁵⁰⁰ A német bioetikáról vö. A/3. fejezet.

tatáson alapuló beleegyezése voltak a vezető, sőt szinte kizárólagos témák. Az okok részben a páciens autonómiája és a betegjogok kapcsán felmerülő gyakorlati kérdésekben (*a betegjogok praktikus határai az orvos-beteg kapcsolatban*), részben újabb, *az autonómiától eltérő, azt korrigáló elméleti-megalapozási igényekben* keresendő. Erre kitértünk a liberális modell kritikája és a kiegészítési javaslatok kapcsán.⁵⁰¹

A fentiekén túl, s részben látenszen, nem feltétlenül szembeötlően egy erős *német eszmetörténeti hagyomány* is közrejátszik ebben az eltérésben, illetve változásban. Ezt a német sajátosságot, nagyon leegyszerűsítve, a *Gemeinwesen*-gondolat hordozza és fejezi ki. E gondolat értelmében az ember lényege (Wesen) szerint nemcsak egyén, individuum és személy, hanem kiiktathatatlanul és megkérdőjelezhetetlenül *közösségi lény* is. Még a *Gemeinwesen*-gondolattal igazán nem vádolható Kant számára is alapvető jelentőségű kérdés, hogy mi az ember, és nem kétséges, hogy az ember még „társiatlanságában” is „társas lény”.

A páciens egyén/személy státuszához erősen kötődő *angolszász bioetikában ennek az antropológiai és szociális jellegnek viszont nincs meg az a különleges jelentése és jelentősége, amelyet a német eszmetörténetben élvez*. S bár a német bioetika inspirációit indulásakor és azután is legalább negyedszázadon át az angolszászból merítette, sőt jórészt ma is onnan meríti, mégis várható volt, hogy nemcsak a medicinális gyakorlat problémáival szembesülve, hanem elméleti-megalapozási témák kapcsán is vissza fog térni saját elméleti hagyományaihoz. Vagyis *a német bioetikai diskurzusban több okból is előbb-utóbb fel kellett merülnie annak a kérdésnek, hogy hogyan viszonyulunk a modern medicinában az orvosi paternalizmus kérdéséhez, és hogyan reagálunk erre modern orvostikai és bioetikai vitakérdések kapcsán*.

E (nagyon sokszínű) német hagyomány szellemében ugyanis *az orvos-beteg/páciens kapcsolat* is végső soron az ember mint *Gemeinwesen-koncepció*n alapul. A páciens autonómiája nem helyezi hatályon kívül azt, hogy az autonómia is az orvos-beteg kapcsolat keretében realizálható. Ez a kapcsolat pedig egyik alapvető társadalmi mintázata annak az antropoló-

⁵⁰¹ A liberális modell kritikájáról vö. B/I.1.5. és B/I.1.6. fejezetek.

giai fundamentummal bíró, természeti jellegekre épülő, egyszersmind szociális-kommunikációs-interoszubjektív struktúrának, amit a Gemeinwesen-gondolat kíván megragadni.

De ezen az elméleti hátteren túlmenően is könnyű belátni: *a medicinának a modern társadalom keretfeltételei között sem kizárólagos normája és szerkezeti eleme az autonómia*. A modern orvoslás – adottságai és jellemzői, valamint soktényezős és egyre inkább multiplikálódó jellege miatt (ami elsősorban a szakmai kompetenciák specializálódásának és a gyors technológiai fejleményeknek a következménye) – *eleve nem alkalmas arra, hogy a páciens mint személy autonómiájának, illetve a betegjogok érvényesítési igényének teljes mértékben eleget tegyen*. Ehhez nincsenek meg a szükséges feltételek (speciális terek, szükséges idő), szakmai kapacitások és kompetenciák (pl. elegendő orvos, jogász és etikus), vagyis nem áll rendelkezésre a megfelelő eszköztár.

A medicina saját keretein és korlátain túlmutató tényezők is hozzájárulnak az autonómiaelv behatárolt jellegéhez. A legfontosabb keretfeltétel nem más, mint maga a modern társadalom, ennek normatív elvei, szerkezeti és működési mechanizmusai. Innen nézve nem okoz nehézséget annak belátása, hogy az egyre komplexebb „alrendszerekben” (N. Luhmann) működő modern társadalom feltételei mellett *nem is lenne kívánatos*, hogy az autonómia mégoly kitüntetett normája *hiánytalanul* megvalósuljon. Ez esetben ugyanis elméletileg az a veszély is előállhatna, hogy kizárólag az önérvényesítésben érdekelt egyénekre bomlana egy társadalom. Ezt a potenciális veszélyt a modern társadalmakban is létező közösségek, valamint intézmények és normák hivatottak kiküszöbölni és ellensúlyozni, eleget téve ezzel a *magas/magasabb értékkel bíró társadalmi kohézió* elementáris és közös szükségletének.

Az egyik legfontosabb ezen intézmények sorában az állam. (A német eszmetörténetben az államnak mint a Gemeinwesen fő hordozójának kitüntetett szerepe volt: alapvető funkciója szerint a társadalmi együttélést garantálja az állam és intézményrendszere.) A társadalmi kohézió formái a modern társadalmakban sokfélék. Például a szolidaritás elvét Németországban minden munkavállalóra kiterjesztett kötelező adóként is érvényesítik. Erre az államnak van felhatalmazása: a modern állam újraelosztási elvei, formái, a javak elosztásának igazságossága, arányossága végső soron

a társadalmi kohéziót szolgálja – legalábbis alapvető és deklarált funkciója szerint.⁵⁰²

Nem csak a társadalmi kohézió szükséglete szól az autonómia kizárólagossága ellen. Találunk proérvert a modern medicinán belül is: számos tényező erősíti az *orvosi paternalizmus megőrzését és integrálását. A paternalizmus korszerűsített formáinak éppen a medicinában van létjogosultsága a modern társadalom feltételei mellett.* Például azért, mert a technológiai fejlemények hallatlanul felgyorsítják és megváltoztatják a medicina lehetőségeit, amit a páciensek nagy többsége eleve nem tud követni.

A fő kérdés természetesen az, hogy *1. milyenfajta paternalizmus az,* amely a modern társadalom és jogállam, illetve a modern egészségügy feltételei között lehetséges, kívánatos, ajánlatos, valamint *2. összeegyeztethető-e ez,* és ha igen, hogyan, a modern társadalom, a jogállam és a modern medicina alapvető normáival, a betegjogokat is ideértve, valamint azon elvárásaival, amelyek az egyén/személy autonómiájának alapértékére épülnek.⁵⁰³ E kérdésekre keresünk választ, amikor az orvosi paternalizmusnak, az „*atyai gondoskodás*” medicínális változatának a modern orvoslásban létjogosult formáját, ennek alapvonásait kíséreljük meg körüljárni.

Abból indulunk ki, amire a fentebb részletesen ismertetett Hildt-monográfia is építi az autonómiakoncepcióját. Eszerint a modern társadalom *nem egyszerűen „külső keretfeltételt”* képez az olyan értékek számára, mint a személy autonómiája, a páciens önrendelkezési joga, a tájékoztatáson

⁵⁰² Ezen funkció gyakorlásában azonban megjelenhetnek ellentörekvések is. A mi szempontunkból az a kérdés merül fel, hogy vajon olyan jelenségek, mint pl. vezetőknek, mondjuk egy kulcspozícióban lévő orvosnak vagy egészségügyi hivatalosnak a paternalisztikus, „*atyai*” gondoskodó attitűdje és stílusa a páciensekkel való érintkezésben a modern társadalom és államszervezet keretei között és jogrendszerének elvárásai mellett megengedhető-e. Ugyanis a modern jogállamnak és intézményrendszerének alapvonásai *elvileg nem paternalisztikusak.* Ezt jól példázza a magyar egészségügyi törvény is. A jogállam keretei között egy vezető nem „*kegyet gyakorol*”, nem „*atyai gondoskodik*” az „*alattvalókról*”, mert nincsenek, nem lehetnek alattvalók, hanem jogokkal rendelkező polgárok/ személyek alkotják az állam mint átfogó közösség tagjait. A vezető pozícióban lévők *alkalmazottak*, akiknek a munkáját az adófizetők pénzéből finanszírozzák, s akik ezért speciális *szolgáltatást* nyújtanak. A pozícióval való bármilyen visszaélés, s ennek adott esetben paternalisztikus-gondoskodó köntösbe burkolása sem az állami hivatalokban, sem az egészségügyi intézményekben nem fogadható el azért sem, mert nem legitim.

⁵⁰³ Ez az 1997-es magyar egészségügyi törvényre is érvényes.

alapuló beleegyezés. Ezt azért kell hangsúlyozni, mert a bioetikai vitákban gyakran úgy beszélnek a „keretfeltételekről”, mintha ezek az orvos-beteg kapcsolathoz képest „külső” jelleggel rendelkeznének: csupán keretek lennének, és nem tartoznának az adott, szóban forgó struktúra belső tartalmához. Valójában azonban más jellegű összefüggésről van szó. A modern társadalmak és alrendszerük, így pl. az orvos-beteg kapcsolat keretfeltételét jelentő egészségügy szerkezetükben és működésükben *intern módon kapcsolódnak* össze a rájuk jellemző, hozzájuk rendelt, nekik tulajdonított értékekkel, amelyek magatartási és cselekvési megnyilvánulásokban „materializálódnak” a medicina mindennapjaiban. Ezen értékeknek alapvető funkciója és létformája önmaguknak mint normáknak, jogoknak az *érvényesítése*. Az adott *intézményrendszer* (egészségügy, ennek szervezetei, rendelők, kórházak, klinikák) és az intézményrendszer *szereplői* (alkalmazottak) e normák érvényesítését végzik nap mint nap. Mégpedig a normatív érintkezési módoknak (pl. a páciens mint személy tisztelete, önrendelkezési jogának tiszteletben tartása) *törvények által is szabályozott keretei között*. Az intézményekben meghonosodott működési és érintkezési módok címzettjei a páciensek és hozzátartozóik mint egyének és/vagy egyénekből álló csoportok. Ők a hordozói és *közvetlen érintettjei* a társadalmat (benne az egészségügyet) alkotó nagyobb struktúrák, intézmények (az egészségügyben: rendelők, kórházak, klinikák) működési módjának és színvonalának. Ez azt is jelenti, hogy a személy mint alapérték beépül és érvényesül a modern társadalmak „alrendszerének” működési módjaiban. Ez alapvető *intern* jellegzetesség e társadalmakban. Ahol viszont ez nem így van, mert pl. egy intézmény vagy egy vezető pozícióban lévő orvos magatartásával törvényen kívül helyezi a beteget, önmagát pedig a törvények fölé, ott alapvetően sérülnek a modern társadalom és a jogállam alapstruktúrái és értékpreferenciái. Nem teljesülnek a páciens törvényes jogai és elvárásai, vagy nem törvényes módon teljesülnek (hálapénz). Ilyen esetekben a társadalmi modernizáció (beleértve a polgárosodást, aminek szintje a társadalmi modernizáció alapvető mutatója) sikerültsége általában véve kétséges.

A normatív elvek (páciensjogok, orvosi ellátás normái) intézményes keretek között *az orvosi hivatás gyakorlásában, tágabban a gyógyítást végzők napi tevékenységeiben* manifesztálódnak. A páciensek ebbe a szerkezetbe „betagolódnak”: betegek, orvosok, gondozók a modern egészség-

ügy intézményes keretei között sem elszigetelt egyénekként nyilvánulnak meg, hanem érintkeznek, együttműködnek vagy akár konfliktusba kerülnek más egyénnel, csoportokkal, szervezetekkel a mindenkori adott struktúrán belül. A *humán létforma interszubjektív jellege* a végső fundamentuma az interakciókból összeálló társadalom *kohézióra irányuló, elementáris összetartási és összetartozási szükségletének*. Ez az elementáris szükséglet a modern társadalom keretei között nemcsak hogy megmarad, hanem *kiterjesztődik* „alrendszerekre”, így az orvoslás intézményeire. Akkor is, ha a modernitás az egyént és a hozzá kapcsolt normákat, intézményi kereteket és garanciákat (az egészségügyben a páciens, az autonómiát és a betegjogokat) állítja előtérbe.

Az intézmények és az egyén viszonyának ambivalenciáiban az a lényegi vonás fejeződik ki, hogy az egyének széles körű, intézményesen biztosított és a modern társadalmakban tiszteletet élvező *autonómiája és önrendelkezési jogai mellett* is mindig szükség van *összetartó és kiegyensúlyozó funkciót betöltő intézményi és normatív struktúrákra*. Ezeknek a társadalmi kohéziót szolgáló intézményi és normatív struktúráknak a mi szempontunkból fontos jellegzetessége, hogy nemcsak rögzítik és védik az autonómia-elveket és a kapcsolódó jogokat (betegjogokat), hanem *kijelölik az autonómia mindenkori formáinak és hatókörének a határait is*.

A kérdés az, hogy vajon lehet-e ezen intézményi és normatív struktúrák *egyikének tekinteni a paternalizmust általában, s a medicinában különösen*. A paternalizmus („atyai gondoskodás”) ugyanis lényegét tekintve *a modernitás előtti társadalmak jellemzője*. Mégis azt tapasztaljuk még fejlett modern társadalmakban is, hogy a paternalizmus jelenségei és formái bizonyos területeken tovább élnek. S ne csak a családi kapcsolatok paternalisztikus modelljének tovább élésére, adott esetekben virágzására gondoljunk ebben az összefüggésben. Utalhatunk itt szélsőséges példákra, mint pl. a maffia- vagy klánstruktúrák erős jelenlétére akár fejlett társadalmakban is (a maffia az USA-ban, vagy Olaszországban, vagy az arab klánok pl. Berlinben közismert példák). Az ilyen struktúrákban kizárólag a „családtagokra” érvényes a „gondoskodói” attitűd, kifelé viszont éles, kíméletlen, brutális háború és leszámolás zajlik. Ily módon egy maffia- vagy klánalakzat eleve csak igen szűk értelemben tekinthető paternalisztikus formának. Inkább annak *deformált* alakja, amely a modern társadalmakban is tovább élő *anómiás maga-*

tartási minták és törvényen kívüli szervezeti formák létezését és hatalmát jelzi – a törvényes intézményi struktúrákkal és a személyek törvényekben biztosított jogaival szemben. Ám a modern társadalmak és a jogállam szerkezetének és működésének elsődleges jellegét nem ezek a struktúrák adják meg, legyenek bármilyen erősek és hatalmasak is. *A primer struktúrákat a modern társadalmakban az emberi és a személyiségi jogok alkotják, amit alapjogokban és törvényekben deklarálnak, rögzítenek és intézményesen garantálnak.* Ennélfogva e keretek között nem magától értetődőek, hanem igazolásra szorulnak a még „normálisnak” tekinthető paternalisztikus struktúrák, attitűdök, cselekvések is. Ez szignifikáns különbség a premodern és a modern társadalmak paternalisztikus alakzatai között.

A modern állam intézményeinek hatáskörébe tartozó egészségügyi szolgáltató rendszer működésében ugyanakkor számos paternalisztikus vonást találunk. A paternalisztikus függés mutatója természetesen nem az, hogy az adott kormányzat a GDP hány százalékát biztosítja az egészségügyi ellátásra, medicinális kutatásokra, orvosképzésre stb. Ebből a szempontból az a kérdés döntő jelentőségű, hogy a jogállam, a mindenkori egészségügyi kormányzat milyen feltételeket szab és milyen minőségi mutatók teljesülését várja el az egészségügyi intézményektől arányos támogatás esetén – vagy netalán egyáltalán nem szab átlátható és ellenőrizhető feltételeket, hanem csak „osztogat” kedve és bizonyos érdekek szerint. Az átlátható, ellenőrizhető, teljesítményhez és minőséghez kapcsolt feltételek rögzítése a jogállam normális és a polgáraival (adófizetőkkel) szemben felelős eljárása. Ez az attitűd *nem paternalizmus: normatív, effektív, átlátható és ellenőrizhető paraméterekhez kapcsolódik, és betartandó megállapodást igényel a feleltől.*

A medicina a modern társadalmakban és jogállami feltételek mellett teljesítmény- és hatékonyságorientált, deklaráltan a páciens jólléte és autonómiájának támogatása érdekében. Az állam és az orvostársadalom (egészségügyi intézmények) közötti „megállapodás”, a finanszírozás minőségi és teljesítményparaméterekhez kötése egyfajta *szerződéses modell.* Az orvostársadalom a modern jogállam, illetve az egészségügyi alrendszer működési keretei között a hatékony és szakmailag igényes teljesítményben érdekelt. Mindez elsődlegesen a polgárok mint *páciensek érdekeit, jóllétét és biztonságát is szolgálja.*

Bár módosult formákban és funkciókban, de a *modern társadalmak intézményeiben, normáiban, magatartási mintáiban is tovább él a paternalizmus, sőt tovább élése meghatározott feltételek mellett igazolható és társadalmi gyakorlatok számára megalapozható.* Ez azt is jelenti, hogy a modern társadalmak struktúráikban és működési mechanizmusaikban *eleve nem antipaternalisztikusak.* Más lapra tartozik, hogy ideológiusaik viszont lehetnek azok.

Az alapvető kérdés az, hogy *milyenfajta paternalizmus az, amely összeegyeztethető a modernitás alapértékeivel, így a személyek autonómiájával, önrendelkezési jogaival, mindezek védelmével, mégpedig működőképesen és „reális áron”, azaz az autonómia észszerű és etikailag is elfogadható korlátozásával.* Ebben a könyvben azonban *nem erre az átfogó és komplex kérdéskörre tesszük a hangsúlyt, hanem annak medicinális vonatkozásaira.* Azért is, mert a paternalizmusnak különös jelentősége volt és részben van ma is medicinális kontextusban. Hosszú időn át ez volt a hagyományos orvos-beteg kapcsolat alapvető jellemzője és szinte kizárólagos modellje.

Az orvosi paternalizmus lényege az (volt), hogy a beteg rábízta magát az orvosára, mert laikusként tekintett önmagára, és nem várt el felvilágosítást, hanem teljes bizalommal viseltetett orvosa iránt, végrehajtotta annak utasításait, megfogadta tanácsait. A modern medicinában ez a modell *ebben a formájában gyakorlatilag irrelevánssá vált.* Kivételt képeznek az olyan szélsőséges helyzetek, amikor pl. a páciens életének megmentése az orvosi cselekvés elsődleges célja, és a páciens, helyzeténél fogva, *eleve nincs abban az állapotban, hogy ő maga dönthessen vagy véleményt nyilváníthasson a beavatkozásról.*

A személy törvényesen is biztosított szabadságjogai és a betegjogok a modern társadalmakban hatályon kívül helyezték az orvos-beteg kapcsolatot röviden jelzett *hagyományos, erős paternalisztikus modelljét.* Ám ebben a változásban nem a paternalizmus megszűnése következett be, ahogy némi etikus várta. Ehelyett egy olyan *kétpólusú konstrukció kristályosodott ki és terjedt el/van elterjedőben a medicinális gyakorlatban, amelynek egyik pólusa a szakmai alapon eleve meglévő aszimmetrikus viszony, amit elsősorban az orvos szakmai kompetenciája és az ehhez kötődő felelőssége hordoz és fejez ki, a másik pólusán pedig a páciens személyként és betegként élvezett jogai* találhatók.

Ez a *kétpólusú struktúra* elsődlegesen *szociokulturális konstrukciónak és nem etikai normának tekinthető*. E konstrukció lényege szerint alkalmas a *gyenge (vagy mérsékelt) orvosi paternalizmus* bevezetésére és elterjesztésére. A *paternalizmus gyenge változata a modern orvoslás gyakorlatában és részben etikai reflexiók, diskurzusok hatására a modern társadalmakban kristályosodott ki*. Ez a konstrukció ugyan ellentétes érdekekkel és szempontokkal telített, amelyek az érintettek oldalán felléphetnek és a gyakorlatban fel is lépnek. Ugyanakkor *egyfajta konszenzuális beállítottság, ennek lehetősége és valószínűsége* is jellemzi. Mindez megnyitja/megnyitotta az utat a modern medicinában az orvos és a beteg között elengedhetetlenné vált *új együttműködési formák kimunkálásához és elterjedéséhez, valamint az e formákhoz kapcsolódó újfajta etikai és jogi normalításoknak a medicinális gyakorlathoz való visszacsatolásához*. A kikristályosodó új együttműködési formák és normák kapcsán az orvos-páciens kapcsolat medicinális és bioetikai modelljei közül a *szerződéses, illetve a partneri modell tűnnek megfelelő mintának*.⁵⁰⁴

E modellek és a bennük kifejezésre jutó etikai normák és magatartási minták társadalmi-kulturális beágyazottsága és minősége, betartásuk és respektálásuk nagymértékben a tágabb, az egész társadalom állapotát és szintjét kifejező, megfelelő szociokulturális kontextusnak és a hozzá tartozó attitűdöknek a meglétén vagy hiányán/hiányosságain múlik. Egy ilyen módon értett szociokulturális keretfeltétel rendelkezésre állása nélkül az orvos-beteg kapcsolat a modern medicinában elkerülhetetlenül deficitekhez és deformációkhoz vezet. Ez azt is jelenti, hogy *technikailag és szakmai kompetenciában lehet fejlett egy társadalom medicinális gyakorlata. Ám ha a jelzett szociokulturális konstrukció* (az orvos szakmai kompetenciája, az erre épülő aszimmetria, valamint a páciens betegjogai) mint az új együttműködési formák (szerződéses modell, partneri modell, a páciens autonómiája, önrendelkezése, valamint a gyenge orvosi paternalizmus kombinációja stb.) *keretfeltétele nem alakul ki és nem integrálódik egy társadalomban, akkor ez kihat a medicinális gyakorlatra és az orvosi társadalom attitűdjére, ami így egészen más irányt vehet*.

⁵⁰⁴ Vö. Wolff 1989, 2006.

A modern orvoslás *alapvető duális szerkezetének* (az orvosi szaktudás, illetve a betegjogok kettőssége) szétválására, széttartására jellemző példákat találunk a magyar egészségügyben is. A magyar egészségügyre egyfelől hagyományosan színvonalas szakmai kompetencia és viszonylag fejlett technológia jellemző. (Most eltekintünk attól a súlyos ténytől, hogy milyen károkat okoz ennek a hagyományos erősségnek is, és nem csak a napi ellátásnak az egészségügy alulfinanszírozása.) Másfelől viszont az orvos-páciens kapcsolatot jellemző korszerű modellek közül nem rendelkeznek erős pozícióval a partneri modell vagy a szerződéses modell, de az interpretációs vagy a deliberatív modellek sem a magyar medicina napi gyakorlatában.⁵⁰⁵

Arra a természetesen felmerülő kérdésre, hogy akkor *a magyar egészségügyet és a medicina gyakorlatát* az erős, illetve *hagyományos orvosi paternalizmus jellemezné-e*, nem lehet egyszerű igennel vagy nemmel válaszolni. A hagyományos, gondoskodó, szakmai és emberi felelősséggel átitatott orvosi paternalizmus a legrégebb és hosszú időn át hatékony válfaja volt az erős paternalizmusnak. Ez a közelmúltban nyugdíjba vonuló orvosoknak az egészségügyi rendszerből való kiesése révén gyakorlatilag megszűnőben van. Az orvos státusza az utóbbi időben már csak a modern medicina szakmai és technológiai fejleményei (és az egyre nagyobb specializálódás) következtében is *alapvetően megváltozott*. *Ebben a változásban megfigyelhető a hagyományos paternalizmusra jellemző egyetlen vonatkoztatási/bizalmi személy és a teljes, átfogó kompetencia háttérbe szorulása, kiveszése*. Szakmai okokból eleve rá van utalva az orvos (minden orvos) a kollégáival és más egészségügyi (pl. a modern technológiák kezelését végző) alkalmazottakkal való együttműködésre. Továbbá a technológiai fejlemények önmagukban is kihatnak a pácienssel való kapcsolatra: a kapcsolat közvetlensége, személyessége és az ehhez kötődő bizalom és őszinteség a specializálódás és az újfajta munkamegosztás következtében eleve kérdésessé válik. A páciens részéről a *feltétlen bizalomnak* a hagyományos orvosi paternalizmusra épülő formája éppen most van kiveszőben: korszerűtlen magatartási mintává vált, mert megszűntek a feltételei, mindenekelőtt a hosszabb időtartamra érvényes személyes kapcsolat, és el is tűnik a rend-

⁵⁰⁵ Vö. Schildmann–Vollmann 2015.

szerből az ezt képviselő utolsó orvosgeneráció. Az orvos oldalán napjainkban az újfajta munkamegosztás és kooperáció a korábbi *osztatlan felelősség fellazulásához* és a páciens egyfajta (akár akaratlan) *eltárgyasításához* vezethet. Ez a modern technológiából eredő elszemélytelenedést tovább erősíti. Az alapvető *etikai normákat is érintő* változásokhoz lényegesen hozzájárulnak a páciens autonómiájához és önrendelkezéséhez kapcsolódó *jogok*.

A medicina technológiai fejleményei, valamint az etikai és jogi normáit alapjaiban érintő egyéb változások nyomot hagynak a *magatartási mintákban*. A korábbiaktól szignifikánsan eltérő magatartási megnyilvánulásokban és jelenségekben mutatkozik meg először az, hogy miként reagálnak az érintettek a technológiai és a technológián túli változásokra (bizalomvesztés, felelősségvállalás lazulása, majd elhárítása, elszemélytelenedés). A technológiai fejleményeken túli változások körébe tartozik a felsoroltakon túl a páciens jogainak (személyiségi és betegjogainak) törvényes biztosítása. Mindmáig komoly feszültségforrás, hogy *az 1997-es egészségügyi törvény a medicina mindennapjaiban manifesztálódó magatartási mintákra lényegében semmi komoly hatást nem gyakorolt* – kivéve az orvos jogvédelmét szolgáló beleegyezési nyomtatvány aláíratását.

A vázolt tényezők mérlegelése alapján jó esetben is csak *ideiglenes, bizonytalansági tényezőkkel terhelt választ lehetne adni* arra a kérdésre, hogy vajon a jelenlegi helyzet automatikusan *kedvez-e valamilyen újfajta erős paternalizmusnak*. Olyan további, ugyancsak idetartozó kérdésekre sem adható egyértelmű válasz, mint az, hogy a magyar társadalom *inkább támogat másfajta attitűdöt*, pl. a betegjogokat preferáló magatartási mintát, vagy ehelyett egy *kevert modell követését részesítené előnyben*. S az sem kizárt, hogy egyelőre sem a kétpólusú szociokulturális konstrukció, sem az ennek megfelelő attitűd, sem etikailag minősíthető új modellek nem kristályosodtak ki a magyar egészségügy szignifikáns jellemzőiként. Nem lehetetlen, hogy csak a sötétben tapogatózunk, amikor ezekkel a fogalmakkal és normákkal akarjuk leírni a magyarországi medicina jelenkori állapotát. Nyilvánvaló, hogy *e fajsúlyos kérdésekre igazán kielégítő válaszokat komoly egészségszociológiai vizsgálatokra támaszkodva lehet elvárni. Ilyenek pedig nem vagy csak érintőlegesen állnak rendelkezésre*.

Mégis kockáztassuk meg a következő *feltevést*: úgy tűnik, hogy a modern társadalmakban a személyiségi és a betegjogok védelme s egyre ter-

mészetesebb elfogadottsága és napi gyakorlása mellett/mögött a *gyenge (vagy mérsékelt) orvosi paternalizmus lehet a modern medicina (másik) preferált modellje.*

De hogy az elvárásokat ne emeljük túl magasra, már most szögezzük le: *a paternalizmus témaköre összehasonlíthatatlanul kevesebb érdeklődést váltott ki az utóbbi évtizedek orvosi etikai vitáiban, mint az autonómia kérdésköre.* Ezt a nyugati biomedicinális etikában és bioetikában lezajlott és most is zajló viták is igazolják. A paternalizmustéma kidolgozatlansága nemcsak abban jut kifejezésre, hogy jóval kevesebb a rendelkezésre álló irodalom, hanem abban is, hogy a paternalizmusnak a modern medicinában (és a modern társadalomban) betöltött funkciójáról és státuszáról még nem igazán indult el termékeny és a nyilvánosságot is bevonó diskusszió. Márpedig enélkül az autonómia (kétségtelenül favorizált) kérdéskörének a tematizálása is legfeljebb félkarú óriást eredményezhet. Ha úgy tetszik, ebben az egyébként igen magas színvonalú, egyszersmind a nyilvánosság számára is elérhető és követhető autonómiaviták egyik komoly hiányossága mutatkozik meg.

A paternalizmus körüli etikai viták kérdéskörének tárgyalását megelőzően szükséges legalább vázlatos áttekintést adnunk a paternalizmus fogalmának történetéről, főbb jelentéseiről, és az (elméleti mintaként is szolgáló) német bioetikában megfigyelhető törekvésekről a paternalizmus fogalmát illetően.

1.2. Fogalomtörténet, jelentések és paternalizmusformák – etikai viták és cselekvéseméleti megfontolások kontextusában

A paternalizmustémának a német bioetikai irodalomban való jelenlétét hiányolja Michael Quante 2009-ben megjelent írásában, amely bevezetésül szolgál a *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* című folyóirat paternalizmusblokkjához.⁵⁰⁶ A paternalizmustéma körüli érdektelenséget, sőt ellen-

⁵⁰⁶ Vö. Quante 2009: 73–165.

séges hozzáállást tágabb, gyakorlati filozófiai és eszmetörténeti összefüggésben világítja meg. A következőket írja: „A gyakorlati filozófiában, mind a politikai filozófiában, mind az etikában és az orvosi etikában hosszú időn át az alapállás uralkodott, hogy elsődlegesen a jóról (Wohl), az alattvalók, az embertársak vagy a páciensek jóllétéről (Wohlerhgehen) van szó. Ám a felvilágosodás diadalmenete és az egyén tiszteletének normatív primátusa következtében a gyakorlati filozófia sok területén elméletileg az zajlott le, ami a modernitásban többé-kevésbé intézményesen is elkezdett realizálódni: a paternalisztikus cselekvés behatárolása és kiiktatása és egy antipaternalisztikus beállítottság elterjedése. Ez az alapállás nem csak annak követelését jelenti, hogy az emberek életébe és cselekedeteibe való paternalisztikus beavatkozások etikai vagy jogi megalapozási követelményt vonnak maguk után. Ezen a követelményen túl, amely kétségtelenül jogos, az antipaternalista alapállás azt a feltevést is tartalmazza, hogy a paternalisztikus cselekvés mindig és minden körülmények között etikailag vagy jogilag elfogadhatatlan. Ám ez a liberális, vagy inkább ultraliberális feltevés nemcsak a gyakorlati filozófia hosszú tradíciójával áll szemben, hanem a mindennapi intuíciókkal is, amelyek széles körben elterjedtek, és számos és különféle kontextusban ténylegesen irányítják etikai ítéleteinket és cselekedeteinket. *Mindennapi gyakorlatunk számos területe nem illik össze a hangos antipaternalista deklamációkkal.* (Kiem. tőlem: RE.) Ezekre a diszkrepanciákra tekintettel voltaképpen elvárható lenne, hogy a paternalizmus és az antipaternalizmus közötti disputa nemcsak a társadalmi viták szintjén, vagy konkrét politikai konfliktusok kontextusában menjen végre, mint pl. az időskori öngondoskodás önkéntes vagy kötelező jellege kapcsán, hanem a filozófiának is központi témája legyen. Ám ez az elvárás csalódást okoz. Jóllehet az utóbbi évszázad nyolcvanas éveiben volt érdeklődés a paternalisztikus cselekvés fogalma és normatív státusza iránt. Akkoriban újra meg újra jelentettek meg tanulmányokat ennek a vitának a szószólói, akik közül nevezünk meg Tom Beauchampot és Gerald Dworkint.⁵⁰⁷ Ám összpontosított és átfogó vita a nyolcvanas évek első felének vitaszín-

⁵⁰⁷ Vö. Beauchamp 2009: 93–106.

vonala óta nem volt, amit a paternalizmust tárgyaló újabb antológiák hiánya is mutat.”⁵⁰⁸

Ahogy Quante is utal rá, a paternalizmus fogalmának *orvosi etikai*, illetve *bioetikai kontextusán* túl szélesebb, *gyakorlati filozófiai kontextusa* is van. A paternalizmusjelenség továbbá *alkalmazott etikai* téma is: a jogi, a gazdasági és a politikai etikában is használatos terminus a paternalizmus.⁵⁰⁹ Ezek a kontextusok önmagukban is jelzik, hogy komplex jelenséggel van dolgunk, amelynek vizsgálatát és megvitatását azonban többnyire mellőzték a bioetikában és a gyakorlati filozófiában utóbbi évtizedekben zajló vitákban.⁵¹⁰

Az antipaternalizmus, azaz a paternalisztikus cselekvések elvetése többnyire azon nézetek képviselőire jellemző, akik az autonómia mindenekfölötti jelentőségét állítják előtérbe. J. S. Mill az egyik kedvenc hivatkozási alapjuk. Mill valóban kiáll a paternalisztikus intézkedések teljes tilalma mellett. Eszerint soha nem szabad egy személy szabadságába beavatkozni azzal az érveléssel, hogy a beavatkozás az ő jóllétét szolgálja mindaddig, amíg a szándékában álló cselekvés csak őt magát érinti.⁵¹¹ Mill egyetlen kivételt tesz: akkor engedhető meg a beavatkozás, ha valakinek az a szándéka, hogy rabszolgává tegye magát. Mert azt meg kell akadályozni, hogy valaki elrabolja magától azt a szabadságot, hogy a jövőben szabad választási döntéseket hozzon és szabadon alakítsa életét.

A Mill álláspontját követő hagyományhoz tartozó nézetek képviselőinél kizárólag az önvédelem jelenti a kényszer vagy az erőszak alkalmazásának

⁵⁰⁸ Quante 2009: 73–76.

⁵⁰⁹ A paternalizmus jogfilozófiai aspektusához vö. Stepanians 2009: 129–146, az állami paternalizmus kérdéséhez Schramme 2009: 147–165.

⁵¹⁰ Ennek a hiánynak a pótlására a blokkot szerkesztő Michael Quante nem csak német bioetikusokat hívott meg, mint Bettina Schöne-Seifert és a jogfilozófus Markus Stepanians. T. Beauchamp a biomedicinális etika paternalizmuskoncepciójáról, J. Kleinig a paternalizmus és a személyes identitás kérdésköréről, T. Schramme a politikai perfekcionizmus és az állami paternalizmus összefüggéséről jelentetett meg írást ebben a tematikus számban. Vö. *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, 2009.

⁵¹¹ „Az egyetlen cél, amelynek érdekében jogosan lehet egy civilizált közösség bármely tagjával szemben – akarata ellenére – erőszakot alkalmazni: mások sérelmének a megakadályozása. Az ő saját – fizikai vagy erkölcsi – java nem elégséges indok erre.” Mill 1980: 27. Vö. Hildt 2006: 177, valamint uő: C.II.2.2.1. fejezet.

igazolását. Ezzel szemben a személy olyan céljai, mint jólléte vagy elégedettsége, sohasem jelenthetnek megfelelő igazolást mások beavatkozására. Az ilyen beavatkozás ugyanis ütközik az érintettek személylétének tiszteletével. További érv, hogy minden személy saját maga ismeri legjobban a saját érdekeit, és ő van a legkedvezőbb helyzetben ezek érvényesítésére. Ezen álláspont képviselői abból indulnak ki, hogy egy személy vélelmezett saját érdekeinek mások által kényszerrel történő érvényesítése révén nagyobb hátrányok és károk keletkeznek, mint előnyök.⁵¹²

Quante szerint az „ultraliberális antipaternalizmus” álláspontja önmagában nem ad megfelelő magyarázatot magára a jelenségre sem. A paternalizmusjelenség összetettsége már inkább szolgáltat magyarázatot, bár felmentést nem ad a paternalisztikus cselekvő számára. A konfliktusos esetek emelkedő gyakorisága a medicina napi gyakorlatában olyan tényező, aminek egyik oka az autonómiaelv és a paternalisztikus attitűd közötti feszültség. Ilyen helyzetekben *különösen megnő az adekvát értelmezések és megoldási javaslatok kimunkálásának jelentősége.*

A német bioetikai vitákban némi előrelépést lát Heiko Ulrich Zude, aki szerint a paternalizmustéma bizonyos mértékű előtérbe kerülése zajlik Németországban. Erre példaként M. Quante munkáit emeli ki. Zude egy évvel az idézett paternalizmusblokk után, 2010-ben jelentette meg *Paternalismus – Fallstudien zur Genese des Begriffs* címmel a fogalom geneziséét áttekinthető és szisztematizálási igénnyel fellelő monográfiáját.⁵¹³ Ő másban látja a paternalizmustéma gyengeségét, mint Quante. Zude szerint a német orvosi etikában ugyan elég gyakran használt terminus a paternalizmus, de hiányzik a fogalom világos értelmezése.⁵¹⁴ Így szinte magától kínálkozott a lehetőség, hogy kísérletet tegyen egy ilyen értelmezésre. Erre a kísérletre *filozófiai-etikai és jogi vonatkozású cselekvésméleti keretben* kerül sor.

Zude monográfiájának fontos és eredetinek tekinthető eredményei az alábbiakban foglalhatók össze: 1. elsőként rekonstruálta a fogalom gene-

⁵¹² A személylét, a személyes identitás és a paternalizmus összefüggéséhez vö. Kleinig 2009: 93–106.

⁵¹³ Zude 2010.

⁵¹⁴ Kivételt képeznek az utóbbi időben Michael Quante írásai Zude szerint. Zude 2010: 13. Ebben az összefüggésben a magyarul is megjelent könyvre hivatkozik. Vö. Quante 2002, magyarul Quante 2010a.

zisét, alapos forráskutatásokat végezve amerikai és angol nyelvterületen;⁵¹⁵ 2. kritikai áttekintést adott a „nagy” amerikai vita lezárásának tekinthető lexikoncikkek eredményeiről és hiányosságairól; 3. javaslatot tett a paternalizmusjelenség körüli viták és a felmerülő igazolási problémák kezelésére, valamint cselekvéseméleti értelmezésére.⁵¹⁶

1.2.1. A paternalizmusfogalom történetének három állomása és három vitakontextusa

Először is vessünk egy pillantást a paternalizmus fogalmának történetére, aminek három állomása és három vitakontextusa különíthető el. Az *első vita* a paternalizmuskifejezés megjelenése idején, *a 19. század végén bon-takozott ki az USA-ban.*⁵¹⁷ A *20. század közepén* ettől teljesen függetlenül különleges szerepet játszott a paternalizmustermínus *Angliában az ún. Devlin–Hart-vitában.*⁵¹⁸ Ez a vita 1959 és 1965 között zajlott jogfilozófiai perspektívában, és egyik fontos hozadéka volt Isaiah Berlin pozitív szabadságkoncepciójának megerősítése. Hart a paternalizmust J. S. Mill utilitarizmuskoncepciójával kapcsolta össze.⁵¹⁹ Ehhez az *ún. „kis vitához”* kötődött a második, *ún. „nagy” amerikai vita* a paternalizmus fogalmáról és morális igazolásának kérdéseiről.⁵²⁰

Az *ún. nagy amerikai vita* 1971-ben indult, s elsősorban Gerald Dworkin és Joel Feinberg között zajlott. A jogi-etikai kritika, amely kezdetben az orvosi etikai paternalizmusra irányult, egyre árnyaltabb lett. A paternalizmusként jellemzett jelenség e vitakontextusokban definíciókról, példák katalógusba állított gyűjteményéről alkotott vázlatokban és morális igazolási modellekben tükröződött vissza. Ez a vita a paternalizmustermínusnak

⁵¹⁵ A korai amerikai fogalomhasználathoz vö. Zude 2010: 15–76, illetve 75–76.

⁵¹⁶ Uo. 194–222.

⁵¹⁷ Részletesebben uo. 15–76.

⁵¹⁸ Uo. 77–154.

⁵¹⁹ Az utilitarizmusvita a páciens számára várható haszon kérdéskörének a mérlegelési és döntési folyamatba való beemelését eredményezte.

⁵²⁰ Részletesebben Zude 2010: 155–231.

az amerikai etikai és filozófiai lexikonokba való felvételével befejezettek tekinthető, amire a '90-es években került sor.⁵²¹

Az ún. nagy amerikai vita értékelésekor arra a megállapításra jut Zude, hogy a különböző szerzők tételeit nem lehet oly módon összekapcsolni, hogy majd a végén kapunk egy olyan definíciót, amelyet minimális konszenzusként lehet felfogni és alkalmazni. Ez nem is várható el: egy konszenzusos állásponthez túl nagy a különbség a hangsúlyokban, és a mögötük lévő tapasztalati világok is távol esnek egymástól. Egy *közös elemet mégis lehet találni* a különböző meghatározásokban: eszerint *a paternalista cselekvések mindig más személyek jóllétére irányulnak*.

1.2.2. A paternalista cselekvések mindig más személyek jóllétére irányulnak

Közös elem az eltérő nézetekben az az altruista vagy jó szándékú intenció, hogy a *paternalista cselekvések mindig más személyek jóllétére* (Wohlergehen) *irányulnak*.⁵²² Ebben a vonatkozásban közös momentumok vannak a paternalizmus, valamint a szeretet, a gondoskodás és a jóllét között. (Emlékeztessünk itt is arra, hogy a jóllét az orvosi etikának évezredek elve és cselekvési orientációja.) A mások jóllétére irányuló intención túl azonban nehéz lenne további közös nevezőt találni a vitában részt vevők között. Ugyanis a paternalizmus *komplex jelenség, amely mindig valamilyen meghatározott vonatkozásban strukturálható* – teszi hozzá Zude egyfajta magyarázatként. A meghatározott vonatkozás szerinti strukturálás viszont óhatatlanul leegyszerűsítést von maga után, ám Zude mégis ezt követi.

⁵²¹ Vö. Beauchamp 1995; Dworkin 1998, 2002; Feinberg 1996.

⁵²² A Wohl és a Wohlstand közötti tartalmi különbségek jelzésére az előbbi terminust jóllétnek, az utóbbit jólétnek fordítottam.

1.2.3. A paternalizmusjelenségek komplexitása és a megkülönböztetés eljárása

A komplexitás redukálása lehet egy többé-kevésbé sikeres *megkülönböztetés* eredménye.⁵²³ Ez abból adódik, hogy egy *meghatározott aspektusra fókuszálunk*, pl. a paternalista cselekvőnek a cselekvését vezető intencióra, és ebből a nézőpontból végezzük el a komplex jelenség szerkezetének fel-tárását és súlypontosítását, más szóval a strukturálást.

Ha a megkülönböztetés arra irányul, hogy egy bizonyos cselekvés különböző intencióit elkülönítsük, akkor nem arról van szó, hogy vajon elérte-e vagy elvétette-e a célját a cselekvés, hanem valami másról. Igaz, hogy felléphet a veszély, hogy szem elől tévesztjük a komplex jelenség „egészének” áttekintését. Ám a megkülönböztetésen alapuló és egy meghatározott aspektust kiemelő eljárás révén megalapozható például az, hogy az érintett személyre mint a paternalista cselekvés objektumára/tárgyára összpontosító nézőpont keretében a cselekvő személy (az orvosi paternalista beavatkozásban az orvos) különleges sajátosságai (személyisége, habitusa stb.) *miért nem* kapnak figyelmet.

Az alkalmazott megkülönböztetések a mindenkori, sajátos témának megfelelően, egyúttal szisztematikusan is elrendezhetőek, mégpedig az előzetesen rögzítendő *minden releváns aspektus* (a cselekvő szándéka, a cselekvés, a cselekvés objektuma, a cselekvés objektumának jólléte, illetve saját akarata) *együttes figyelembevételével*. Az előzetesen rögzítendő releváns aspektusok *strukturált összességére irányul a szisztematikus elrendezés*.

1.2.4. A paternalisztikus cselekvés releváns aspektusai – cselekvéseméleti összefüggésben

Melyek a strukturálás releváns aspektusai? Erre a kérdésre Zude cselekvéseméleti háttérű választ ad. Szerinte a paternalizmus különböző elemeit egészen általánosan az alábbi formulában lehetne kifejezni:

⁵²³ Mint ismeretes, a megkülönböztetés (Differenzierung) kortárs filozófiai-etikai, valamint társadalomtudományi vitáknak is tárgya.

„A cselekvést hajt végre B-n ennek akarata ellenére, azért, hogy B jóllétét elérje.”

Ebben a formulában *hat elemet* nevezünk meg, amelyek a paternalizmus tematizálásában, a paternalizmusjelenség aspektusainak elkülönítésében és az így adódó szerkezet leírásában szerepet játszanak:

1. A cselekvés szubjektuma (A).
2. A cselekvés szubjektumának (A) a cselekvést vezető intenciója, hogy valamit elérjen.
3. A cselekvés objektuma (B).
4. B jóllétének meghatározása.
5. A cselekvés objektumának az akarati momentuma (B akarata).
6. Maga a cselekvés („...ellen cselekszik”).⁵²⁴

Ezeket nevezzük a *paternalisztikus cselekvés releváns aspektusainak*.

a) Első releváns aspektus: a cselekvés szubjektuma

A cselekvés szubjektuma, vagyis az első megkülönböztetési szempont alapján különbség tehető a *társadalmi, a hivatásbeli és az egyéni paternalizmus* között.⁵²⁵ A második (amerikai) vitában a cselekvés szubjektuma (az orvosi paternalizmusban az orvos) a maga sajátos racionalitásával az érdeklődés háttérben maradt. De hogy erre a különbségtevésre szükség van, azt az a vita is jól mutatja, amely a kényszerintézkedések körül zajlott. Gert és Culver 1976-ban, valamint Dworkin és Feinberg 1971-ben egymástól függetlenül közzétett írásai ellen azzal érveltek, hogy a paternalizmus fenomenjének a szokásos *behatárolása a jog társadalmi területére túlzott leszűkítés*. Arra hivatkozva tágították ki a diszkusszió kereteit, hogy a paternalizmus az orvos-páciens viszonyban alapvető szerepet játszik. *A paternalizmus nemcsak a társadalmi etika tárgya, amely társadalmi cselekvésekre, törvényekre reflektál az egyénnel szemben, hanem két egyén (az orvos és a páciens) közötti morális/erkölcsi magatartásra vonatkozó reflexió is*. Gert és Culver javaslata a paternalizmus ilyen értelmű kibővítésére, illetve specifikálására *széles körben elterjedt*. Ugyanakkor a társadalmi etika és az in-

⁵²⁴ Zude 2010: 208.

⁵²⁵ Uo. 209–211.

dividuális etika közötti megkülönböztetésre, illetve a cselekvő szubjektum vonatkozásában a társadalmi és az egyéni paternalizmus differenciálására ekkor még nem került sor.

A társadalmi, az egyéni és a hivatásbeli paternalizmus megkülönböztetése az első releváns aspektus (a cselekvés szubjektuma/az orvos) alapján történik. Ezen megkülönböztetésre építve a következő meghatározásokat nyerjük:

Társadalmi paternalizmus: A-hoz mint cselekvő szubjektumhoz hozzá tartoznak olyan szociális-közösségi formák, mint a család, a falu, az állam (pl. a falu önkormányzata) vagy az egyház (a falu egyházközsége[i]). Ezek a szociális-közösségi formák egy meghatározott *kollektív identitás autoritásával* rendelkeznek, amelyet mint társadalmi paternalizmust valamilyen más entitással (más családokkal, szomszéd falvakkal stb.) szemben érvényesíthetnek.

A társadalmi paternalizmust a következő figura jellemzi:

„*Egy intézmény (A) cselekvést hajt végre B-n ennek akarata ellenére, azért, hogy B jóllétét elérje.*”

Ilyen intézmény lehet pl. a polgármesteri hivatal, vagy a tűzoltóság, vagy az adott egyházközség.

Egyéni paternalizmus: A lehet természetes személy, mint pl. a szülők, a nagyszülők vagy ismert, akár ismeretlen személyek. Egyéni paternalizmusról van szó pl. abban az esetben, ha egy személy azért nem akar tüzet adni a cigarettám meggyújtásához, mert a dohányzás káros az egészségemre. Itt *A magánszemély* cselekszik B akarata ellenére és az ő jóllétének eléréseért. Ennek a cselekvő szubjektumnak (A) egészen más státusza van velem (B) szemben, mint pl. az államnak vagy az önkormányzatnak és intézményeinek. Ez a magánszemély (A) ugyanis nem rendelkezik olyan eszközökkel, amelyekkel végre tudná hajtani paternalista intencióit. Az a személy (A), aki nem akar nekem (B) tüzet adni, nem rendelkezik pl. szankciókkal, amelyekkel meg tudná akadályozni, hogy egy másik személytől (C) kérjek tüzet.

Hivatásbeli paternalizmus: idesorolható az orvos-páciens kapcsolat. Miután az orvos (a pap vagy a bíró) felvette a hivatásához tartozó öltözéket, *hivatalos személyként cselekszik, társadalmilag szabályozott megbízás alapján.* Hivatala és hivatása révén, amelyet az orvosi köpeny, a bírói talár,

a pap reverendája szimbolizál, *megnő ennek a személynek az autoritása*. Az orvos nemcsak magasabb autoritással rendelkezik, hanem hatékonyabb eszközökkel is, mint ha csak magánszemély lenne. Az általános formula így hangzik:

„Egy hivatalos személy (A) cselekvést hajt végre B-n ennek akarata ellenére, azért, hogy elérje B jóllétét.”

Példák erre az egészségügy területén a pszichiátriai osztályra való nem önkéntes beutalás pl. öngyilkosság feltételezhető veszélye esetén,⁵²⁶ vagy vérátömlesztés végrehajtása Jehova tanúinál, ezek kinyilvánított akarata ellenére,⁵²⁷ vagy súlyos sérülés esetén életmentő sürgősségi orvosi beavatkozás a páciens beleegyezésének beszerzése nélkül.⁵²⁸

Paternalizmus esete áll fenn, ha egy belátási képességgel rendelkező, tájékozott ember beleegyezése nélkül vagy kifejezett tiltakozása ellenére érvényesítjük azt, ami az ő feltételezett érdekében áll és jólléte támogatását jelenti. Márpedig ezt nehéz igazolni az egyenlőségre épülő polgári társadalomban.

b) Második releváns aspektus: a cselekvést vezető intenció

E megkülönböztetési szempont, *a cselekvést vezető intenció* alapján különbség tehető a tiszta és a nem tiszta (pure/impure) paternalizmus között.⁵²⁹ Dworkin sokat vitatott 1971-es írásában azt állítja, hogy a cselekvést vezető racionalitás „kizárólag” az érintett személy javára irányul. Ebből az a radikális következtetés is levonható, amit pl. Alan Soble meg is tett, hogy a nem kizárólag az érintett személy javára irányuló cselekvések nem paternalisztikusak. Ez ellen a radikalizálás ellen Kleinig lépett fel, aki szerint a paternalista cselekvések ténylegesen altruisztikus intenciókkal jellemezhetők, ám az elismerten paternalista cselekvések is csak a legritkább esetben követnek tisztán altruisztikus célokat. Néhány kevés kivételtől eltekintve inkább *nem tiszta/kevert paternalizmusról* kellene beszélni. To-

⁵²⁶ Kovács József megjegyzi: ez nem paternalizmus, hiszen hiányzik a személy belátási képessége. Ha megvan ez a képessége, akkor egyre több országban elfogadhatónak tekintik az orvos által segített öngyilkosságot.

⁵²⁷ Kovács József utal arra, hogy ez az USA-ban tilos.

⁵²⁸ Kovács József szerint ez nem paternalizmus, ha az illető eszméletlen.

⁵²⁹ Zude 2010: 211–212.

vábbi indokok, amelyek a nem tiszta/kevert paternalizmusban az *altruisztikus igazolás mellett* felléphetnek, Childress szerint az alábbiak:

- a) más személyek vagy a társadalom védelme;
- b) az igazságosság- és a fairness-elvhez való igazodás;
- c) morális elvek megsértése;
- d) a cselekvő lelkiismeretével való összeegyeztethetlenség.

A motorsikák törvényesen kötelező használatának példája is a kevert paternalizmushoz tartozik, mert ez a törvény nem kizárólag a motoros javát célozza meg, hanem a társadalmat is védeni akarja pl. az ilyen baleseteket követő költségektől. Ez a példa az igazságossági elvnek a paternalizmus-jelenség elemzésébe és értékelésébe történő bevonását juttatja kifejezésre. Az, hogy másfajta intenciók (pl. a társadalom védelme) is felléphetnek, még nem jelenti azt, hogy elsődlegesen nem altruisztikus intenciókat kell követni: az eredeti paternalista dimenziót, azaz az érintett személy jóllétére irányuló szándékot nem veszítjük szem elől a tiszta és kevert paternalizmus megkülönböztetésekor sem.

A kevert paternalizmus formulája így hangzik:

„A cselekvést hajt végre B-n ennek akarata ellenére többek között azzal a szándékkal, hogy B jóllétét elérje.”

Gerald Dworkin szerint tiszta paternalizmus esetén a szabadságukban korlátozott személyek azonosak azokkal, akiknek az érdekében és javára történik a korlátozás. Példa erre az autóban ülők számára a biztonsági öv kötelező használata. Ebben az esetben a szabadságukban korlátozott személyek, vagyis az autóban ülők védelmében történik a korlátozás. Kevert paternalizmus esetén a személyek egy csoportjának jóllétét úgy védik, hogy más személyek szabadságát terhelik meg vagy korlátozzák, mégpedig azokat, akik nem profitálnak az intézkedésből.⁵³⁰ Példa erre a cigaretta gyártásának megtiltása, ami pl. a dohányiparban dolgozókat az elbocsátás reális veszélyével fenyegeti. Ez az intézkedés ugyanakkor egy másik csoport, a dohányzók önmaguktól, szenvedélyüktől való védelmét, azaz jóllétét szolgálja. A kevert paternalizmust úgy lehet megkülönböztetni a károkozás

⁵³⁰ Zude 2010: 173–177.

nem paternalisztikus elkerülésétől Dworkin szerint, hogy a kevert paternalizmus esetében nem automatikusan lép fel a károkozás, hanem az áldozat aktív közreműködésével. Példa erre is a dohányzás, a dohányzó aktív közreműködése, amit paternalisztikus intézkedéssel, pl. korlátozással, bizonyos helyeken való tiltással akarnak megakadályozni.

c) Harmadik releváns aspektus: a cselekvés objektuma⁵³¹

Ezen szempont alapján különbség tehető *a direkt és az indirekt paternalizmus* között, amit Dworkin kezdeményezett. Az indirekt paternalizmus formulája az alábbi:

„A cselekvést hajt végre B akarata ellen azért, hogy elérje B jóllétét.”

Erre hozza fel példaként Childress azt az esetet, amikor a törvényalkotó szigorú intézkedéseket vezet be a dohányipar ellen azért, hogy megvédje a dohányzókat függőségük önpusztító hatásától. Ebben az esetben a direkt paternalizmus az lenne, ha felemelnék a betegbiztosítási hozzájárulást a dohányosoknál.

d) Negyedik releváns aspektus: B jóllétének meghatározása

E differenciálási szempont vonatkozásában *a morális, a fizikai és a teljes paternalizmus* megkülönböztetését P. Dervin vezette be, Hart paternalizmusfogalmát bírálva. Bár ez a megkülönböztetés az ún. nagy (amerikai) vitában nem játszott szerepet, mégis érdemes felidézni, *a jóllét terminológiai pontosítása* érdekében.

A morális paternalizmus azokra az esetekre vonatkozik, amikor a szándékolt jóllét morális értékkel rendelkezik. Formulája a következő:

„A cselekvést hajt végre B-n ennek akarata ellenére, azért, hogy B morális jóllétét elérje.”

Ilyen cél lehet az erényesség, amivel a jellem vélt romlását akarják megakadályozni. Tipikus példa volt erre néhány évtizeddel ezelőtt a homoszexualitás törvényes tiltása, ami ma már diszkriminációnak tekinthető. A kábítószer-fogyasztás törvényes tiltása is gyakran apellál a kábítószer jellemet romboló hatására.

⁵³¹ Zude 2010: 213–216.

A *fizikai paternalizmust* Hart vezette be azzal a megfontolással, hogy a fizikai túlélés *fundamentális érdek* egyre több ember számára és egyre hosszabb ideig. Ebből szükségszerűen adódik a testi egészségben való elsődleges érdek, ami adott esetben alapul szolgálhat a cselekvési szabadság korlátozására. Formulája az alábbi:

„A cselekvést hajt végre B-n ennek akarata ellenére, azért, hogy B fizikai jóllétét elérje.”

Klasszikus példa erre a Jehova tanúihoz tartozó személyen végrehajtott vérátömlesztés. A fizikai túlélés vonatkozásában azonban felmerül a kérdés, hogy mi az igazi jóllét. Vajon érvényes-e ez akkor is, ha az érintett személynek más preferenciái vannak, pl. a személyes élete értékét magasabbra helyezi, mint a pusztán fizikai egészséget, vagy a vallási hitét értéke-sebbnek tekinti a fizikai-testi életnél?

A *teljes paternalizmus* arra törekszik, hogy a személy testét és lelkét egyaránt védje. Formulája a következő:

„A cselekvést hajt végre B-n ennek akarata ellenére azért, hogy B testi és lelki jóllétét elérje.”

A kemény drogok tiltása ebbe a kategóriába tartozik, mert azok mind a jellemnek, mind a testnek irreverzibilis károkat okoznak. Fordított példa erre a népsport állami támogatása diktatórikus rendszerekben, ami nyilvánvalóan manipulációs, figyelemelterelő hatást kíván ébreszteni a társadalom tagjaiban.⁵³²

A cselekvést vezető intencióhoz kapcsolódó *teljes paternalizmus* egyik előnye, hogy érzékeny a jóllétről alkotott elképzelések különféle tartalmi hangsúlyaira. A teljes paternalizmus továbbá nyitott a társadalom és az egyén értéképzeteiben végbemenő változások felé. A mérlegelés szempontja azonban konstans: a személy testi és lelki jóllétének preferálása. Az értékpluralizmus tényének elismerése jellemzi a teljes paternalizmust, ami csökkenti annak a veszélyét, hogy bármelyik, a jóllétről alkotott sajátos elképzelés kizárólagosnak tüntesse fel magát.

⁵³² Idekívánkozik Kovács József észrevétele: De ez miért lenne paternalizmus? Az elnyomás nem a nép érdekében történik, ezért annak segítése figyelemelterelés és nem paternalizmus.

A pozitív és a negatív paternalizmus közötti megkülönböztetés a következő csoportosítás a cselekvést vezető intenciók alapján, ami a Devlinnél és Hartnál is megtalálható *offenzív és defenzív paternalizmus* formákhoz kapcsolódik.⁵³³ A pozitív paternalizmus azt jelenti, hogy egy meghatározott jót (promoting good) előnyben részesítünk. A *negatív paternalizmus* valami rossz leküzdésének vagy megelőzésének elvárását fejezi ki. A preventív medicinában ilyen értelemben fontos elem a negatív paternalizmus momentuma, azaz a betegség megelőzésének szándéka és célja.

Az a racionalitás és észszerű intencionalitás, amely az esetleges károktól való védelem szempontját követi a negatív paternalizmusban, az alábbi formulában fejezhető ki:

„A cselekvést hajt végre B-n annak akarata ellenére, azért, hogy károktól megvédje.”

Példa erre az a törvény, amely megtiltja a veszélyes sportágakat.

A pozitív paternalizmus formulája:

„A cselekvést hajt végre B-n annak akarata ellenére, azért, hogy B jólétét támogassa.”

Kleinig az iskolakötelezettséget hozza fel példaként, amiben a kényszer elemét tartalmazó képzés emeli a későbbi hivatásbeli esélyeket.

e) Ötödik releváns aspektus: a cselekvés objektumának akarata

A *jóllét* mint a cselekvést vezető intenció *megalapozási oka* mellett a cselekvés objektumának az *akarati* eleme a paternalizmus további mértékadó jellemzője, szerkezeti eleme és a megkülönböztetés releváns aspektusa. A *paternalizmus szinte minden formájában lényeges elem*, hogy a cselekvés objektumának mint közvetlenül érintett személynek a *kinyilvánított akarata nem veszik figyelembe a cselekvésben*, vagy túllépnek rajta.⁵³⁴ A közvetlenül érintett személy akarata figyelmen kívül hagyó cselekvések, beavatkozások, eljárások körében különbség tehető az *erős és a gyenge paternalizmus* között. Ezt a megkülönböztetést J. Feinbergnél találjuk először, az önkéntesség körüli diszkusszió kapcsán.

⁵³³ Zude 2010: 217–218.

⁵³⁴ Uo. 218–222.

A gyenge paternalizmus formulája:

„A cselekvést hajt végre B-n annak rizikóval terhelt döntése ellenére azért, hogy B jóllétét elérje.”

Az erős paternalizmus formulája:

„A cselekvést hajt végre B-n annak teljesen szabad akaratból történt döntése ellenére azért, hogy elérje B jóllétét.”

A puha és a kemény (weich/hart) paternalizmus közötti megkülönböztetésben másról van szó. Ennek kifejtésére később került sor, Rosemary Carter, Richard Anderson és Donald VanDeVeer munkáiban.

A puha paternalizmus formulája: „A cselekvést hajt végre B-n annak akarata ellenére olyan értékképzetek és preferenciák szerint, amelyeket B nem oszt, azért, hogy elérje B jóllétét.”

A kemény paternalizmus formulája: „A cselekvést hajt végre B-n annak akarata ellenére saját értékképzetei és preferenciái alapján, azért, hogy B jóllétét elérje.”

Puha paternalizmusról van szó a medicinában, ha az orvos a páciens akarata ellenére olyan értékképzetek mentén végzi el a beavatkozást, amelyeket a páciens nem oszt, és az orvos tisztában van ezzel. Kemény paternalizmusról van szó akkor, ha az orvos saját értékképzetei (azaz nem az objektív jóllét orvosi mércéje, de nem is a páciens értékképzetei) mentén végez beavatkozást, a páciens akarata ellenében.

f) Hatodik releváns aspektus: a cselekvés módusza szerinti megkülönböztetés

A cselekvés módusza szerinti megkülönböztetés a valamit megtenni vagy elhagyni közötti különbségtevéshez kapcsolódik.⁵³⁵ Ez a medicinában elsősorban az aktív és a passzív halálba segítség körüli vitákhoz kötődik. A passzív paternalizmus formulája: „A elhagyja a B-n annak akarata ellenére végrehajtandó cselekvést azért, hogy B jóllétét elérje.”

Az aktív paternalizmus megköveteli a cselekvést, pl. a biztonsági öv kötelező használatának bevezetését. Általános formulája: „A aktívan hajt végre cselekvést B-n annak akarata ellenére, azért, hogy elérje B jóllétét.”

⁵³⁵ Uo. 222–223.

Zude szerint a nézetkülönbségek miatt *lehetetlen egy mindenki által elfogadott meghatározást adni a paternalizmusról*. Viszont általános egyetértés van két alapelem vonatkozásában, ami szükségesnek és elégségesnek mutatkozik ahhoz, hogy paternalizmusról beszéljünk. Ez a két elem a következő: 1. *egy személy akarátának a lebecsülése vagy kiiktatása*; 2. *az az intenció, hogy ennek a személynek a jóllétét támogatni kell*.⁵³⁶

Zude javaslatot tesz az *antipaternalizmus típusainak* felosztására.⁵³⁷ Ezek az alábbiak:

1. *Kemény antipaternalizmus*: John S. Mill *A szabadságról* c. esszéjében az első fejezetben képvisel kemény antipaternalizmust az állami beavatkozás kapcsán, amit teljes egészében elutasít.

2. *Mérsékelt antipaternalizmus*: R. Arneson, D. VanDeVeer, H. Häyry képviselik egy *gyenge autonómiakonceptióhoz kötődve*, amely kevés *specifikus racionális előfeltevést* követel meg. Autonóm egy döntés akkor, ha *a saját értékékképzetekkel és preferenciákkal koherenciát* mutat fel.

3. *Mérsékelt paternalizmus*: G. Dworkin, J. Feinberg, T. L. Beauchamp a képviselői. Ez a pozíció egy *erős autonómiakonceptióval kapcsolódik* össze. Autonómnak számít a teljesen észszerű és önkéntes döntés, amely racionálisan megalapozható és magyarázható. Azok a cselekvések, amelyek megfelelnek a saját értékékképzeteknek és preferenciáknak, de irracionálisak, nem számítanak autonómnak.

4. *Kemény paternalizmus*: J. S. Mill és H. L. A. Hart a főbb képviselői. A paternalista racionalitás világos elemzése Isaiah Berlin pozitív szabadságelméletében található. A kemény paternalizmus magva a pozitív szabadság racionalitása, amely azt a törekvést fejezi ki, hogy valaki megvalósítson egy objektív és igaz jót mások érdekében, azok kinyilvánított akarata ellenére is. Ez az objektív jó Berlin számára a szabadság. Mill esszéjének a negyedik fejezetében a szabadságminimalizáló paternalizmus szintén kemény paternalizmus. Hart utilitarista alapállásból viszont azt képviseli, hogy az is objektív jó, ha elkerüljük a fizikai szenvedést. A szenvedést minimalizáló

⁵³⁶ „A paternalizmus paradigmája nem más, mint az emberek szabadságának korlátozása akaratuk ellenére a saját érdekükben” („The paradigm of paternalism [...] is restriction of people’s liberty against their will for their own good.”) Arneson 1992: 250.

⁵³⁷ Zude 2010: 247–248.

paternalizmus feltevései mellett a saját magának kárt okozó magatartás irracionális. Ez is a kemény paternalizmus válfaja.⁵³⁸

1.2.5. Átmenet a paternalizmus medicinális kontextusához

Az orvosi etikai vitákban és az orvoslás mindennapjaiban a fenti formák és típusok közül kiemelt szerepet kapott *az erős és a gyenge paternalizmus megkülönböztetése*, amit Joel Feinberg végzett el.⁵³⁹ E megkülönböztetés alapvető kritériuma annak mérlegelése és megállapítása, hogy *mennyiben a cselekvő tényleges szándéka szerint zajlik le egy cselekvés*. Erős paternalizmus esetén egy személyt (a pácienszt) *akarata ellenére akadályoznak választási döntései vagy káros következményekkel járó cselekvései véghezvitelében, amely döntésekre vagy cselekvésekre a beavatkozó személy (az orvos) viszont teljesen szabadon és önként vállalkozik*.⁵⁴⁰ Gyenge paternalizmusról van szó, ha a személy (a páciens), aki helyett döntenek, *nem képes önállóan saját érdekei észlelésére, nem rendelkezik belátóképességgel*. Ilyen esetben az illetőt megakadályozzák abban, hogy magának kárt okozzon, ha alaposan *feltételezhető, hogy nem kellően informált a cselekvés következményeiről, vagy hamis feltételezésekből indul ki*. Ez érvényes gyermekekre, döntésképtelen páciensekre és olyan személyekre, akik átmenetileg vagy tartósan nem képesek jól megfontolt cselekvésekre: nem rendelkeznek belátóképességgel. Példa erre az is, ha valaki érzelmileg erősen felzaklatott vagy alkoholos befolyásoltság állapotában van. Erős paternalizmus áll fenn, ha egy kompetens önrendelkezés helyzetében lévő személynél, pl. belátóképességgel rendelkező és tájékozott páciensnél eltekin-
tenek az önrendelkezési jogától. Ekkor egy másik személy (az orvos) *szándékosan túllép az érintett személy akaratán, és tudatosan annak autonóm preferenciáival szemben cselekszik, mert az a meggyőződése, hogy így elhárít olyan károkat, amelyek az érintett személyt érhetik: az ő jóllétéért hozza meg és viszi véghez ezt a döntést*.

⁵³⁸ Uo. 248.

⁵³⁹ Feinberg 1971; Hildt 2006: 175.

⁵⁴⁰ Hildt 2006: 176.

Úgy tűnik, hogy *a modern medicina keretfeltételei között a gyenge paternalizmus pozíciója megerősödőben van*. S nemcsak a felsorolt csoportokra (gyermekek, értelmi fogyatékosokkal élők, döntésképtelen páciensek) érvényesen, hanem tágabb pácienskörre kiterjesztve. Emellett szól, hogy a páciens kompetenciájának kritériumai (tájékozottsága, megfelelő döntési képessége) az orvoslás mindennapjaiban gyakran nem teljesülnek, vagy könnyű nem teljesültnek minősíteni azokat. Az autonómia és az önrendelkezési jog felfüggeszthető, amit maga a páciens is megtehet, pl. ha a nem tudás jogával él. Ez a jelenség a német bioetikusok szerint egyre gyakoribb egyébként kompetens pácienseknél, miként az is, hogy a páciens az orvosra átruházza/delegálja önrendelkezési jogát.⁵⁴¹ Ezek a jelenségek *a gyenge paternalizmus fogalmának és jelentéstartományának kiterjesztése* mellett szólnak.⁵⁴² Úgy tűnik: míg az erős orvosi paternalizmus egyre inkább háttérbe szorul a medicina mindennapjaiban, addig a gyenge orvosi paternalizmus a jelzett tágabb jelentésben egyre inkább teret nyer. Ha ez a páciens *saját döntésének eredménye*, ami lehet pl. a tájékoztató beszélgetések eredménye, ahol a páciens az orvosra átruházza meghatározott időre meghatározott jogait, akkor *nem történik autonómiavesztés*.

Egy másik, az orvosetikai vitákban és a medicina gyakorlatában fontos szerepet játszó álláspont szerint különbség tehető azon mód tekintetében, *ahogyan befolyást gyakorolnak egy személyre*.⁵⁴³ Ebben a relációban *puha* (weiche) paternalizmusként jelölhető az a cselekvés, amely *indirekt módon akar befolyást gyakorolni személyek preferenciáira és magatartására*. Ez történhet információk átadásának mikéntje révén vagy a keretfeltételek megváltoztatásával, pl. eleve magas költségek további emelése révén, vagy egy cselekvés kockázatairól való felvilágosítás mikéntje révén. Nagyon fontos elem az információk átadásának és a felvilágosításnak a mikéntje: a stílus és a hangnem elrettentheti a páciens, vagy éppen megalapozatlan reményeket kelthet benne. Mindkét változat esetében sérül a páciens kompetenciája, amire pedig a beleegyezést megelőző mérlegelésnél nagy szüksége van. Ezzel szemben *a kemény paternalizmust szankciók alkalmazása*

⁵⁴¹ A paternalista cselekvés személyiségen alapuló igazolásához vö. Quante 2010a: 277–287.

⁵⁴² Quante 2010a: Nyolcadik fejezet.

⁵⁴³ Patzig 1989.

jellemzi, amivel egy személyt megakadályoznak abban, hogy olyat tegyen, ami számára veszélyesnek vagy kártékonynak tekinthető. Ilyen szankciók a törvényi tiltások vagy fizikai kényszer alkalmazása pl. öngyilkosságra készülő személynél.

A paternalizmus fent vázolt formáinak és típusainak nem mindegyike játszik szerepet az orvosi paternalizmusban. Az alábbiakban a *paternalizmus medicínális kontextusban releváns aspektusait* és az ehhez kapcsolódó vitákat, valamint az ezekből leszűrhető eredményeket állítjuk középpontba. A paternalizmusnak ez a fajta *szűkítése* elengedhetetlen fő témánk, az átalakult/átalakuló orvos-páciens kapcsolat vizsgálatának szempontjából, amely kapcsolatban végső soron ennek a változásnak és e változás etikai (és jogi) aspektusainak a figyelembevétele és alkalmazása történik.

A paternalizmus medicínális kontextusára, illetve az orvos-páciens kapcsolat kereteire való összpontosítást több lépésben végezzük. Az alábbi főbb kérdésköröket tárgyaljuk:

1. az orvosi paternalizmus német hagyománya;
2. az orvosi paternalizmus körüli viták és különböző álláspontok a jóllét, az ellátási kötelezettség, valamint a szabadság, az autonómia és a betegjogok metszéspontjain;
3. bizonytalansági tényezők és veszteségek a modern medicinában – orvosi perspektívából;
4. paternalizmus – diskurzusetikai, szisztematikus-elméleti és medicínális-gyakorlati dimenziók metszéspontján.

2. Orvosi paternalizmus – etikai kontextusokban

2.1. (Német) fogalomtörténeti kitekintés

Ahogy már utaltunk rá: a paternalizmus jelentése medicinális kontextusban az orvosnak a páciensről való „atyai gondoskodása”.⁵⁴⁴ Abban szinte mindenki egyetért, hogy a paternalisztikus beállítottságok eredete a *Corpus Hippocraticum*-ban áthagyományozott hippokratészi tradícióban található. A hippokratészi eskü és ezen a klasszikus modellen alapuló más, az orvoslásra irányuló szabályozások az orvosi hagyományra és az orvosi szakmai ethoszra építenek, és a páciens egészségét állítják középpontba.

Németországban is sok etikus és orvos vallja azt, hogy az *orvosi paternalizmus kizárólagos volt a medicina gyakorlatában egészen a 20. század utolsó harmadáig*. Ez azt jelenti, hogy a medicina hosszú hagyományát az orvos-beteg kapcsolatban az *orvos gondoskodása és a beteg fölötti gyámködása* határozta meg. Ám némely bioetikus és orvostörténész szerint ez az állítás *árnyalásra szorul*.⁵⁴⁵ A történész Martin S. Pernick azt mutatta ki, hogy a 19. századi német orvoslási hagyományban fontos elem volt a beteg felvilágosítása és a páciens egyetértésének beszerzése. Mások szerint a 19. században az orvos szándéka az információk közvetítésével elsősorban az volt, hogy ennek révén a páciens konstruktív együttműködését elérje, s ne csupán a kezelésbe való beleegyezés megszerzését célozza meg.⁵⁴⁶ Márpedig a páciens konstruktív együttműködése önmagában is korlátozza az orvosi paternalizmus kizárólagosságát. Valójában már Platón ír arról, hogy másképp bánik az orvos a rabszolgával (ma azt mondanánk, hogy paternalisztikusan),

⁵⁴⁴ Wolff 1989, 2006; Hildt 2006: 118.

⁵⁴⁵ Wiesemann 1997.

⁵⁴⁶ Katz 1984; Winau 1996.

és másképp a szabad emberrel (vele egyenrangúan), vagyis úgy, ahogy ma tanítják a tájékozottságon alapuló beleegyezés elvének megfelelően.⁵⁴⁷

Ahogy a korábbi fejezetekben láttuk, az orvos-beteg kapcsolat átrendeződése egy hosszú történeti folyamatra megy vissza.⁵⁴⁸ A páciens partnerként és autonóm személyként való tisztelete és ilyenként történő kezelése német orvosi etikai és orvoslástörténeti kutatási adatok szerint sem létezett a 20. századig. Rolf Winau példákkal mutatta ki, hogy pl. az expliciten megfogalmazott, felvilágosítást követő beleegyezési kötelezettségnek szinte nyomain sincsenek Németországban majdnem a 20. századig.⁵⁴⁹ 1891-ben a porosz belügyminiszter egyik körlevelében először volt szó egy nyilvánosságnak szánt szövegben a páciens akaratáról, pontosabban szólva az orvosi kezelésre szoruló fogoly akaratáról. A porosz kultuszminiszter 1900. december 29-i rendelkezésében részletes megfogalmazásra kerül a felvilágosítás utáni beleegyezés szükségessége, ami az emberen végzett kísérletek előfeltétele. Az 1931-ben közzétett „Újfajta gyógykezelés és az emberen végzett tudományos kísérletek irányvonalai” elnevezésű dokumentum a célnak megfelelő felvilágosítást és írásban rögzített, igazolt beleegyezést követelt meg. Ezeknek az útmutatóknak és irányvonalaknak a hatása azonban csekély volt: nem épültek be a német egészségügybe, már csak ezért sem voltak képesek megakadályozni a náci rezsim szörnyűségeit az orvoslás területén – teszi hozzá Hildt.⁵⁵⁰

A humánkísérletekkel való visszaélést a nürnbergi orvosi perek tárták a nemzetközi nyilvánosság elé. 1947-ben fogalmazták meg a Nürnbergi Kódexet, amely az embereken végzett kísérletek etikai minimumszintet rögzíti. *A Nürnbergi Kódex volt az első széles körben ismertté vált extern etikai előírás az orvosok számára:* korábban az orvostársadalmon belül szabályozták a páciensekkel és a kísérleti személyekkel való helyes bánás-

⁵⁴⁷ Vö. Platón 1984: 619–621. – Kovács József hívta fel a figyelmemet erre a különbségtételre. Hozzáteszi: a gazdag emberek számára az orvos sokáig egyfajta szolga volt, akinek azt kell adnia, amit a megrendelő kér. Pl. az ókori Rómában ez azt jelentette, hogy ha halált kér, azt kellett kapjon, pl. az öngyilkosságban való segítségnyújtás formájában.

⁵⁴⁸ Katz 1984; Faden–Beauchamp 1986; Malcolm 1988; Schöne-Seifert 1996; Winau 1996; Wiesemann 1997; Hildt 2001, 2004.

⁵⁴⁹ Winau 1996; Hildt 2006: 119.

⁵⁵⁰ Hildt 2006: 120.

mód kérdéseit.⁵⁵¹ A Nürnbergi Kódex öntötte jogi formába az orvosnak azt a kötelezettséget, hogy minden, az emberen végzett kutatás és orvosi beavatkozás előtt be kell szerezni a páciens, illetve a kísérleti személy szabad, önkéntes és tájékozottságon alapuló beleegyezését. *A tájékozottságon alapuló beleegyezéssel kapcsolatos tartalmi megfontolások kezdetének ezért többnyire a nürnbergi orvosi pert jelölik meg.*⁵⁵² Ez a kritérium azonban jóval később vált a modern medicina tényleges normájává, először az USA-ban, majd a nyugat-európai országokban.

A medicinális gyakorlatban a hagyományos orvosi paternalizmus attitűdje és etikája élt tovább Németországban is az 1980-as, 1990-es évekig. A páciens autonómiájának elve és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés kritériumai körül indult viták kapcsán merült fel az orvosi paternalizmus újragondolásának szükségessége. A 20. század utolsó évtizedeiben kezdték megfogalmazni azt az igényt, hogy az orvosi paternalizmus pontosabb körvonalazásra, megalapozásra és igazolásra szorul: a modern medicina keretfeltételei között a *paternalisztikus attitűd többé nem magától értetődő: felülvizsgálatra, mérlegelésre, megalapozásra és igazolásra szorul.*

2.2. Orvosi paternalizmus

A paternalisztikus intézkedések során az orvos a páciens jólléte, egészsége vagy életfenntartása érdekében hoz döntést, anélkül hogy előtte beszerezné

⁵⁵¹ Az említett 1931-es porosz szabályozás a kutatásetikáról extern és példamutatóan korszerű volt, de nem vált ismertté és nem terjedt el.

⁵⁵² A tájékoztatáson alapuló beleegyezés jóval később elterjedt modellje *jogi kontextusból ered*: maga a fogalom (informed consent) először 1957-ben tűnt fel egy orvosi műhiba tárgyalása kapcsán. Vö. ehhez Katz 1984; Faden–Beauchamp 1986; Hildt 2006: 120. – 1964-ben ezt a követelményt az Orvosok Világszövetsége által elfogadott Helsinki Nyilatkozatba is bevették. Ezáltal *szakmán belüli, hivatásbeli kötelező érvényt nyert a tájékoztatáson alapuló beleegyezés beszerzésének követelménye*. E követelmény kritériumait és előfeltételeit később tovább pontosították. Elsősorban a kutatási célokra történő alkalmazás során az emberekkel való visszaélés lehetőségére irányították a figyelmet, és ebben az összefüggésben tárgyalták a tájékoztatáson alapuló beleegyezésnek, a megfelelő felvilágosításnak és az érintettek iránti tiszteletnek a jelentőségét. Vö. Schöne-Seifert 1996; Hildt 2006: 120–122.

tőle a beleegyezését. Az orvosi cselekvést elsődlegesen nem a páciens saját kívánsága és személylétének, betegjogainak tisztelete vagy személyes értékpreferenciák vezetik, hanem a páciens jóllétének és egészségének szolgálata az orvos részéről. Ennek érvényesítésére objektív, az orvosi-szakmai értékelés szerinti megfelelő döntéseket az orvos hozza meg, illetve megfelelő intézkedéseket hajt végre a páciens jóllétéért és annak legfőbb érdekében.⁵⁵³ A paternalisztikus eljárások alapvető célja a testi és/vagy lelki károkozás megakadályozása, vagy a páciens egészségi állapotának javítása.⁵⁵⁴ A paternalisztikus cselekvéseket általában az az állítás igazolja, hogy az elkerülendő kár lényegesen nagyobb, mint a páciens autonómiájának lebecsüléséből eredő kár.

A paternalisztikus eljárások igazolására szolgál az a további alapvető megfontolás, hogy az orvos szakmai ismeretei révén megfelelőbben tud arról dönteni, hogy orvosi vonatkozásban és a páciens egészsége szempontjából mi a jó a páciens számára. Azt is felhozzák a paternalisztikus cselekvések mellett, hogy a páciens a betegsége által befolyásolt, számára szokatlan fizikai, pszichikai és társadalmi helyzetben van, ami korlátozza a megfelelő saját döntés reális lehetőségét.⁵⁵⁵ Sokak szerint józan, racionális megfontolásokon és megfelelő tájékozottságon alapuló saját döntés a páciens számára betegsége által megterhelt helyzetben nem is lehetséges.⁵⁵⁶ Ezen túlmenően a döntés hitelességének és a megértés követelményeinek, a páciens beleegyezési képességének elvárásai, illetve ezen elvárások teljesülésének a hiánya vagy hiányosságai a páciens sokszorosan megterhelt helyzetében motiválhatnak paternalisztikus beállítottságokat és döntéseket.

Mi vezetett az orvosi paternalizmus kizárólagosságának megkérdőjeleződéséhez?

Az előző fejezetekben részletesen tárgyaltuk, hogy a modern társadalmakban az utóbbi évtizedekben az orvos-páciens kapcsolatban a páciens önrendelkezési joga került előtérbe. E fejlemény eredményeként a bioeti-

⁵⁵³ Veatch 1984; Leven 1997; Labisch–Paul 1998; Anselm 1999; Hildt 2006: 118.

⁵⁵⁴ Buchanan 1978; Gillon 1986; Richter 1992; Loewy 1989; Anselm 1999; Hildt 2006: 118.

⁵⁵⁵ Hildt 2006: 119.

⁵⁵⁶ Komrad 1983; Jonas 1989; Eibach 1997.

kában és a modern orvosi etikában egyre gyakrabban *partneri viszonyként* írják le az orvos-beteg kapcsolatot. Ebben a modellben nagy jelentőséget tulajdonítanak a páciens *saját nézeteinek, kívánságainak és akaratának*.⁵⁵⁷ Ez a modell nehezen egyeztethető össze a hagyományos orvosi paternalizmussal, amely az orvos szakmai tudására és osztatlan etikai felelősségére alapozódik. Az önrendelkezési jog és az orvos szakmai kompetenciája között elkerülhetetlenül fellépő konfliktusok feloldására sokan a *konszenzusos modell* mellett állnak ki. Ez a modell nem vitatja *az orvos szakmai kompetenciáját és cselekvéseinek a páciens jóllétére irányuló etikai aspektusát*, vagyis az orvosi paternalizmus kulcselemeit. Ugyanakkor elismeri a páciens autonómiájának elvét és önrendelkezési jogát, amelyek realizálását viszont meghatározott feltételekhez köti. *A páciensnek ugyanis szintén kompetensnek kell lennie*: eleget kell tennie a megértés követelményeinek, a beleegyezési képesség elvárásainak, a döntés hitelessége kritériumainak.⁵⁵⁸ A páciens kompetenciájának kritériumai kapcsán számos ellenvetés merült fel a vele szemben támasztott túlzott elvárások miatt, ami *megterhelő lehet* a páciensnek. A páciens túlterhelésének veszélye sokak szemében az *orvosi paternalizmust erősíti*.

A medicinaának a 20. század utolsó évtizedeiben végbement fejleményei közé tartozik, hogy az orvosi cselekvés hagyományosan erős és kitérített jelentőségű etikai elve, *a jót tevés*, és ebből eredően az orvosnak a páciens jóllétére irányuló *ellátási kötelezettsége* (az orvosi paternalizmus kulcselemei) *fokozatosan kiegészültek a páciens önrendelkezési jogával*, valamint az ennek gyakorlásához szükséges megfelelő *tájékoztatáson alapuló beleegyezésének elvével*. Napjainkban úgy tűnik, hogy az autonómia elve, az önrendelkezési és beleegyezési jog nem helyettesítik s nem váltják le az orvosi cselekvés paternalisztikus elveit, a jót tevést és az ellátási kötelezettséget, hanem kiegészítik: *a kétfajta elv egyfajta ambivalenciákkal teli együttélése irányába mutat számos fejlemény a modern medicinában*. Az antipaternalizmust ily módon nemcsak a mindennapi intuíciónk cáfolják, amit Quante hangsúlyoz, hanem a medicina újabb fejleményei is.

⁵⁵⁷ Vö. e könyv A/6.1.1. fejezetét.

⁵⁵⁸ Lásd e könyv B/4.6. fejezetét.

2.3. Különböző álláspontok a jót tevés és a páciens önrendelkezése normatív elveinek viszonyáról

Az alábbiakban néhány megfontolást teszünk a modern medicinában kulcsfontosságú két elv, az autonómia (modern) és a jót tevés (hagyományos) elvei közötti etikai összefüggések megvilágítására *a gyakorlati nehézségek figyelembevétele mellett*.⁵⁵⁹

A medicinális gyakorlatban gyakran ellenfeleknek tekintik ezeket az elveket. A hasonlóan tekinthető erőviszonyokból sokféle konfliktus származik az orvoslás mindennapjaiban. Az orvosok és az egészségügyi személyzet körében inkább arra van hajlandóság, hogy az ellátási kötelezettségnek rendeljék alá a páciens önrendelkezési jogát. Medicinális kontextusban konfliktus keletkezhet a páciens autonómiájának tisztelete és az orvosnak a beteg jóllétére irányuló ellátási kötelezettsége között. Például akkor, ha a páciensek olyan orvosi intézkedés mellett döntenek, amelyek az orvosok tapasztalatai szerint számára veszélyesek vagy az egészségére károsak. Különösen éles ez az ellentét a hagyományosan és/vagy erősen paternalisztikus beállítottságú orvosi cselekvés nézőpontjából. A medicinális gyakorlat szereplői ugyanis gyakran az orvosi szaktudás és szakmai felelősség leértékeléseként élik meg és fogják fel azt a fejleményt, amelyet az autonómia elve fejez ki, és védekeznek ez ellen a maguk eszközeivel.⁵⁶⁰ A másik szélsőség is gyakori: az autonómia tiszteletben tartását eleve a jót tevés kötelezettsége fölé rendelik, főként az autonómia elvéhez és az önrendelkezési joghoz egyoldalúan ragaszkodó páciensek.

A modern medicinális gyakorlatra irányuló *elméleti reflexiók, bioetikai álláspontok sokfélék*. Különböző variációkat találunk a jót tevés elve és az autonómia elve közötti összefüggés leírására.⁵⁶¹ Vezető bioetikusok, mint Beauchamp és Childress, lényegében *azonos szintű* elveknek tekintik ezeket. Szerintük a mindenkori konkrét esettől függ, hogy melyik elvnek van elsőbbsége.

⁵⁵⁹ Hildt 2006: 170.

⁵⁶⁰ Uo. A.3. fejezet

⁵⁶¹ Hildt 2005.

Az egyik elv melletti egyoldalú elköteleződésre különböző változatokat találunk. Ezt a kérdéskört behatóan tárgyalja Hildt idézett monográfiájában.⁵⁶² Az egyik markáns nézetet Engelhardt képviseli fentebb tárgyalt, a bioetikusok körében is vitatott szekuláris és minimális etikájában.⁵⁶³ Szerinte a beleegyezési vagy egyetértési elv autonómiaelvként fogható fel, ami elsősorban elhagyási elvet (intézkedések, beavatkozások elhagyását) jelenti, és a jót tevés elve fölé van rendelve.⁵⁶⁴ Ezen etika szerint a modern plurális társadalomban az *elhagyási jogok és kötelességek jelentősége magasabb, mint a jót tevési cselekvések joga és kötelessége.* Egy másik személy kifogása vagy ellenvetése elegendő ahhoz, hogy elmaradjon egy kötelezettség teljesítése. Ezzel a passzív attitűddel szemben konkrét jót tevési kötelességek, orvosi intézkedések, beavatkozások, azaz aktív reakciók esetében viszont *kölcsönös egyetértésre* van szükség az orvos és a páciense között. Engelhardt arra a következtetésre jut, hogy bizonyos javak vagy meghatározott szolgáltatások rendelkezésre bocsátására vonatkozó kötelezettség az orvos részéről lehet azonos értékű azzal a kötelezettséggel, hogy nem lehet semmit tenni az érintettek beleegyezése nélkül.⁵⁶⁵ Látható, hogy ez a posztmodern gyökerű álláspont *relativizálja, sőt lefokozza az ellátási kötelezettség és a jót tevés hagyományosan kiemelt, magas értékű preferenciáit és erőteljes visszafogottságra buzdít az orvosi beavatkozások területén.*⁵⁶⁶

Ezen etika szerint ugyanis egy orvos cselekvése elsődlegesen nem jót tevési megfontolásokból adódik, hanem a szerződésekből rögzített egyet-

⁵⁶² Hildt 2006.

⁵⁶³ Engelhardt 1996; Hildt 2006: 170–173.

⁵⁶⁴ Hildt 2006: B.4.3.1. fejezet.

⁵⁶⁵ Uo. 171.

⁵⁶⁶ Kovács József megjegyzését idézem: Ez nem teljesen igazságos Engelhardttal szemben. Hiszen ő arról beszél, hogy a modern, pluralista társadalomban az emberek morális idegenek. Mindegyiknek más a jó, s ha abból indulok ki, hogy neki ugyanaz a jó, mint nekem, s ezért nem kérdezem őt meg, nem kérem a beleegyezését, akkor rákényszerítem a saját értékrendemet. Pontosan a morális idegenek között szükséges a tájékozott beleegyezés, ami azért nem kellett száz évvel ezelőtt, mert akkor – pl. egy faluban – az orvos és a beteg nem voltak morális idegenek. Ismerték egymást, ugyanabba a templomba jártak, ugyanaz volt a világnézetük, vagyis nem nagyon kellett az orvosnak tájékozódnia, mi a betegnek a jó, hiszen tudta azt. Ma egy nagyvárosban távolról sem ez a helyzet.

értési/beleegyezési jognak az explicit vagy implicit figyelembevételéből. A partneri modell szerint értett kapcsolatnak megfelelően *medicinális intézkedéseket közösen elhatározott kezelési megállapodás miatt kell végrehajtani, s nem orvosi kötelezettségből*. Szerződő fél lehet az orvos és a páciens, vagy az orvostársadalom és a páciensek összessége. A fenti megfontolásokból eredően Engelhardt szerint *rendkívül alárendelt a jóttevő beavatkozások szerepe a modern medicinában*.

Míg Engelhardt az autonómia elvét egyértelműen a jóttevés elve fölé rendeli, addig Ulrich Eibach *ellentétes hierarchizálásra jut*.⁵⁶⁷ Az egyén autonómiáját előtérbe állító nézetekkel szemben Eibach azt a keresztény kontextusból eredő szemléletmódot állítja szembe, miszerint nem az egyén önmeghatározása a döntő, hanem az a szemlélet, hogy *a szabadság a véges teremtett lét határain belül a másokra való ráutaltságban valósítható meg*. Ezért nem egy ember szabadságának mint olyannak a tisztelete a döntő, hanem életének és jóllétének tisztelete. Az élet és a jóllét túlmutatnak az egyes ember szabadságán, s éppen ez teszi lehetővé a valódi szabadságot.

Ellentétben azokkal, akik az autonómia és a jóttevés medicinális kontextusban gyakran megfigyelhető konfliktusát állítják előtérbe, felfedezhető egy pozitív kapcsolódás is a kettő között. Az autonómia és a jóllét összefüggéséről ilyen alapállást találunk Joseph Raznál.⁵⁶⁸ Abból indul ki, hogy *a saját cselekvések lényegesen hozzájárulnak a személyes jólléthez*. Klasszikus felfogás szerint *nem szükségszerű, hogy a saját jólléthez hozzájáruló cselekvések szabad döntésen alapuljanak*. Olyan cselekvésekről vagy projektekről is szó lehet Raz szerint, amelyeket a *körülmények* kényszerítenek ki. Súlyos megbetegedés esetén nem vagy nem feltétlenül szándékolt saját cselekvésből adódhat a projekt, s lehet bizonyos körülmények összjátéka. Ám a *megbetegedett személy reagálása már lehet saját cselekvés*. A mindenkori érintett személy jólléte számára Raz szerint az a döntő, hogy vajon sikerül-e ezeket a cselekvéseket, projekteket és következményeiket (diagnózisokat, prognózisokat, beavatkozásokat, terápiákat) elfogadni és *a saját életkoncepcióba beemelni*. Tágabb, társadalmi értékű példa erre a szülő és a gyermekek közötti kapcsolat, amit a legtöbb ember kész

⁵⁶⁷ Eibach 1997; Hildt 2006: 171.

⁵⁶⁸ Raz 1986; Hildt 2006: 172.

elfogadni és alapvető élettartalmává tenni, bár sem a szülők, sem a gyermekeik nem választhatták meg szabadon ezt a kapcsolatot. Ám a felnőtté vált gyerek saját jóllétéhez hozzájáruló cselekvések normál esetben már az ő döntésén, a saját döntés igényén és ennek érvényesítésén alapulnak.⁵⁶⁹

A modern társadalomelméletek különböző formáiban (a bioetikát is ideértve) a konkrét társadalmi beágyazottságokból, tipikus jelenségekből és formációkból kiemelt *egyéni jóllét kitüntetetségének koncepciója* élvez elsőbbséget, ami *az egyén autonómiájának eszményét* állítja középpontba. E felfogás alapján *a személyes jóllétet* az határozza meg, hogy mennyire sikerül az egyén életösszefüggéseinek, aktivitásainak, megnyilvánulásainak *értelmet adni és ezeket jónak tartani*. A célok és a kapcsolatok szabad választását az egyéni jóllét lényegi elemének fogják fel, aminek alapján *a személyek önmeghatározó döntéseik révén kézbe veszik saját sorsukat*. Alapvető eszmény *a saját életbe való alakító beavatkozás*.⁵⁷⁰ Medicinális kontextusban ez azt jelenti, hogy a megbetegedett személy saját maga járul hozzá tulajdon jóllétéhez a számára új helyzetre való reagálásával: jólléte így lényegét tekintve nem előzetes orvosi döntések eredője. Ily módon autonómiája is megvalósul.

A Raz által vázolt álláspont képviselői igyekeznek a személyek azon lehetőségeit növelni, hogy *konkrét, megtörtént sorsukban megfelelően eligazodjanak*. Ezzel szemben a másik álláspont képviselői *a kiegészítő cselekvési opciók rendelkezésre bocsátására* teszik a hangsúlyt. Ennek kedvezőtlen történések megakadályozásához kell vezetnie azért, hogy elkerüljék a sorsszerű helyzetek passzív elviselésének kényszerét. *Mindkét törekvés – a történés szándékolt, akart elfogadása és a saját életbe integrálása egyfelől, másfelől az önmeghatározó, a jövőre irányuló választási döntés – az élethez való két alapvető és egymástól lényegesen különböző beállítódást jelenít meg*.

A második beállítódás szerint nem egyszerűen a beteg vagy a páciens mint olyan, hanem *a páciens mint személy és az ő személyes jólléte a legfőbb vonatkoztatási pont a modern medicinában és orvosi etikában*. Az orvos ellátási kötelezettsége páciense legjobb érdekében szintén ebben a ke-

⁵⁶⁹ Vö. Hildt 2006: D.4. fejezetét.

⁵⁷⁰ Raz 1986.

retben értelmezendő. Becky Cox White is a személy jólléte és az autonóm módon választott értékrendszere közötti összefüggést emeli ki.⁵⁷¹ A személyek értékek, célok, meggyőződések és érdekek nagy számából választják ki azokat, amelyeket a legfontosabbaknak tartanak. Az ebből adódó érték-hierarchia bázisán építik fel saját egyéni életkonceptiójukat választási döntéseik révén. Eszerint egy személy jólléte nagymértékben függ attól, mennyire felel meg kívánságainak, szándékainak és céljainak az, ami vele történik, beleértve azt is, amit az ő jólléte érdekében az orvosok tesznek. *A jót tevés medicinális kontextusban is ebben a személyközpontú jelentésben értendő és érvényesítendő.*

E felfogások szerint *pozitív összefüggés van az autonómia elve és a jót tevés elve között.* Mivel a jót tevés elve megköveteli a páciens jólléte szerinti cselekvést, és mivel jóllétét támogatja autonóm kívánságainak kielégítése, ezért *a jót tevés elve az orvosoktól elvárja a páciens kívánságainak lehetőség szerinti teljesítését a kezelési opciók vonatkozásában.* Ennek megfelelően nem állapítható meg alapvető ellentét a páciens autonómiája és jólléte között. Elvégre a páciens megfontolásai is többnyire olyan döntések meghozatalára irányulnak, amelyek a saját maga nézőpontjából lehetőleg további jó életet biztosítanak számára.⁵⁷² Ebben az alapállásban a páciens jóllétének a szaktudáson és szakmai tapasztalatokon alapuló, ilyen értelemben objektívnek tekintett jelentését felváltja a páciens mint személy autonómiájának tiszteletén alapuló, az autonómiát a páciens teljes életvitelére és életfelfogására kiterjesztett *szubjektív jóllétértelmezés.* Tegyük hozzá: a személyre szabott orvoslás elméleti alapjai is végső soron ebben a felfogásban találhatók.⁵⁷³

Ily módon az autonómia támogatásában, bár megváltozott hangsúlyokkal és felállásban, de továbbra is a jót tevés, annak egyik fontos, személyes és szubjektív aspektusa fedezhető fel. Ez a szubjektív jóllétjelentés az ellátásban és egyáltalán a medicinális cselekvés területén lényegében *az autonómiaelv támogatására irányul.* Eszerint az autonómia nem objektív, nem független érték, amely kétséges esetben más értékek, pl. a jóllét megvaló-

⁵⁷¹ White 1994; Hildt 2006: 173.

⁵⁷² Gillon 1986, 2003; Rehbock 2002.

⁵⁷³ A személyre szabott orvosláshoz vö. Schober 2014: 43–52.

sításával szemben állna. Az autonómia és a jót tevés elve sokkal inkább *egyenrangúak és egymást kölcsönösen erősítik*. A két érték közelítése és *egymást kiegészítő, erősítő és támogató érték*ként való felfogása egy *tágabb értelemben vett konszenzusos modell* irányába mutat.

A két elvet egyenrangúnak, egymást kiegészítőnek és támogatónak tekintő nézetek kapcsán élesebben merül fel az a kérdés, hogy *hogyan kell konkrét esetekben eljárni*. A két elv közelítését nehezebb realizálni a gyakorlatban, mint a két elv ellentétes implikációkon alapuló konfliktusa esetén cselekedni. Alapvető cselekvési szabályként fogalmazható meg a két elv egyenrangúságának modelljére vonatkozóan a következő: *Az orvos csak a páciens megfelelően kinyilvánított akarata keretében cselekedhet, és csakis a páciens jólléte érdekében*.

A medicina mindennapjaiban gyakran különböző véleményen van az orvos és a páciens arról, hogy tartalmilag mit is kell érteni a jóllét és a jó élet alatt, és hogyan támogatható ez megfelelő módon. Ez etikai vitáknak is állandó tárgya.

2.4. Igazolási kényszer és a károkozás kérdése a modern orvosi paternalizmusban⁵⁷⁴

Az orvosi paternalizmus hagyományos tartópillérei a *jót tevés és az ellátási kötelezettség* elvei. Az ellátási kötelezettségben megnyilvánuló, hosszú múltra visszatekintő, a szakmai kompetenciára alapozódó paternalisztikus attitűd *kizárólagossága* azonban a modern társadalom és jogrendje (az autonómia elve, a személyiségi jogok) és a modern medicina feltételei (betegjogok, a medicina specializálódása, elszemélytelenedése stb.) között *megkérdőjeleződött*. Ebben az új helyzetben az orvosi paternalizmus is átalakult: a páciens jólléte érdekében végzett cselekvés a szakmai kompetencián és az ehhez kapcsolódó felelősségen alapul, és kiegészül a páciens autonómiájának és betegjogainak tiszteletben tartásával. Ezen új feltételek között *igazolásra szorulnak a paternalisztikus orvosi cselekvések*, amelyek

⁵⁷⁴ Hildt 2006: 174.

a modern orvosi etika és a bioetika tárgykörébe tartoznak. Ennek a fejleménynek és a rá irányuló etikai reflexióknak elméleti hozadéka is van, s még inkább várható. Mindenekelőtt az, hogy a paternalisztikus cselekvésre és ennek igazolási szükségességére vonatkozó megfontolások már az utóbbi évtizedekben is hozzájárultak a paternalizmuskoncepció tisztázásához és modern medicinális kontextusban történő megfelelő érvényesítéséhez. Nem lényegtelen egy másik elméleti hozadék sem: a paternalizmusfogalom és -koncepció letisztulása *az autonómiakonceptiót is tovább árnyalja és gazdagítja, s egyúttal világosabbá teszi a határait*. Emellett a szélsőséges és egyoldalú antipaternalista álláspontok tisztázására és kritikájára is lehetőség adódik.

Általánosságban akkor van szó paternalisztikus beavatkozásról, ha valakit akadályoznak egy olyan magatartási megnyilvánulásban, amelynek következményei csak őt érintik, azaz ha *akadályoztatva van abban, hogy saját magának kárt okozzon*. Ez az akadályoztatás lehet aktív: az önmagának kárt okozó magatartás megakadályozása a páciensnél történhet egy másik személy (az orvos) aktív beavatkozása (vizsgálat, diagnózis felállítása, kezelések) révén. Különbséget kell tenni olyan beavatkozási magatartás között, amely másokat is érint, és olyan magatartás között, amely elsődlegesen a mindenkori személyt (az adott páciens) érinti, s csak közvetetten érinthet másokat (pl. súlyos fertőző betegség esetén olyan hozzátartozókat, barátokat stb., akik elkaphatják/elkaphatták a fertőzést).

Kovács József hozzáfűzi: a fenti fejtegetés, ahogyan a hagyományos orvosi etika is, evidensnek veszi, hogy a kár objektív fogalom. De morális idegenek között nem ez a helyzet. Amit egy bizonyos személy kárnak tart, azt egy másik ember nem tart annak. Még az élet elvesztése sem kár pl. a Jehova tanúi számára, ha cserébe a túlvilági üdvözülés a jutalom. Számukra az élet megmentése a kár, amennyiben az transzfúzióval történik. Ugyan a vérátömlesztés megment neki 30–40 évet, de elveszi tőle az örökévalóságot. A paternalizmus igazolásának tehát azzal a problémával is meg kell birkóznia, hogy egy pluralista, morális idegenekből álló társadalomban hogyan lehet megállapítani, hogy a másoknak mi a kár.

De nem csak a morálisan idegenek posztmodern állapotában merülnek fel ezek a kérdések. A modern társadalmakban – más elméleti feltevések mellett is – szembesülünk az értékek, világnézetek, életvezetési tervek sok-

féleségével, az egyéni választások és döntések radikálisan megemelkedett jelentőségével. A kár mérlegelésekor eleve bekalkulálandó a szubjektivitás, a páciens értékeinek és preferenciáinak ismerete, tiszteletben tartása és bevonása az orvos-beteg/páciens kapcsolat releváns szituációiba és a döntésekbe.

Ugyanakkor az orvosi paternalizmus *ab ovo* kiiktatása nem megoldás. *Az orvos szakmai kompetenciája és ehhez kapcsolódó felelőssége nem pótolható érték.* A szakmai tudás viszont eleve behoz egy *aszimmetrikus viszonyt* a kapcsolatba. A modern orvoslásban azzal a különbséggel, hogy *az orvosi dominanciát korlátozza vagy kizárja a páciens autonómiája és a betegjogok.* Egy feszültségektől nem mentes *duális szerkezet lett a modern orvoslás fundamentuma.* Ebben a szerkezetben *az egyik tartóoszlop az orvosi szaktudás és ennek megfelelő felelősség,* ami a legjobb tudás szerinti *ellátási kötelezettséget és a páciens jóllétéért végzett orvosi cselekvést* jelent. Ily módon a modern orvoslás szerkezeti elemeként megőrződik az orvosi paternalizmus. De úgy, hogy a *másik tartóoszlop, a páciens autonómiája, önrendelkezése és a betegjogok* korlátozzák, kiegészítik és lényeges pontokon módosítják azt.

2.5. Paternalizmus és szabadság: beavatkozás egy személy szabadságába és szabadságmaximalizáló paternalizmus

A paternalizmust gyakran egy személy *cselekvési/döntési szabadságába történő beavatkozásként* írják le, és a páciens jóllétére, szükségleteire vagy érdekeire való hivatkozással igazolják.⁵⁷⁵ Ám olyan megfontolások is szerepet játszhatnak, mint a félrevezetés, téves információk közvetítése, a segítség és a támogatás elmaradása vagy akár megtiltása. Ezek a páciens kompetenciáját megzavaró, sőt ellehetetlenítő tényezők. Ezzel szemben a „jó szándékú félrevezetést” veszi figyelembe Allen Buchanan definíciójában.⁵⁷⁶ Ebben az összefüggésben felmerül a „*kegyes hazugság*” etikai problematikussága is: ez valójában egyfajta *beavatkozás a páciens kompe-*

⁵⁷⁵ Dworkin 1972; Hildt 2006: 177–179.

⁵⁷⁶ Buchanan 1978: 372.

tenciájába, döntési képességébe. Más lapra tartozik a nem tudás joga, amikor a páciens saját döntése, hogy nem akar további tájékoztatást kapni betegségéről, a prognózisról, a kezelések kockázatairól stb. Ha megfontoltan, világosan és érthetően lemond erről, akkor nem történik beavatkozás a páciens cselekvési/döntési szabadságába.

Bernard Gert és Charles M. Culver túl szűknek tartják azt a széles körben elterjedt nézetet, miszerint a paternalizmus a szabadság korlátozásával jár.⁵⁷⁷ Nézetük szerint lehetnek paternalisztikusak az olyan cselekvések is, amelyekkel nem avatkoznak be egy személy cselekvési szabadságába és senkit nem kényszerítenek. Például olyan esetekben, ha valakit félrevezetnek, vagy ha valakit olyan cselekvési opciók elé állítanak, amelyek egyébként is, magától értetődően megvannak. Culver és Gert szerint a paternalisztikus cselekvés lényegi jellemzője inkább az, hogy az *egy morális szabálynak az érintettek beleegyezése nélkül történő megszegését* implikálja.⁵⁷⁸ Például a félrevezetést tiltó szabály, a szabadság akadályozását tiltó szabály, az ölést vagy a fájdalomkøozást tiltó szabály megsértése tartozik ide.

Ezzel szemben J. Childress nem tartja a paternalisztikus cselekvés szükségyszerű elemének egy morális szabály megsértését.⁵⁷⁹ A paternalisztikus beavatkozásra inkább az jellemző, hogy *szembeszegül a páciens kívánságaival és választási döntéseivel*. Fontos továbbá az orvos hűzódozása attól, hogy figyelembe vegye a páciens kívánságait és döntéseit, és ehelyett a páciens vélhető legjobb érdekében, azaz *hagyományos minta szerint* kíván cselekedni. Childress ezzel a mintával szemben *a személy tiszteletére és a választási szabadság tiszteletére* hivatkozik érvelésében.⁵⁸⁰ A személy tiszteletének elvét mások is hangsúlyozzák, ahogy ennek az elvnek a paternalizmussal együtt járó szükségyszerű ütközését is. E nézetek képviselői szerint *önértéke* van a szabad választás képességének és lehetőségének, mégpedig attól függetlenül, hogy mit választ a személy.⁵⁸¹

⁵⁷⁷ Gert–Culver 1976; Hildt 2006: 177.

⁵⁷⁸ Hildt 2006: 178.

⁵⁷⁹ Childress 1982; Hildt 2006: 178.

⁵⁸⁰ Childress 1982.

⁵⁸¹ Hildt 2006: B.2. fejezet.

Ebben az összefüggésben *központi szerepet játszik a szabadság szempontja és egy személy szabad választási döntésének a tisztelete*. Így a paternalisztikus befolyást akkor lehet jogosnak tartani, ha arra szolgál, hogy *a mindenkori egyén számára a szabadság szélesebb spektrumát tartsa fenn, mint az az adott beavatkozás nélkül lenne*.⁵⁸²

Hasonlóan érvel Douglas N. Husak, aki „freedom maximizing paternalism”-ről beszél.⁵⁸³ A *szabadságmaximalizáló paternalizmus* elvével és emellett érveléssel igazolható pl. a szülők beavatkozása a gyermeknevelésbe vagy az iskolakötelezettség elrendelése.⁵⁸⁴ Feltételezhető, hogy a felnőtté vált gyermek később majd egyetért ezekkel a paternalisztikus intézkedésekkel, ha ezt gyerekként még nem is teszi meg. Hasonlóképpen megengedhető a felnőtteknél is paternalisztikus beavatkozás olyan esetekben, amelyekben ez a beavatkozás fenntartja és támogatja az egyénnek azt a képességét, hogy racionális megfontolásokat tegyen és saját döntéseket hozzon. Ilyen helyzet áll fenn az Odüsszeusz-példánál, amelyben Odüsszeusz kikötteti magát az árbochoz és megparancsolja, hogy minden olyan későbbi kívánságát, hogy szabadítsák meg a kötelektől, ignorálni kell azért, hogy a szirének kísértésének ellent tudjon állni.⁵⁸⁵

2.6. Paternalizmus – ellátási kötelezettség és a szabadság erősítésének metszéspontján

Közvetlen medicinális kontextusban is legitimálnak paternalisztikus eljárást *az ellátási kötelezettségre és a szabadság erősítésére hivatkozva*, amikor az érintettek autonómiája átmenetileg korlátozottan érvényesül.⁵⁸⁶ Le-

⁵⁸² Dworkin 1972.

⁵⁸³ Husak 1980.

⁵⁸⁴ Husak 1980; Hildt 2006: 179.

⁵⁸⁵ Dworkin 1972; Hildt 2006: 179, valamint B.1.2. fejezet. – Ezzel kapcsolatban idézem Kovács József észrevételét: Ez nem paternalizmus, hiszen a személy előzetes beleegyezésével történik. A „freedom maximizing paternalism” hasonlít Rousseau elvéhez: kényszeríteni embereket, hogy szabadok legyenek. S persze Rousseau-t ezért sok politikai filozófus a 20. századi totalitárius rendszerek szellemi előkészítőjének tekinti.

⁵⁸⁶ Dworkin 1972; Husak 1980; Hildt 2006: 179.

het úgy érvelni, hogy egy páciens korlátozott döntési képességgel rendelkezik ismereteinek szintje és/vagy betegsége révén, ezért szüksége van az orvos segítségére és támogatására ahhoz, hogy szabadságát és autonómiáját visszanyerje/elnyerje. Így lehetnek jogosak és észszerűek paternalisztikus beavatkozások olyan helyzetekben, amelyekben az érintett személy irracionálisan cselekszik, vagyis saját értékei közül némelyiknek nem megfelelő súlyt tulajdonít, vagy valamilyen okból nem saját preferenciáival és kívánságaival összhangban cselekszik. Ez különösen kockázatos döntéseknél érvényes, amikor a kockázatokat az érintett személy az adott helyzetben, betegsége körülményei folytán vagy nem helyesen fogja fel, vagy ennek kihatásait a *situáció fogságában* nem tudja helyesen értékelni.⁵⁸⁷ Példa erre, ha időben távoli, ám magasabb kockázatokat nem megfelelően vesz figyelembe az időben közeli, de alacsonyabb kockázatokkal való mérlegelésben. Ez még nem jelenti azt, hogy a páciens nem rendelkezik belátóképességgel. Olyan esetekben is lehet igazolt a paternalisztikus beavatkozás, amikor a döntéseket szélsőséges pszichikai vagy társadalmi nyomás alatt hozzák meg. Például ha valakinek öngyilkossági szándéka van, és emiatt kényszerrel alkalmaznak vele szemben.⁵⁸⁸ A fenti esetekben a paternalisztikus beavatkozás *igazolása* döntő szerepet játszik: a beavatkozás paternalisztikus cselekvés, de a személy szabadsága nem sérül, ellenkezőleg: így van biztosítva.⁵⁸⁹

Dworkin később módosította álláspontját. 1988-ban a „The Theory and Practice of Autonomy” című munkájában egy lényegesen tágabb tételt ja-

⁵⁸⁷ Kovács József hozzáfűzi: ekkor nem autonóm az illető, s nem dönthet egyedül. De ez nem paternalizmus, hanem a belátási képességgel nem rendelkező személy védelme. Csak autonóm személy autonómiáját lehet tiszteletben tartani. Ha a beteg nem autonóm, akkor a jót tevés elve és a legjobb érdek szttenderdje kell hogy érvényesüljön. – A probléma árnyaltabb: a betegség révén a situációhoz kötött korlátozott autonómia egyéb tekintetben autonóm személyeknél meglehetősen gyakori a medicina mindennapjaiban. Erre Bettina Schöne-Seifert újabb munkáiban is gyakran találunk utalást. Ilyenkor a megoldás kimunkálása a szokásosnál több aspektus figyelembevételét, vagyis nagyobb körültekintést és jóval több időt igényel.

⁵⁸⁸ Kovács József szerint ezt is egyre kevésbé fogadják ma el. Példának hozza az orvos által asszisztált öngyilkosság legalizálását az USA öt államában.

⁵⁸⁹ Dworkin 1972; Hildt 2006: 179.

vasol, amely Gert és Culver álláspontjánál is továbbmegy.⁵⁹⁰ Eszerint *a paternalizmusra egy személy döntésének egy harmadik, idegen személy révén történő kisajátítása jellemző: egy harmadik, idegen személy mások számára vagy helyettük hoz döntéseket. A paternalizmus az autonómia elhárításaként fogható fel, amikor egy személy ítéletét mások ítéletei helyettesítik. Ennek megfelelően a paternalisztikus cselekvéseknél döntő szerepe van annak, hogy az érintett személy nem szeretne ilyen módon kezelést kapni. Paternalisztikus cselekvéseknél rákényszerítenek egy döntést a személyre, vagy úgy, hogy akadályozzák abban, hogy azt tegye, amit szándékában áll megtenni, vagy úgy, hogy beavatkozás történik a döntési folyamatba. Ily módon más emberek befolyásolásának minden módja paternalisztikus jelleget kaphat. Akkor is paternalizmusról lenne szó, ha valakit arra vennének rá, hogy hallgassa meg a racionális érveket, mielőtt döntést hoz. Ezen álláspont szerint meghatározó jelentőségű az, hogy vajon a mindenkori eljárás mód arra törekszik-e, hogy egy személyre rákényszerítsék a saját ítéletüket ennek a személynek a jólléte érdekében. Ennek megfelelően más személyek autonómiájának megsértése és nem a személyek szabadságával való ütközés az, ami a paternalisztikus cselekvések legitimációs kötelezettségének az alapját képezi.*

Gert és Culver definíciója, mint láttuk, a paternalizmust egy morális szabály és egy személy jogainak megsértéseként írja le. Ez a definíció a Dworkin által példaként hozott esetek nem mindegyikét fedi le. Idetartozik pl. annak a férfinak a magatartása, aki feleségének öngyilkossági szándéka miatt eldugja a saját altatótablettáit. Ezzel a paternalisztikus cselekvéssel semmiféle morális szabályt nem szeg meg. Ugyanez érvényes akkor, amikor egy orvos paternalisztikusan kiáll azért, hogy a páciensnek több információt adjon, mint amennyit az meg akar tudni.

A paternalizmusprobléma körül kialakult különféle, nemritkán egymásnak ellentmondó igazolási stratégiák és álláspontok felvillantása annak illusztrálására is alkalmas, hogy a medicina mindennapjaiban jelentkező konkrét esetek etikai értékelése során milyen sokféle nehézséggel, valós dilemmákkal kell szembesülniük az érintett feleknek.

⁵⁹⁰ Dworkin 1988; Hildt 2006: 179–80.

Komoly nehézség az orvostársadalom idegenkedése a betegjogoktól és a páciens autonómiájától. Ez az idegenkedés összefügg a hagyományos orvosi szerep és hivatásbeli önazonosság válságba kerülésével, aminek azonban nem csak a beteg státuszának megváltozása, a páciens autonómiájának elve és önrendelkezési jogai az előidézői. Most vessünk egy pillantást az orvosi szerep és a hivatásbeli önazonosság körül kialakult bizonytalanságokra, elbizonytalanító tényezőkre. Némelyek az orvosi cselekvés „szukcesszív autonómiavesztését” látják az egyik legfontosabb fejleménynek. Egy német tanulmánykötet szolgáltatja az alapirodalmat az alábbi fejtegetéshez, amit a magyar egészségügyben érintettek tapasztalatai is megerősítenek.

3. Bizonytalansági tényezők és veszteségek a modern medicinában – orvosi perspektívából⁵⁹¹

3.1. Az orvos önmagával szemben megnövekedett kételyei: az orvosi cselekvés autonómiavesztése

Egy 1999-ben megjelent német tanulmánykötet olyan kérdéseket állít középpontba, amelyeket a szokásos orvosi etika vagy a bioetika legfeljebb marginálisan említ. A kötet szerkesztői abból a nyilvánvaló tényből indulnak ki, hogy az olyan kifejezések, mint az önrendelkezés, az autonómia, a beteg akarata bekerültek a orvosetikai normaképzés sztenderd szótárába. Ennek a fejleménynek különböző okai vannak és különböző magyarázatok adhatók rá. Megemlítendő ebben az összefüggésben a *páciens önmagával szembeni megerősödött felelőssége*, ami a szerkesztők szerint *egészségpolitikai törekvések következménye*, valamint *az orvos önmagával szemben megnövekedett kétségei*, továbbá *a specializálódott hivatásbeli kompetenciák megerősödése*, az ezáltal *megrendült hagyományos orvosi paternalizmus*, illetve a *medicinális döntések és beavatkozások nem medicinális következményeinek kibővülése*. E tényezőkre fókuszálva összegzi G. Feuerstein és E. Kuhlmann a 90-es évek fejleményeit az újabb orvosi etikában.⁵⁹²

Szerintük *a páciens akaratának előtérbe kerülése nem pusztá retorika, de nem is a realitás leképezése*. Bár az autonómia és az önrendelkezés követelményében valóban tükröződik a páciens jogainak megerősödése, de az orvos-páciens kapcsolat változásának nyomán *új megoldási minták iránti sürgető szükséghelyzet* állt elő. Ennek a változásnak egyik alapvető jellegzetessége *az orvosi cselekvés szukcesszív autonómiavesztése*. E veszte-

⁵⁹¹ Feuerstein–Kuhlman 1999.

⁵⁹² Vö. Bevezetés. In Feuerstein–Kuhlmann 1999: 9.

ség okai részben a medicinális praxis megváltozott, most említett kontextusfeltételeiben, részben a diagnosztikus és a terápiás eljárások révén előállt új helyzetekben vannak. Ezt az új helyzetet hagyományos morális normákkal nem lehet leírni és a gyakorlatban kezelni. Az embrióvédelmi törvény, a preimplantációs diagnosztika és más, genetikus teszteljárások körüli vitákra emlékeztetnek ebben az összefüggésben.

3.2. Az orvos az „egészségtechnikus” szerepében

Úgy látják, hogy hivatáspolitikai perspektívából a modern medicina pl. a humángenetikai szolgáltatási kínálat révén *kompetenciacsapdába* esett. Mert a növekvő kockázatok, az emelkedő költségek, a társadalmi következmények és etikai problémák sokasága a *nem medicinális tényezőknek (beleértve a nem medicinális kísérleteket is) a medicinális rendszerre gyakorolt mérhetetlen befolyásához vezettek*. A reprodukciós medicina példáján az orvosoknak a döntési folyamatban elszenvedett *dominancia-vesztését* Sureau 1995-ös munkájában „medical deresponsibilization”-ként (medicinális felelősségvesztésként) írja le. *Egyre inkább irányvonalak, vezérfonalak, sztenderdek és etikai bizottságok határozzák meg a medicinális cselekvés játékterét*. Az USA-ban ehhez jött még az is, hogy az ún. „malpractice crisis” megerősítette mind a jogrendszer, mind a fogyasztók befolyását. *A medicinális hivatást gyakorlók ezáltal a pusztá egészségtechnikus (health technician) szerepébe kényszerülnek, és külső szereplők által hozott szabályok szerint kell cselekedniük, s az általuk szankcionált szolgáltatási igényeket kell kielégíteniük.*⁵⁹³

3.3. Az orvosi felelősség elvesztése

A felelősségvesztés nem csak az orvosi beavatkozás exponált területein zajlik. A medicinális cselekvés kontextusfeltételei szélesebb síkon változ-

⁵⁹³ Uo. 10.

3. Bizonytalansági tényezők és veszteségek a modern medicinában...

tak meg a hivatásbeli cselekvési tér külső és belső szabályozásának játszmáiban.

Hivatásbeli síkon a kezelőorvosok felelősségvesztése és döntési autonómiájuk korlátozása következett be, ami a szakmai specializálódás előrehaladásával, az időközben extrémme vált munkamegosztással és az ezzel összekapcsolt „idegen evidenciára” való ráutaltsággal magyarázható. Ilyen idegen evidencia a haszonra irányuló indítékok egyre növekvő tere és szerepe. *A lehető legjobb ellátás helyébe az orvosilag indokolt és a gazdaságilag még megengedhető közötti ellentmondás lépett.* Eközben annak konkrét értelmezése, hogy mi az orvosilag indokolt, *a hivatásbeli orientáció és az ökonomiai kényszerek közötti egyensúlyozás* aktusává vált. Az orvos-beteg kapcsolat számára ez mindenekelőtt azt jelenti, hogy *a páciensek többé nem lehetnek biztosak abban, hogy kinek a megbízásából és képviselőjében cselekszik az orvos: az egyes beteg, a saját érdekei, a mindenkori teljesítményt kínáló rendszer vagy a biztosítási rendszer megbízásából.* Az azonban kétségtelen, hogy *egy „láthatatlan harmadik” egyértelműen növeli a súlyát az orvos-beteg kapcsolatban, s hogy mikroökonómiai indítékok és kényszerek az orvosilag indokolt lépések korlátozásához vezetnek a döntési folyamatban.*

Az orvosi autonómia erózióját nemcsak intézményi normák (vezérfontalak, irányelvek, sztenderdek stb.) és közvetlen ökonomiai kényszerek veszélyeztetik, hanem az orientációként szolgáló, „magatartáshatékony” rendszerek egyfajta titkos „kurrikuluma”.⁵⁹⁴ *A biztosítók ellenőrző tekintete és a jogi szankciók hallgatólagos fenyegetése* játszik itt kiemelt szerepet. Ez többszörösen visszás helyzetet teremt. Mert a költséghatékonyság kényszere behatárolja az orvosi autonómiát, miközben *növekszik a pácienssel szembeni felelősség nyomása s mindenekelőtt a nem megfelelő diagnosztika és terápia kockázata.*

⁵⁹⁴ Uo. 11.

3.4. Autonómia: a felelősség áthárítása a páciensre – a neopaternalista hivatáspolitikáé következménye

A páciens autonómiája ebben az összefüggésben egy látványos és csillogó fogalom. Abból indulunk ki az autonómia fogalmában, hogy a páciens mindig az orvosilag optimális és indokolt mellett dönt. Valójában azonban az eszközök szűkössége és a megszorítások miatt hiányzik a valódi páciens-autonómia materiális bázisa. Az autonómia hangsúlyozása a bioetikai vitákban elsősorban a *medicinális rendszerek elfogadottságának menedzsmentje* számára rendelkezik fontos funkcióval. Azért is, vagy éppen azért, mert *megengedi a felelősségnek a páciensre történő delegálását*. Vagyis tartalmilag tekintve *az autonómia jelentősége nem csekély részben a szimbolikájában van*.

Ugyanis a páciens kvalifikált döntése minden más, csak nem feltétel nélküli. Előfeltételezi 1. a mindenkori szituációról és a fennálló cselekvési alternatívákról való releváns tudás manipulációmentes közvetítését; 2. a közvetített tartalmak megfelelő megértésének biztosítását; 3. azt, hogy a páciens döntési folyamata nem valamiféle külső vagy elvont, hanem személyes „racionalitást” követ. Ez azt jelenti, hogy a cselekvési alternatíváknak az egyéni értékpreferenciákon tájékozódó mérlegelése, a haszon, a kockázatok és a következmények összevetése reálisan zajlik le. Ám hogy mennyire nehéz ennek a *kvalifikált autonómiának* a megvalósítása, azt jól mutatja a tájékozottságon alapuló beleegyezés mítosza körüli régen tartó diskusszió. Részben arról a végső soron empirikus kérdéstről van szó, hogy ha egyáltalán, akkor mennyire átfogóan realizálható egy autonóm és kvalifikált döntés a medicina mindennapi feltételei mellett. Részben, etikai perspektívában pedig arról az ambivalenciáról is szó van, ami a páciens akaratainak proklamált erősítésében rejlik. Mert nyilvánvalóan erős szükséglet van a medicinális rendszeren belül *a felelősség problémájának „megoldására”*. Elvégre a nyíltan paternalisztikus döntésekre nemcsak magasabb legitimációs kényszer nehezedik, hanem az ilyen orvosi döntések magukban hordozzák a törvényes szankcionálás rizikóját is.⁵⁹⁵ Tegyük

⁵⁹⁵ Uo. 12.

hozzá: a hagyományos orvosi paternalizmus visszaszorulásának egyik fontos összetevője az orvos jogi önvédelme. Kovács József a fenti állításhoz hozzáfűzte: „...ez közvetlenül lehetséges. De a jog éppen azért változott, s azért nem engedi meg többé az orvosi paternalizmust, mert erkölcsileg többé nem értünk vele egyet.” E könyv szerzője számára azonban ez az erkölcsi hozzáállás inkább ideálnak, mint valóságos gyakorlatnak tűnik a medicina mindennapjaiban.

Az orvos nem megfelelő kezelési döntése ugyanis sokkal inkább szankcionálható, mint egy nem megfelelő információ, ami a páciens akaratát a nem megfelelő kezelési döntés irányába viszi, s amit ugyanakkor ő maga saját döntéseként érzékel, akkor is, ha nem látja át minden konzekvenciájával, és a végén esetleg keservesen megbánja. Hogy milyen reális értéke lehet a tájékoztatáson alapuló beleegyezésnek a medicinális rendszer tehermentesítése számára, az nem utolsósorban a páciens előzetes rendelkezése és az intenzív terápia körüli vitákban válik világossá. Vagyis *a legyőzöttnek hitt paternalizmus nem tűnik el, hanem formaváltozáson megy át. A helyébe lépő neopaternalizmus olyan paternalizmust jelöl, amely el van rejtve az orvosi információs politika mögött* és valójában a páciens jólléte mellett, akár azzal szemben *más motívumokat is követhet*. Kovács József szerint ebben az esetben definíciószerűen nem is nevezhető paternalizmusnak, hanem inkább manipulációnak.

A kötet tanulmányai adalékkul szolgálnak a fent vázolt erős tételek alátámasztására.

Ma már a beleegyezési jog és a felvilágosítási kötelezettség normatív gyökerei Németországban az alapvető alkotmányos alapelvekben vannak rögzítve. (Nálunk az 1997-es egészségügyi törvényben található meg ezt.) *A tájékoztatáson alapuló beleegyezést napjainkban már nem fenyegeti a paternalista struktúrák hagyományos, szokásos módjaiba való visszaesés*. Ezzel szemben sokkal inkább fenyegetőek lehetnek a medicinális fejlődésből eredő olyan követelmények, amelyek szembe kerülnek a páciens önrendelkezésével. Erre példa a beleegyezési képességgel nem rendelkezők kutatásba való bevonásának kérdése, vagy az egészségügyben az allokációs problémák, vagy a genom elemzésének lehetősége. Mindez sürgős magyarázatra szorul abban a tekintetben, hogy miként lehet bizto-

sítani azt, hogy a páciens beleegyezése egy valóban szabad döntési folyamatban jöjjön létre.⁵⁹⁶

Emeljünk ki a tanulmánykötet tapasztalatokban is gazdag anyagából még néhány, a témánkba vágó gondolatsort!

Klaus Engert orvosi nézőpontból tárgyalja a tájékoztatással kapcsolatos problémákat. Meglátásai és tapasztalatai szintén a páciens *autonómiája mítoszának* valóságosságát erősítik. A tájékoztató beszélgetés ugyanis nem csak a technikai szolgáltatásoknak és a kezelőorvos jogi biztonságának a közvetítését szolgálja. Mert a kórházi mindennapok mai szokásos feltételei között szinte csak a tájékoztató beszélgetés kínálja az egyetlen lehetőséget egy bizalmi viszony létrehozására, ami az orvos és a páciensviszony központi eleme kellene hogy legyen ma is. Engert ebben az összefüggésben jelentős hiányosságokra mutat rá az orvosképzésben, ami nem vállalja a mai helyzetből eredő elvárásokat. Különböző példákon mutatja be, hogy milyen *elhárítási stratégiák akadályozzák az orvosok részéről a személyes viszony létrehozását*. Ehhez a medicina keretfeltételeinek más tényezői is hozzájárulnak, mint pl. a tartalékok elosztásának kényszerei vagy a létszámcsökkentésből eredő időhiány.⁵⁹⁷

Ellen Kuhlmann annak jár utána, hogy miként közvetítődnek a gazdasági, gazdálkodási, pénzügyi befolyások a páciensre vonatkozó terápiás döntésekben, és milyen új dinamikát hoznak létre ezek az új elvárások az orvos-beteg kapcsolatban. A teljes és az igazságnak megfelelő tájékoztatás melletti deklarációk ellenére az informálásban a páciens számára aligha kontrollálható korlátozások is jelen vannak. A gyakorlatban egy nagyon nem egységes orvosi információs politika érvényesül, amit többnyire a konfliktus kerülésének igénye motivál. Ez oda vezet, hogy a gazdaságilag *ösztönzött döntéseket medicinális megalapozási mintákba fordítják át és így közvetítik a páciens felé*. Ehhez a fordításhez járul a *felvilágosítás komolyan veendő minőségi vesztesége* – többek között a klinikai mindennapok időhiánya következtében. A *látens paternalista beállítottság* („a páciensnek nem kell érzékelnie a szűkösséget”) burkoltan lehetőséget kínál a paternalizmus olyan átértelmezéseire, amelyeket *nem a páciens jóléte*

⁵⁹⁶ Uo.

⁵⁹⁷ Uo. 13.

3. Bizonytalansági tényezők és veszteségek a modern medicinában...

motivál. Valójában a kórház gazdasági, pénzügyi és/vagy statisztikailag meghatározott és ettől is függő általános „jólléte” (pl. jó hírneve, ehhez kapcsolódó magasabb anyagi támogatás) áll meghatározó érdekként emögött.

További probléma, hogy nemcsak szűkös helyzetek hoznak létre újabb feszültségeket, hanem a túlzott ellátásra való irányultság is. Ez a jelenség gyakran érzékelhető innovatív orvosi technológiák bevezetésekor, s megnyitja az utat az önrendelkezés fogalmának homályossága és ellentmondásossága, s ilyen értelemben a páciens autonómiája mítosszá válásának irányába.

Günter Feuerstein az újabb géntechnikai szolgáltatási kínálatok expanziós dinamikáján mutatja be, miként terhelődik meg a páciens döntési szabadsága az egyéni jogok, a kutatáspolitikai motívumok, a társadalmi szükségletek és szociális kényszerek közötti „trade off” révén. *Az autonómia szimbolikája elfedi az orvos pácienssel szembeni egyéni felelőssége jelentőségének elvesztését.* Holott éppen döntési helyzetekben lenne szükség különös páciensvédelemre: a genetikai diagnosztika predikatív értéke a páciens egyéni sorsa számára csak csekély, mert a preventív intézkedések és a profilaktikus beavatkozások haszon-kockázat relációjáról való orvosi tudás bizonytalan, vagy mert a pszichikus és szociális implikációkat (stigmatizálás, diszkriminálás) nem lehet bekalkulálni. Ezért különösen a kísérleti szituációkban megkövetelendő az orvos egyéni felelőssége. A tájékoztatáson alapuló beleegyezés a felelősséget a páciensre helyezi át, miközben csak feltételesen védi őt a kockázatoktól, amelyeket a döntésével magára vállal. Ilyen esetben megfelelőbb lenne egy *gyenge paternalizmus, amely az orvosi döntések síkján helyezkedik el és az érintetteknek a kockázati tudatát erősíti.*⁵⁹⁸

⁵⁹⁸ Uo. 14.

4. Paternalizmus a modern orvosi etikában

4.1. Paternalizmus – diskurzusetikai, szisztematikus-elméleti és medicinális-gyakorlati dimenziók metszéspontján⁵⁹⁹

Bettina Schöne-Seifert a német bioetika egyik meghatározó személyisége, aki a liberális modell elkötelezettjeként sokat tett a német bioetika jelenlegi magas szintjéért, széles körű elismertségéért. Olyan etikus, aki végzett orvosként megőrizte szenzibilitását a valós mindennapi medicinális szituációk és problémák iránt. Ez a személyes motívum is hozzájárulhat ahhoz, hogy nem dogmatikus követője a liberális modellnek, hanem szembesíti ezt a modellt a páciens autonómiája kapcsán a medicina mindennapjaiban széles körben felmerülő problémákkal. Filozófusként szisztematikus elméleti igényeket képvisel e szembesítés vitapontjainak és eredményeinek bemutatásakor. Mindezek alapján érthető, hogy az orvosi paternalizmust *etikai diskurzusok, elméleti-szisztematikus ábrázolás és a modern medicina mindennapi gyakorlatának közös tárgyaként* fejtje ki tanulmányában.

a) A paternalisztikus cselekvés lényege és etikai értékelése

A paternalisztikus cselekvés szándékosan keresztezi egy másik személy kívánságait, döntéseit, cselekedeteit, még hozzá állítása szerint annak javára és érdekében. Bizonyos körülmények között ajánlatosnak tűnik egy ilyen magatartás, más körülmények között elvetendőnek, ismét más körülmények között bizonytalanok lehetünk az ítéletalkotásban, vagy megoszlik a véleményünk – fogalmaz Schöne-Seifert.⁶⁰⁰

⁵⁹⁹ Schöne-Seifert 2009: 107–127.

⁶⁰⁰ Uo. 107.

b) A paternalizmus szisztematikus tárgyalásának indokoltsága a modern orvosi etikában – az autonómia elvére vonatkoztatva

Hogy melyik helyzetben mi a megfelelő reakció és magatartás, azt nem könnyű eldönteni. A kérdések és a lehetséges válaszok szisztematizálása, megalapozása vagy adott esetben megkérdőjelezése is az etika feladata. Nem marginális feladatról van szó, mert a *paternalizmus problémája morális önértelmezésünk, etikai, jogi és politikai normaalkotásunk alapkérdéseit érinti*. A paternalizmus alapos tárgyalása előfeltételezi ellenfogalma, az önmeghatározás (autonómia) és önrendelkezés (betegjogok) koncepcionális és axiológiai tisztázását. *Autonómia* alatt általánosabb jelentésben *a döntések szintjét értjük a saját élet tervezése és alakítása kérdéseiben*. Szűkebb, sajátosan medicínális jelentésben az autonómia *az orvosi kezelésekkal szembeni vétőjog*. Tartalmilag olyasmit jelöl, amit a nyugati társadalmakban a jog és az etika az alapjogok tartalmaként, valamint egy legitim morális igény tárgyaként ismer el.⁶⁰¹

A paternalizmussal mint gyakorlati jelenséggel viszont egészen különböző cselekvési összefüggésekben találkozunk, ami mindig az adott viszonylatban szabályozandó. A biztonsági övek kötelező viselete, a bukósíksak-viselés kötelező jellege vagy a droghasználat tilalma a jogpolitika prominens példái, és ennek szabályozása rá tartozik.

A nyugati típusú medicinában az *orvosi paternalizmust* az 1970-es évektől egyre inkább etikai problémának tekintik, és ilyen értelemben folytatnak vitákat róla. Ennek a vitának ugyanakkor, részben az autonómiavitáktól eltérően, *különböző kulturális változatai vannak*. Ezzel a témával elsőként az Egyesült Államokban foglalkoztak, majd időközben bekerült a nyugati országok orvosi etikájába.

c) Paternalizmus a pszichiátriában

Különös helyet foglal el a pszichiátria a maga sajátos paternalizmuskérdéseivel, amelyek a klinikákra való nem önkéntes beutalás és a nem önkéntes kezelések kapcsán merülnek fel. A kényszerkezelés igazságügyi pszichiátriai fogalom, mely a bűnelkövető pszichiátriai betegek kötelező kezelését

⁶⁰¹ Uo. 108.

jelenti. Ettől fogalmilag és terminológiailag is elkülönül az ön- vagy közveszélyes pszichiátriai beteg nem önkéntes kezelése. Röviden szólva: egy erőszakos, mai szemszögből antihumánus pszichiátia évszázadai után a nyugati pszichiátia a 60-as évektől egyre inkább liberalizálódott, átláthatóvá vált és a betegjogokra támaszkodik.⁶⁰² Ugyanakkor a lelkiileg és szellemileg beteg emberek kezelésének természetében az is benne van, hogy ezek a páciensek azzal sem akarnak vagy tudnak egyetérteni, ami számukra ígéretes, „ésszerű” kezelést kínálna. Az, hogy mikor és miért szabad ilyen esetekben paternalisztikusan eljárni, a pszichiátia hivatásetikai alapkérdéseihez tartozik és nem a bioetikára.⁶⁰³

Schöne-Seifert ugyanakkor nyit a bioetika felé: rendkívül fontosnak tartja, hogy a paternalisztikus eljárásokat plauzibilisen és ugyanakkor *a pszichiátrián kívül eső etikai normákkal összhangban vizsgáljuk* és ilyen értelmű válaszokat keressünk és adjunk rájuk. Ennek a különös jelentőségnek az alapja a páciens és a hozzátartozók bizalmának, a pszichiáter és csapata önmagába vetett hitének és bizonyosságának, valamint a pszichiátia iránti társadalmi bizalomnak a megőrzése, illetve erősítése.

4.2. A paternalizmus meghatározása, szűkebb és tágabb koncepciója és fajtái

A paternalizmus fogalma a 19. század végéről származik, ám a fogalom mégis csak az 1970-es években került be az etika terminológiájába, ahol mindmáig különféle jelentésekben használják. Van egy tágabb és szűkebb fogalma, és részben ezzel összefüggésben egy értéksemleges és egy negatív konnotációval rendelkező fogalma.

a) Paternalisztikus cselekvés: annak a személynek a jólléte érdekében történik, akinek a döntési illetékessége megkérdőjelezhető

Az nem vitatott, hogy a paternalisztikus cselekvés annak a személynek a jólléte érdekében történik, akinek a döntési illetékessége megkérdőjelez-

⁶⁰² Magyarul vö. ehhez Kovács József alampunkáját: Kovács 2007.

⁶⁰³ Kovács József szerint ez nem így van: óriási irodalma van ennek a témának a bioetikában.

hető vagy ténylegesen meg is kérdőjelezzik azt. A döntési illetékesség megkérdőjelezésekor szó lehet valaki jóllétének támogatásáról vagy megőrzéséről, vagy valamilyen már meglévő káresemény csökkentésének szándékáról, vagy egy fenyegető káresemény megakadályozásáról. Mindezeket a változatokat a következőkben „az ő javára” formulában foglaljuk össze. Egy gondoskodó cselekvési motiváció – ami a hagyományos orvosi paternalizmus erős motívuma – önmagában még nem elegendő leírása a paternalizmusnak, hiszen lehet cselekedni valaki javára anélkül, hogy ennek saját akaratával konfliktusba kerüljünk.

b) A paternalisztikus cselekvés jellemzője az adott személy kívánságának tudatos keresztvezése

A valaki javára történő cselekvéshez társulnia kell *tudatos* motívumoknak, mint pl. a meglévő kívánságok keresztvezése vagy a döntési illetékesség megvonása. Ráadásul azt megelőzően, mielőtt egyáltalán kikristályosodtak volna a megfelelő kívánságok. *A paternalista gondoskodó cselekvési motivációja önmagában véve tehát egyáltalán nem igazolja tettét.* Elvégre egy rosszul értelmezett jóllétet is megcélozhat. S a paternalista kiskorúsítás a jóllétet morálisan nem kárpótolja.

c) Szűkebb és tágabb koncepció

A paternalizmus meghatározásában döntő lépés a paternalista által ignorált preferenciák vagy elgáncsolt cselekvések közelebbi jellemzése. *A szűkebb paternalizmus-koncepció szerint,* amelyet Beauchamp, Dworkin vagy Quante képviselnek, *autonóm preferenciákról vagy cselekvésekről kell hogy szó legyen.*⁶⁰⁴ Eközben a *tágabb koncepció,* ahogyan ezt Childress, VanDeVeer vagy Hodson képviselik, s amelyhez a szerző is csatlakozik, *nem előfeltételezi a paternalizált személy cselekvési autonómiáját.*⁶⁰⁵

Ezeket az alternatív definíciókat annak a fogalmi megkülönböztetésnek a segítségével is kifejezésre lehet jutatni, amelyet Joel Feinberg vezetett

⁶⁰⁴ Beauchamp 2009; Dworkin 1993; Quante 2002.

⁶⁰⁵ Childress 1982; Hodson 1977; VanDeVeer 1986; Schöne-Seifert 2009: 109.

be a vitába.⁶⁰⁶ Itt a kemény és az erős paternalizmus, illetve a puha és a gyenge paternalizmus megkülönböztetéséről van szó.

d) Az orvosi paternalizmus fajtái

Ezek abban különböznek, hogy az első keresztülhúzza vagy semmisnek tekinti az autonóm kívánságokat vagy döntéseket, a második viszont nem.

Mindennapi példák az erős paternalizmusra a jogpolitikában a kötelező biztosítás vagy a motorkerékpár-sisak kötelező használata, amennyiben ezeket az érintett egyének jóllétével alapozzák meg. Az erős orvosi paternalizmusra példa, ha egy súlyos betegnek a kilátásait illetően hazudnak („kegyes hazugság”), miközben ő maga kifejezetten és megfontoltan igaz felvilágosítást kért.

A gyenge paternalizmus, amely valakinek a nem autonóm kívánságait, döntéseit vagy cselekedeteit lenézi vagy keresztülhúzza, önmagában nem szokatlan jelenség. Már csak azért sem, mert a gyerekekkel való bánásmódhoz is hozzátartozik. Az anya, aki gyerekeit annak üvöltése ellenére beolttatja, vagy az apa, aki az úszni nem tudó fiát visszatartja a mély vízbe úrástól, filozófiai-etikai szempontból gyenge paternalistaként cselekednek. További példaként szolgálnak az olyan egyének, akik tudatlanság, izgatottság, mentális terheltség vagy lelki betegség révén nem képesek autonóm döntéseket hozni. Az ő autonómiadeficitjüket gondoskodó, de hozzájuk képest idegen meghatározás által kompenzálni kell. Szükséges feltételt jelentenek e paternalizmusváltozat számára az aktuálisan kinyilvánított vagy felismerhető kívánságok vagy szándékok (Hodson szóhasználatával: empirikus kívánságok vagy szándékok), amelyek nem autonómak. Itt is érvényes, hogy ez a feltétel önmagában még nem kielégítő igazolás. Mindenestre *senki nem tartja az autonóm paternalizmust megengedhetetlennek.*

Bár a szűk és a tág paternalizmus közötti különbség végül is terminológiai jellegű, két pragmatikus ok miatt mégis inkább a tágabb koncepció ajánlható. A gyenge paternalizmust a szerző, másként, mint pl. Beauchamp, etikailag nem tartja triviálisnak és érdektelennek. Szisztematikus szempontból nem lenne helyénvaló, ha a nem autonóm személyek esetében egy

⁶⁰⁶ Schöne-Seifert 2009: 110.

kívánság gondoskodó indítékú keresztvezését vagy figyelmen kívül hagyását egy egészen más diszkussziós fókba dugnánk, mint az erős paternalizmust.⁶⁰⁷ Éppen azért, mert *az autonómia és a nem autonómia közötti megkülönböztetésnek központi szerepet kell kapnia a paternalizmusvitában.*

Aki valamilyen okból a tágabb koncepció mellett dönt, az ezzel egyúttal egy értékmentes fogalomértelmezés mellett foglalt állást, ami a megengedhetlentől a morálisan ajánlott cselekvésekig egészen tág spektrumot fog át. Ráadásul a szűkebb paternalizmusdefiníció hívei is egyet tudnak érteni egy ilyen értéksemlegességgel, ha az erős paternalizmust meghatározott körülmények között megengedhetőnek tartják.

A gyenge paternalizmus egyik speciális formája az ún. *Odüsszeusz-paternalizmus*, amikor valaki egy másiknak az empirikus kívánságát keresztülhúzza, mert erre felhatalmazást kapott az érintett korábbi utasítása alapján. Hasonlóan legitimálják döntési kompetenciával rendelkező személyek egy későbbi autonómiadeficit esetére a paternalista preferencia-keresztülhúzást. Erre tipikus példa az Alzheimer-kórban szenvedő páciens, aki a betegség előrehaladására vonatkozóan előzetesen rendelkezik. A gyenge paternalizmus más formáival szemben a sajátos elem itt egy tartalmilag konkretizált paternalisztikus cselekvésre való személyes felhatalmazásban áll.⁶⁰⁸

4.3. Az erős és a gyenge paternalizmus igazolása a modern medicina feltételei között

a) Az erős paternalizmus igazolása

Az erős paternalizmusnak, azaz a páciens kívánságai ignorálásának hosszú hagyománya van a medicinában. A „kegyes hazugság” vagy a reményről való beszéd mód, miszerint azt a betegről sohasem szabad elvenni, a 20. század közepéig nem tartalmazott negatív jelentést és nem volt kritika tárgya. Ám a nyugati önmeghatározási kultúra hosszú menetelésének végül

⁶⁰⁷ Uo. 111.

⁶⁰⁸ Uo. 112.

a társadalmilag kritikátlanul elfogadott „idegen meghatározás” ezen bástyája sem tudott ellenállni.

Az erős paternalizmus sokak szemében az orvosi etikában politikailag inkorrektnek számít, és legalábbis a beleegyezés kontextusában nem egyeztethető össze az érvényes jogrendszerrel, ami az autonómiára képes személyeknek egyetértési jogot tulajdonít. Ám attól eltekintve, hogy konkrét esetben a nézetek különbözhetnek arról, hogy egy cselekvés erős vagy gyenge paternalista, a paternalizmuskérdés az alkalmazott etikai vitákban gyakran inkább az alaptörvényre való utalással, intuíciókkal vagy fogcsikorgatással tűnik megválaszolhatóknak, semmint elvi etikai argumentumokkal.

Elvileg természetesen az autonómia és a jóllét pontosításáról és megalapozott súlyozásáról van szó. Emellett nem utolsósorban arról a fundamentális kérdéstről is, hogy mi is teszi ilyen értékesé a páciens önmeghatározását. Még ha ez a kérdés és a rá adott válasz komplex is, az *erős orvosi paternalizmus két pozíciója jól megalapozottnak és plauzibilisnek mutatkozik.*

*Az első felfogás szerint erős paternalisztikus cselekvések egyes esetekben lehetnek igazoltak, ha a páciensnek csak ezáltal realizálható jólléte jelentős és egyértelmű, az autonómia megsértése pedig csekély. Az elméleti igazolás az arányossági alapelvre apellál az értékek súlyozásánál, és az alapelv alkalmazásakor a morális ítélőerőre hivatkozik.*⁶⁰⁹

*A második álláspont, amely szerint erős paternalizmus a medicinában egyetlen esetben sem engedhető meg, a páciens hiánytalanul respektált önmeghatározásába vetett bizalom aspektusát hangsúlyozza az egészségügyi ellátási rendszeren belül.*⁶¹⁰ Ezen álláspont szerint mihelyt a legártatlanabb esetekben kivétel adódna az autonómia feltétlen tisztelését illetően, minden egyes páciensnek jó oka lenne arra, hogy az egész rendszerrel szemben bizalmatlan legyen.

Schöne-Seifert számára a második álláspont három okból meggyőzőbbnek tűnik. Ezek a következők: 1. *Az értékpluralizmuson alapuló modern társadalomban, valamint a munkamegosztásos és ebből eredően anonim*

⁶⁰⁹ Beauchamp 2009; Beauchamp–Childress 2009; Schöne-Seifert 2009: 112.

⁶¹⁰ Schöne-Seifert 2009: 113.

módon gyakorolt medicinában aligha lehet elvárni, hogy pl. a jó élet nehéz kérdésében a páciensek megbízhassanak az orvosok morális ítélőképességében. 2. Az orvosok rejtett paternalista magatartásának a beteggel szemben olyan nagy a veszélye mind szerkezeti, mind tartalmi okokból, hogy helyesebbnek tűnik kezdettől fogva óvni ettől. 3. Az állítólag igazolt és mérsékelten erős paternalizmus szokásos példái arra mutatnak, hogy a páciens önmagának kárt okozó vezető preferenciái megváltoznak. Depressziós ember esetén a gondolkodási stílus megváltoztatása, a kognitív torzítások korrigálása és a gondolkodási hibák kijavítása terápiás hatású lehet.

Schöne-Seifert szerint az erős paternalizmusnak teljes egészében el kellene tűnnie a medicina társadalmilag felelős és normatív szabályozás révén átlátható gyakorlatának minden területéről. Ezzel azonban még nyitva marad a kérdés, hogy konkrét esetekben vajon nem igazolható-e az erős paternalisztikus cselekvés (pl. a sürgősségi betegellátásban vagy gyermekeknél, értelmi fogyatékossgal élőknel).

b) A gyenge paternalizmus igazolása a medicinában

A gyenge paternalizmus a hiányzó autonómia gondoskodó kompenzációját szolgálja – a páciens preferenciáinak és döntéseinek kontextusában.

Aki önmeghatározást gyakorol, annak felelnie is kell ezért a cselekvésért. Ehhez szüksége van meghatározott kognitív előfeltételekre és mindannak kielégítő megértésére, amiről egyáltalán szó van. Ha ezek a feltételek nem teljesülnek, a páciens számára káros lenne, ha egyszerűen csak hagynánk őt dönteni/cselekedni. Ahogyan egy apának vissza kell tartania úszni nem tudó fiát a mély vízbe ugrástól, és ahogy egy barátot meg kell akadályozni abban, hogy víz helyett tévedésből algatisztító szert igyon, úgy kell egy orvosnak is kezelnie meghatározott körülmények között egy páciens saját kinyilvánított akarata ellenére. Gyengén paternalisztikusan nem cselekedni meghatározott körülmények között orvosetikai gondoskodási és ellátási kötelezettségekbe ütközhet, ezért ugyanúgy megengedhetetlen a medicinában, mint az önmeghatározás megakadályozása az erős paternalizmusban.⁶¹¹ Mindez elvileg nem vitatott.

⁶¹¹ Uo. 114.

Azonban még nem határoztuk meg kielégítően azt, hogy *pontosan milyen feltételek között engedélyezett vagy ajánlott a gyenge paternalizmus*. Ehhez kapcsolódva felmerülnek kérdések mind a kielégítő *autonómiadefíciók* konceptualizálását illetően, mind a megkövetelt *kiegészítő feltételek* vonatkozásában.

4.4. A paternalizmus igazolása a modern orvosi etikában – az autonómia perspektívájából

a) Igazolandó autonómiadefíciók

A gyenge paternalizmus igazolása előfeltételezi az autonómia hiányosságának vagy hiányának az igazolását. Itt konkrétan vetődik fel az orvosi paternalizmusnak a páciens autonómiaelvvel való összefüggése. Utaljunk ebben az összefüggésben arra, amit a B fejezetben tárgyaltunk. Láttuk: az autonómiaelv részletes bioetikai elemzései és megalapozásai a liberalizmus hagyományában Beauchamp, Faden és Childress munkáiban találhatóak.

Az első kérdés az, hogy cselekvési vagy személyautonómiáról van-e itt szó.

Schöne-Seifert állásfoglalása a következő: mivel az autonómián alapuló önmeghatározás szisztematikus helye a bioetikában a páciensek döntéseiben van, ezért az említett szerzők figyelmüket a konkrét döntési helyzetekben való autonómiára irányítják. Nem az autonóm személy átfogó koncepciójáról van tehát szó náluk. Sőt autonóm személyek konkrét esetben nem autonóm módon is cselekedhetnek, akár ignoranciából, akár kényszer hatása alatt.⁶¹²

Ez az álláspont az ún. *globális autonómia helyett a pontszerű autonómiára szorítkozik*. Ez azonban nem ellentmondásmentes. Ezzel szemben Quante szerint az egyik fajta autonómia nem explikálható a másik nélkül. Ehhez a vitához Schöne-Seifert azt fűzi hozzá, hogy a többi szerző sem vitatja a pontszerű és a globális ítélő- és belátóképesség közötti tényszerű és fogalmi összefüggést, s egyetértenek abban, hogy ha az utóbbi teljesen

⁶¹² Quante 2002, magyarul Quante 2010a Ötödik fejezet, 136–191.

hiányzik, akkor az előbbi is hiányzik. Nem annak a nehéz kérdésnek járnak utána, hogy mi lenne egy autonóm személy egészében véve, hanem megelégednek a pontszerű autonómia elméletileg egyszerűbben és könnyebben operacionalizálható követelményével. Kézenfekvő, hogy ez az autonómia tartalmi és szituációs-specifikus, és a mindenkori adott esetben vizsgálendő. Ám az nem világos, hogy vajon az ehhez szükséges képességek csak a belátási és döntési képességekre korlátozódnak, mint pl. Beauchamp-nál, vagy többet fognak át.

A személy autonómiája helyett az autonóm cselekvésről és ennek komponenseiről van itt szó.

Faden, Beauchamp és Childress széles körben elterjedt javaslata szerint a páciens döntésének 1. szándékoltnak kell lennie ahhoz, hogy egyáltalán saját cselekvésnek számítsa. E meglehetősen triviális követelmény mellett kiegészítésként teljesülniük kell a cselekvő és cselekedete számára az alábbi szükséges és együttesen kielégítő feltételeknek, hogy a döntési autonómia realizálódjon: 2. releváns döntési képesség/kompetencia, 3. annak megértése, amiről szó van, 4. az ellenőrző idegen meghatározástól való mentesség.

Hangsúlyozzák, hogy a 2., a 3. és a 4. elem, valamint az eredményként adódó „összfogalom” *graduális* természetű. Ez a fokozati jelleg azt is jelenti, hogy e követelmények egyikének esetében sem kell teljesülnie a teljes körű, kimerítő meghatározásnak. Ahhoz, hogy a páciens autonóm módon, ilyen értelemben legitimálisan beleegyezzen egy kezelésbe, nem kell kiemelkedő intellektuális képességekkel rendelkeznie, nem szükséges a javasolt kezelést, a következményeit, a kockázatokat és az alternatívákat minden részletében ismernie, és a döntést harmadik, idegen személy beavatkozása nélkül kell meghoznia. Elegendő, ha mindezt „*kielégítő*” mértékben teszi: *kielégítően autonóm módon dönt*. E határ kijelöléséhez meghatározandó a megfelelő küszöbérték, amely nem magas elméleti elvárásoknak tesz eleget, hanem a „megfelelő” szokásos köznapiság jelentésének.

A saját felelősséggel felruházott cselekvés e minimális követelményei mögé bizonyára senki nem akar visszalépni ebben a diszkusszióban – ám ezen túlra igen. A viták az autonómia racionalitás- és/vagy autenticitásfeltétele körül zajlanak, s lényegében akörül forognak, hogy vajon a cselekedetek/döntések csak akkor kielégítően autonómak-e, ha jól megfontoltak és/vagy

tartalmilag koherensek az érintett személy vágyaival, meggyőződéseivel és értékképzeteivel. Ezek az aspektusok közel állnak egymáshoz: aki jól megfontoltan dönt, az saját meggyőződése alapján teszi ezt, és fordítva: úgy tűnik, az értékkoherencia intuitív ítélet és döntés révén lehetséges. E kiegészítő követelmény ellenzői és támogatói közötti vitában elsősorban arról van szó, hogy vajon az értékelési koherencia és az alapos megfontolt-ság követelménye nem túlzó, a mindennapi gondolkodásunk és intuíciónk számára idegen, intellektualista elvárás-e?

Az első kifogást plauzibilissé lehet tenni, ahogy Quante kidolgozta.⁶¹³ Mégpedig azáltal, hogy az evaluatív koherencia előzetesen reflexív formája jóváhagyásra kerül. A második kifogás azonban nehézséget okoz, leg-alábbis liberális perspektívából. Saját magunk és mások tapasztalatából is jól tudjuk, hogy az értékkoherens és ebben az értelemben autentikus cselekvés sok embernek szubjektíve fontos. Az életet „saját” módon vezetni – ez az életigenlés és az önértékezés fontos forrása lehet. Ha ezt másoknál jóváhagyjuk, az a személyek tiszteletének kifejezése. De mindez nem kell, hogy feltétlenül így legyen. Némelyek szeretnének elszakadni régi máiktól és ítéleteiktől, és senki nem lehet morálisan jogosult arra, hogy ebben megakadályozza – így érvelne egy konzekvens liberális. *Egy személy autonómiájának tiszteletét rendszerint, de nem minden egyes esetben védelmezni kell.* Ennek a normatív különbségtételnek fogalmilag is kifejezés-re kell jutnia.

Az a képesség, hogy értékkoherensen döntsünk, az autonóm cselekvés-ről alkotott képzetünkhöz tartozik, ahogyan ezt DeGrazia és Quante Beauchamp és mások ellenében képviselik. Ez különösen világosan megmutatkozik abban, hogy a kognitíven fitt páciensek, akiknek beteges érzelmi zavarai a saját értékeik mentén való orientálódást megzavarják, döntéseiket nem autonóm döntésekként élik meg. Úgy tűnik, hogy *a pontszerű cselekvési autonómia plauzibilis előfeltétele nem a döntések faktikus értékkoherenciája, hanem az a képesség, hogy ezt létrehozzuk.* Ez a modell Dworkin és Frankfurt nézeteihez kötődik.

⁶¹³ Schöne-Seifert 2009: 116.

*Autonómiadeficit*ek a más személyekkel való gyenge-paternalisztikus érintkezésben három szinten léphetnek fel: e személy képességeinek hiányaként, e személy releváns ignoranciájaként, e személynek egy harmadik, idegen által történő meghatározásaként.

Orvosi kontextusban a következőzről van szó: ha egy személynek fontos információk hiányoznak az előtte álló döntéshez, vagy a hozzátartozói erős nyomást gyakorolnak rá, mindez még nem ok arra, hogy az orvos döntson.⁶¹⁴ De oka annak, hogy ezt a deficitet meg kell szüntetni. Viszont a páciens képességein csak keveset tud változtatni az orvos. Nem véletlenül tartja Beauchamp a kompetenciát, azaz az *autonóm cselekvés képességét* a cselekvési autonómia feltételének.

A cselekvésben történő önmeghatározással együtt a cselekvés következményeivel szembeni *felelősség* átvételére is sor kerül. Ahhoz, hogy a cselekvő ezt a felelősséget képes legyen magára vállalni, *birtokában kell lennie meghatározott kognitív és lelki képességeknek*. Ezt az etikában éppúgy nem vitatják, mint a jogban. Mind a két területen ugyanazokat az előfeltételeket várják el: az érintett személynek abban a helyzetben kell lennie, hogy releváns információkat megértsen, észszerűen feldolgozza azokat, és mindennek mint háttértudásnak a birtokában meghozza a döntést. Bizonyos pácienscsoportnál, pl. gyermekeknél, kómában lévőknél vagy jelentős szellemi deficittel rendelkező embereknél nyilvánvalóan hiányoznak ezek a képességek. Normális esetekben azonban feltételezzük ezen képességek meglétét. Ha felmerül a *nem kielégítő belátási képesség* gyanúja, ami mindig konkrét helyzetben és konkrét döntésre vonatkozóan ítélandó meg, akkor ez adott esetben akár professzionálisan felülvizsgálandó.

Miközben Beauchamp és mások elsősorban a *kognitív elemeket* elemzik, más szerzők további képességeket követelnek. Schöne-Seifert szerint észszerűnek tűnik, hogy az *önértékelés képességét* egyértelműen az autonóm cselekvés feltételévé tegyük. Azzal a nézettel, miszerint ez a képesség tisztán kognitív lenne és a fent vázolt feltételekkel *eo ipso* együtt lépne fel, szemben áll a depresszív beteg példája, aki ugyan kezelési opciói vonatkozásában mindent ért, ám mindez számára teljesen közömbös.

⁶¹⁴ Uo. 117.

A cselekvési és döntési kompetencia másik komponense az *irányítási képesség*. Beauchamp és mások a hibás „önirányítás” problémáját csak az ellenőrző idegen irányítás összefüggésében vizsgálják. Itt olyan esetekről van szó, amelyekben a pácienseket döntéseikben egy kívülálló személy irányítja, kényszer vagy manipuláció révén. Az olyan eseteket kizárjuk, amelyekben az emberek kezdettől fogva nem képesek saját maguk irányítására. Ilyenek lehetnek a gyermekek vagy az értelmi fogyatékosággal élők, akiknek az önirányítási képessége más kognitív vagy pszichés képességekkel együtt hiányzik, ezért az autonómiaképesség megítélésakor nem sajátosan irányítási deficitről van szó.

A pszichiátriában is lehet szó az önirányítási képesség izolált zavarairól, pl. a félelem és a kényszerképzetek területén. Nem véletlenül vitatéma az irányítási képesség vagy akaratképesség mind a jogi, mind a döntési autonómiáról folytatott pszichiátriai vitákban. Ennek eredménye az elementáris autonómiaképességek listája, amely négy készséget azonosít be, amelyekkel egy személynek rendelkeznie kell ahhoz, hogy autonóm módon cselekedhessen, illetve dönthessen, mégpedig

1. a megértés,
2. a feldolgozás,
3. az értékelés,
4. az önirányítás képességeit.

A döntési kompetenciának (a részkompetenciák kötegének) *kontextusérzékenynek* kell lennie. Ennek igazolása azon alapul, hogy a kompetenciahiányosságok nemcsak graduálisan formálódhatnak ki és ingadozhatnak, hanem gyakran pontszerűen, pl. a beteg örületképzeteiben. Ezért csak akkor van jelentőségük, ha közvetlen összefüggésben vannak azzal, amiről dönteni kell.

b) Autonómiakompetencia mint gatekeeper-feltétel

Az előző megfontolások világossá tették, hogy a kompetencia a vizsgált összefüggésben *normatív* fogalom. A kompetenciára vonatkozó lazítások vagy gyengítések arra valók, hogy tisztázzuk: miként kell bánni ezzel vagy azzal a pácienssel a továbbiakban. A kompetencia szükséges alkotóelemeknek minden rögzítése, valamint ezen elemeken belül a küszöbérték

csekélyebb vagy kielégítőnek tekintett kiformalódásának minden rögzítése a páciens kettős védelmét szolgálja: egyfelől a saját magának okozható sérülésektől való védelmet, amiért voltaképpen nem is felelős, másfelől a nem jóváhagyott idegen (orvos, ápoló, gondozó) meghatározástól való védelmet.

*A túl sok és a túl kevés paternalizmus közötti egyensúly túlnyomóan a kompetencia definíciója és ennek rögzítése révén érhető el.*⁶¹⁵ Ez érvényes a beteg kompetenciájára vonatkozó formális vagy informális ítéletekre és ezek gatekeeper-funkciójától függ. Ezzel szemben a többi autonómiafeltétel, amelyek bizonyos mértékig csak ezen előzetes szortírozás után lesznek relevánsak, előzetes adottságként szolgálnak a terapeuták, a gondozók vagy a hozzátartozók számára, és ezek magatartásában realizálódnak. Mégpedig érthető felvilágosítás, a manipulatív magatartásról való lemondás és egy idegen által gyakorolt pszichológiai kényszer iránti érzékenység révén. Az információs követelmények megállapítása, felállítása és a döntési szabadság értelmezése normatív egyensúlyra törekvő aktusok – s éppen nem a túl sok és a nem túl kevés paternalizmus között helyezkednek el.

Nem lehet azon csodálkozni, hogy a kompetencia a nemzetközi irodalomban rendkívül vitatott fogalom. Nemcsak a komplex deskriptív tartalom miatt, hanem éppen a paternalizmus kérdésében történő váltás értelmében. Miközben egy kompetenciakoncepcióhoz és küszöbértékéhez való ragaszkodás mindig normatív konzekvenciákkal jár, addig a megfelelő kritériumok kidolgozása túlnyomóan pszichopatológiai feladat, és egy konkrét páciensnek ennek fényében történő megítélése tisztán klinikai-empirikus ügy.

Ugyanakkor elméletileg nem rejtélyes, amiről itt szó van: *gyenge-paternalisztikus cselekvés akkor igazolható, ha a páciensek releváns autonómia-deficitet mutatnak.* Gyermekek, tudatzavaros páciensek, értelmi fogyatékossgal élők eseteiben izolált kompetenciacsökkenéssel rendelkező páciensek a paternalisztikus idegenmeghatározás elsődleges címzettjei. De nem csak ők. Ám hogy ki számít ide, azt végső soron a *kompetenciaküszöb rögzítése* határozza meg.

⁶¹⁵ Uo. 119.

A mindenkori paternalisztikus cselekvést még egy további feltételnek kell igazolnia.

4.5. Orvosi cselekvés a páciens jólléte érdekében: a paternalizmus szubjektivista interpretációja az autonómiaelv alapján

P páciens *autonómiadeficitje nem jelent teljes szabadságot* P-nek jó értelemben vett idegen meghatározásához P saját jólléte érdekében.⁶¹⁶ P kezelését a megfelelő evidenciák fennállása esetén *elsődlegesen a vélelmezhető akaratahoz kell igazítani*, és *csak kiegészítően az interszubjektíven értett páciensjólléthez*. Így hangzik az orvosi etika liberális krédója, amihez Schöne-Seifert is csatlakozik, és ami általában a medicina gyakorlatában is érvényesül a helyettesítési döntések igazolásánál. Ám a paternalisztikus cselekvés lényege, hogy a páciens akarata ellenére és az ő adott esetben nem elvárható egyetértése nélkül történik. Ez megnehezíti a paternalisztikus cselekvés elfogadását, történjen ez jogosulatlan differenciálatlanságból vagy a kiterjesztéssel szembeni jogos bizalmatlanságból. Nemcsak az erős, hanem a gyenge paternalizmust is könnyen érezzük erőszakosnak vagy tiszteletlennek – sokkal inkább, mint a megnyilatkozásra képtelen páciens kezelését.

Egy világosnak tűnő javaslat úgy hangzik, hogy gyenge-paternalisztikus cselekvés csak akkor engedhető meg, ha jelentős kárt hárít el. Ám ez a feltevés kizárná azt, hogy valakinek meg lehet spórolni pusztá kellemetlenségeket paternalisztikus beavatkozások révén. Ez nem tűnik plauzibilisnek. Mert mi is szól elvileg az ellen, hogy egy zavarban lévő páciens megakadályozzunk egy penészes zömlé elfogyasztásában, amitől „csak” hasfájása lenne?

Meggyőzőbb az a követelmény, hogy P páciens ezzel a konkrét idegen meghatározással hipotetikusán egyetértene, ha kompetens lenne. Ha meggondoljuk, milyen valószínűtlen az, hogy ehhez pozitív támpontokat nyer-

⁶¹⁶ Uo. 120.

jünk, mert a páciensek egyszerűen nem gondoltak bele vagy nem beszéltek erről, akkor ebben jó okot láthatnánk arra, hogy az igazolási terhet megfordítsuk: kielégítő lehet az, hogy a kifogásra nem rendelkezünk evidenciákkal.

Csak utólag lehet felállítani egy interszjektív sztenderdet, miután ezek a sejtések elvi vagy kontingens okokból eredménytelenek maradnak. Ez a követelmény megfelel annak, ami a bioetikában általános konszenzus a legitim helyettesítési döntések (surrogate decision-making) számára.⁶¹⁷ Eszerint a helyettesítési döntéseknek, amennyire csak lehetséges, *meg kell felelniük a páciens vélelmezhető akaratának, saját meggyőződésének és értékeinek az „autonóm időkből”*.

A megalapozott vélelmezésekhez arról, hogy mit kívánt volna a már nem kielégítően autonómiaképes páciens, szükségünk van támpontokra azokból az időkből, amikor ez a páciens autonóm döntéseket hozott, releváns meggyőződéseket vagy értéképzeteket nyilvánított ki, vagy indirekt módon kifejezésre juttatott. Hozzá tartozók, barátok vagy bizalmát élvező orvosok, akik ezeket a vélelmezéseket állítják, megkísérelnek utánajárni egy gondolatkísérlet menetében annak, hogy hogy döntött volna feltehetően, hipotetikusan a páciens. A cél a nem kielégítően autonómiaképes páciens számára *értékköherens döntés meghozatala*, amit azonban a gyakorlatban nem mindig egyszerű megvalósítani.

A páciens kívánságainak ignorálásával szembeni, már megnevezett agályok alapján fontos, hogy *a túlzottnak tűnő idegen meghatározás aspektusát is hipotetikus egyetértés tárgyává tegyük*, vagyis rákérdezzünk arra, hogy P (kompetens állapotában) egy ilyen gondoskodó kiskorúsítást elvileg megengedne-e, vagy inkább elutasítana.

Némely esetben ez értelmetlen. A megfelelő gondolatkísérlet ugyanis feltételezi, hogy P kompetenciájában csupán olyan hézag van, amit a jelzett módon át lehet hidalni. Ezért ez az igazolási stratégia tiltandó mindazon betegeknél, akiknél a hipotetikus kompetencia empirikusan nem támogatandó fikció marad, legyen akár arról szó, hogy még soha nem voltak kompetensek (kisgyermek, súlyos értelmi fogyatékossgal élő páciensek),

⁶¹⁷ Uo. 121.

vagy arról, hogy már soha többé nem lesznek kompetensek (súlyos demens páciensek). Ezekben az esetekben *a helyettesítési döntésekre vonatkozó általános konszenzus szerint kell eljárni, és a páciens az interszubjektíve legjobb érdekek sztenderdjei szerint kezelni.*

Schöne-Seifert gondolatmenete *a páciens jóllétét szolgáló orvosi cselekvés szubjektivista interpretációja kíván lenni. Meggyőződése szerint tisztán „objektív” jólléti paraméterek a modern medicina mindennapjaiban immár nem vagy egészen kivételes esetekben tarthatók. A páciens autonómiájának elve, a betegjogok és ezeknek tiszteletben tartása a konkrét helyzetre és személyre alkalmazott igazolási és mérlegelési kötelezettségeket ró az orvosra. Ily módon a morális felelősség és az etikai kompetencia a modern orvoslás megkerülhetetlen komponensei és aspektusai...*

KITEKINTÉS

A vázolt társadalmi és medicinális változások, etikai szempontok és viták releváns tényezőinek mérlegelése alapján jó esetben is csak ideiglenes, egy sor bizonytalansági tényezővel terhelt választ lehetne adni arra a kérdésre, hogy vajon hogyan ítélné meg a jelenlegi helyzet a paternalizmus és az autonómia viszonyát illetően az orvos-páciens kapcsolatában, és mi prognosztizálható a magyar medicinában. Első pillantásra úgy tűnhet, hogy az érintettek többsége, még ha fogcsikorgatva is, de elfogadja, vagy úgy tesz, mintha elfogadná a jelenlegi állapotokat, beleértve az egészségügyben elterjedt hálapénzt. Más megoldásokra inkább egyéni életstratégiákban lehet jellemző példákat találni: az orvosok és az ápolószemélyzet elvándorlása, vagy a páciensek részéről a magánrendelők választása (vagy manipulatív odakényszerítése) tipikus példák erre. A kérdés így már nem is annyira az, hogy az egészségügy jelenlegi helyzete Magyarországon az erős paternalizmusnak kedvez-e. A *hálapénz* elvárásának, elfogadásának gyakorlata eleve nem is etikai, hanem büntetőjogi kérdés. Ez a szindróma tehát *nem az orvosi paternalizmus jelentéstartományába tartozik*.

Szélesebb perspektívából a 20. század utolsó évtizedeinek a modern medicinában zajló fejleményei alapján is úgy tűnik: az autonómia elve, az önrendelkezési és beleegyezési jog nem helyettesítik és nem váltják le az orvosi cselekvés paternalisztikus elvét, a jót tevést. Ez a medicina alapvető tényezője volt és maradt. Ezen túl a paternalisztikus attitűdnek a magyar társadalomban hagyományosan erős beágyazottsága van.⁶¹⁸ Kétségbevonhatatlan tény: az orvosi paternalizmus legfőbb fundamentuma, az orvos

⁶¹⁸ A rendszerváltáson átívelő, a megváltozott viszonyokhoz alkalmazkodó, sajátos értékrendje van a magyar társadalomnak, amelynek egyik jellemző vonása a paternalizmus. Ehhez vö. Tóth 2009.

szakmai kompetenciája fenntartja az aszimmetrikus viszonyt az orvos-páciens kapcsolatában a modern medicina feltételei között is. Ám ez többé nem azonos a hagyományos orvosi paternalizmussal, ami a jót tevés és a károkozás kerülésének elvére, az orvos teljes és kizárólagos felelősségére és kompetenciájára épült. A (gyakran speciális) szakmai kompetenciára összpontosító újabb orvosi paternalizmus a modern medicina fejleménye. Ebben a paternalizmusban a páciens jólléte érdekében végzett cselekvéseknek (diagnózis, beavatkozás, prognózis) vitathatatlannul van alapja, értelme, egyéni és társadalmi, morális és etikai értéke. Eközben a szakmai kompetencia megoszlása, ami a specializálódás és a technológiai fejlemények következménye, újabb kérdéseket vet fel arra vonatkozóan, hogy a munkamegosztás újfajta rendszerében pontosan ki, milyen pozícióban lévő orvos az, aki a különböző speciális vizsgálati eredményeket, prognózisokat, javallatokat stb. koordinálja, és megfelelő szakmai rálátással, ítélőképességgel, valamint szakmai és emberi felelősséggel rendelkezik a páciens mint személy fizikai és lelki, azaz *teljes jólléte* vonatkozásában. A jelenlegi gyakorlatban többnyire a háziorvosra hárul ez a komplex feladat, aki szakorvosi véleményekre támaszkodva, saját szakmai tudása, tapasztalatai, lelkiismerete és ítélőképessége, valamint felelősségtudata mozgósításával ad a páciensnek további útmutatást az életvezetésre vonatkozóan. A kórházakban az osztályos orvos koordinálja a különböző érintett speciális vizsgálati eredményeket, terápiás javaslatokat. Ám ő a pácienssel nincs vagy alacsonyabb szinten van személyes kapcsolatban, mint a háziorvos. A *háziorvos és az adott osztályos orvos/szakorvos közötti együttműködés*, a háziorvosnak a szakorvosokkal való szorosabb kooperációja tűnik a modern medicina útvesztőiben lehetséges kiútnak, amennyiben a páciens jólléte nemcsak deklaráltan, hanem valóságosan is kiemelt érdek. Egy effajta együttműködés optimális esetben *nem a páciens feje fölött vagy háta mögött történik, hanem az ő bevonásával és aktív részvételével.*

Így a *modern orvosi paternalizmusba beemelhetők és gyakorolhatók a páciens tájékoztatáson alapuló beleegyezése, ami egyúttal autonómiájának megnyilvánulása és a betegjogainak érvényesítése.* Egy ilyen modell kidolgozása és a medicina mindennapjaiba történő átültetése azonban még várat magára. Ehhez meg kell teremteni a megfelelő érdekeltségeket, motivációkat, átlátható kapcsolati formákat és számonkérhető szakmai-etikai

és jogi normálásokat. Nagy kérdés, hogy vajon az érintettek nyitottak és hajlandók lennének-e egy ilyen mélyreható átállásra.

Világos, hogy ez a paternalizmus nem azonos, nem is lehet azonos a hagyományos orvosi paternalizmussal: ettől alapvetően megkülönbözteti a specializálódott medicinális szakmai kompetencia és a megosztó felelősség, valamint a kooperáció különböző elemei és szintjei, amelyek a hagyományos orvosi paternalizmusban nem releváns tényezők. Ezen túl a modern medicina orvosi paternalizmusát nem medicinális tényezők is alakították és alakítják: mindenekelőtt a modern társadalom értékvilága, intézményi és jogrendszere, aminek eredményeként a betegből páciens, személy és polgár lett, megfelelő jogokkal felruházva. Az orvosi hivatást ebben az átalakulásban komoly veszteségek érték és érik. Ám e változások egyúttal új kapcsolati és együttműködési formák kidolgozásának és működtetésének a lehetőségét kínálják és ennek elkerülhetetlenségét prognosztizálják. A páciens bevonása és aktivizálása (ami a preventív medicinában már zajlik egy ideje), együttműködésre ösztönzése, miként az orvosok és az egészségügyi személyzet szervezett és hatékony kooperációja fontos elemei az új együttműködési formáknak. Az ilyen irányú átrendeződést ki is fogják kényszeríteni a medicina állandóan bővülő technológiai fejleményei és a szakmai specializálódás feltartóztathatatlan folyamatai, valamint a páciensek egészségtudatának erősödése, betegjogaikról szerzett ismereteiknek bővülése.

Mindent egybevetve: a modern medicinában *az orvosi paternalizmus olyan gyenge/mérsékelt változata tűnik a páciens autonómiájának elve és a betegjogok mellett fontos tartópillérnek, amely szinte kizárólag a szakmai kompetenciára alapozódik.* E paternalizmus lényegétől idegen a páciens kiskorúsítása. Elsődleges célja a páciens teljes (fizikai és lelki) jólléte, ez vezeti az orvos cselekedetét az orvos-páciens kapcsolat interakciós és kommunikációs tereiben. E terek ugyanakkor többé már nemcsak az orvosi cselekvés terei, hanem egyúttal a páciens betegjogai és személyiségi jogai tiszteletben tartásának és érvényesítésének az interakciós és kommunikációs terei is. E közös, egymással megosztott terek lehetővé teszik és támogatják a kölcsönösségen alapuló együttműködési formákat, a kölcsönös tiszteletet, beleértve a páciens autonómiájának respektálását. A modern medicina ezen alapvető jegyei az orvosi paternalizmust átfomálták és még

inkább át fogják formálni. Úgy tűnik tehát: az autonómia elve, az önrendelkezési és beleegyezési jog nem helyettesítik és nem váltják le az orvosi cselekvés paternalisztikus elvét, a jót tevést, hanem *kiegésztik*. *A két elv egyfajta ambivalenciákkal teli együttélése irányába mutat számos fejlemény a modern medicinában.*

Komoly okok szólnak amellett, hogy a *medicinának az etikai/jogi normatív jellege, s nem kizárólag a technikai profílja kap meghatározó szerepet a jövőben.* Az ellátás minőségét egy adott intézményben nem kizárólag a technológiai felszereltsége, még csak nem is a rendelkezésre álló szaktudás önmagában, hanem *a páciensekkel való bánásmód, valamint az egészségügy összes érintettje, szereplője* (beleértve a páciens, hozzátartozóit, képviselőjét) *közötti együttműködési formák mikéntje* fogja megadni.

Ez a váltás részben annak *a bizalomnak a mértékétől függ,* amelyet egy adott társadalom az egészségüggyel szemben és a páciens az orvossal szemben kifejez. Ennek a bizalomnak az elnyerése és védelme azonban előfeltételezi, hogy minden szereplő számára felismerhetően *a szakmai kompetencia mellett a többszereplőssé vált/váló medicinális gyakorlat etikai reflexiója,* valamint a megfelelően *megosztott felelősség és az összes érintett közötti együttműködési formák* együttesen vezetik a döntéseket és cselekvéseket a medicina interaktív és kommunikációs tereiben.⁶¹⁹ Innen nézve fontos annak hangsúlyozása, hogy a tájékoztatáson alapuló beleegyezésnek és az ehhez kapcsolódó felvilágosítási és döntéshozatali folyamatoknak, mint a modern medicina alapelemeinek, a medicina jövőjére nézve az a fő célja, hogy *lehetővé tegyék a páciens számára az autonómiának az adott társadalmi-kulturális és medicinális keretek között lehetséges magas szintjét.*

Visszatérve *a medicina magyarországi helyzetéhez,* hívjuk fel a figyelmet arra, hogy az orvos-páciens kapcsolat kereteiben nyilván nem lehet megoldani az egészségügyi intézményrendszer finanszírozási gondjait. Az orvos fizetése sem ennek a kapcsolatnak a keretében megoldandó probléma. A valóságban azonban a magyar egészségügyben dolgozók nem jelentéktelen része a páciensre hárítja át ezt a problémát, és vele fizeteti meg

⁶¹⁹ Wolff 1989, 2006: 210.

azt, amit a munkaadójától nem kap meg – ráadásul busásan. Ez is az anómáliákkal teli állapotok egyik tipikus szindrómája. Egy jellemző eset erre: az egyik egyetemi város kórházában a műtét utáni napon a páciens meg akarta köszönni (borítékkal) a helyettesítő orvosnak azt, hogy párszor ránézett. Ti. a műtétet végző orvos közvetlenül a műtét után, még az altató hatása alatti állapotában közölte a pácienssel, hogy külföldre utazik. Másnap meg akarta köszönni a gesztust a helyettesítő orvosnak, mert valóban hálás volt azért, hogy nem hagyta teljesen magára, párszor rányitotta az ajtót és váltott vele néhány szót. Az orvos, miközben eltette a borítékot, megjegyezte: „nagyon kevés a fizetésünk”. A páciens megdöbben ezen a szerinte nagyon nem odaillő megjegyzésen, de nem volt ereje folytatni a beszélgetést. A helyettesítő orvos alapvetően tévedésben volt az adott helyzet etikai megítélésében: azt juttatta a páciensnek kifejezésre, hogy neki jár hálapénz, de nem azért, mert többletteljesítményt vagy gesztust gyakorolt, amit a beteg meg akart hálálni, hanem azért, mert alulfizetett. Márpedig az *alulfizetettséget nem a páciensnek kell kompenzálnia*. Az nagyjából rendben van, hogy a MOK etikai kódexe a hálapénz okát az orvos alacsony fizetésében jelöli meg. Ezt érdekképviseleti szervként a mindenkori kormányzat felé képviselheti is, sőt: ezt el is várja az orvostársadalom, amely finanszírozza a MOK-ot és tisztségviselőit. Kérdés azonban, hogy ugyanezzel kell-e érvelni a páciensek felé. S vajon etikailag helyes-e, ha egy már nem fiatal orvos a nyugdíjaskorú páciensnek a fenti magyarázatot adja? Az viszont méltánylandó, hogy az orvos nem vette természetesnek, hogy hálapénzt kap.

Kínálkozik egy elmozdulási lehetőség az orvos-páciens kapcsolat keretében a medicina színvonalának javítására. Ezt éppen *az etikai normálásban, valamint az érintetteknek az önképében és magatartási mintáiban való alapvető változás társadalmi igénye* és a más országokban már kimunkált modellek és magatartási minták kínálják. Ezt a civilizációs kihívást és az erre adható válaszlehetőségeket fentebb tárgyaltuk. Konkrét gyakorlati lépés kínálkozik erre az orvosképzésben, ami a képzés egészének költségeit tekintve nem különösebben pénzigényes. A biomedicinális képzésnek a kibővítése és részben tartalmi átalakítása/kiegészítése a bioetika komplex társadalmi-kulturális látásmódjával, az ebből nyerhető ismeretekkel az orvos és a páciens kapcsolatának korszerű modelljeiről egy ilyen változási

igény kielégítését megfelelően szolgálná. Ennek a szemléletnek a modern orvoslás számára várható hozadéka ugyan nem azonnal térül meg, és nem a hálapénzen mérhető. De nem is ez a cél. Ám a megtérüléséhez nem fér kétség: a medicina, benne *az orvos-páciens kapcsolat mintaadó szerepe, bár más jelentésben, de visszanyerhetné magasra értékelt státuszát a magyar társadalom jelenkori modernizációs folyamatában.*

Sok minden függ attól is, hogy miként és mikor kerül sor az egészségügy égető gondjainak és a mélyebb, szerteágazó strukturális problémáknak a megoldására. S attól is, hogy a hálapénz kérdése végre a helyére kerül-e, s az lesz-e belőle, ami fogalma és lényege szerint lenne, vagy pedig megmarad tömegesen adóztatlan, aránytalanul magas, törvénytelen jövedelemforrásnak és társadalmi előnyszerzési formának – az orvostársadalmat is erősen megosztva, a páciensek jelentős részét anyagilag károsítva, s nem utolsósorban a magyar társadalom erkölcsi érzékét rombolva.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ez a könyv a Westfälische Wilhelms-Universität Münster „Normenbe-gründung in Medizinethik und Biopolitik” elnevezésű projektje keretében készült, ahol 2012 és 2016 között több hónapon át vendégkutatóként dolgozhattam. Ezért a kiváló lehetőségért és a számos alkalommal tapasztalt bizalomért köszönettel tartozom a projekt vezetőinek. Minden kollégának végtelenül hálás vagyok az érdeklődésért, a türelemért és segítőkészségért, amit kutatásaim során tanúsítottak.

A magyar kollégák közül külön köszönet illeti dr. Kovács József bioetikust, a SOTE egyetemi tanárát, akinek szakmai kompetenciáján túl megnyilvánuló jóindulatú biztatása nélkül ez a könyv talán nem is készült volna el. Köszönetem további címzettjei filozófus kollégáim, akik a kézirat korábbi változatát olvasták, és segítséget nyújtottak a végleges változat kialakításához: Bánfalvi Attila és Loboczky János. Köszönettel tartozom a kiváló, széles körű tapasztalatokkal rendelkező belgyógyásznak és házi-orvosnak, régi barátomnak, dr. Erdei Istvánnak sokrétű és hasznos észrevételeiért, javaslataiért. Köszönet illeti azokat a debreceni és egri hallgatóimat, akik az utóbbi években tartott bioetikai kurzusaim érdeklődő és aktív résztvevői voltak.

Hálás köszönettel tartozom Fésüs László és Kertész András akadémikusoknak, akik a Debreceni Egyetem Kutatóegyetemi projektje (2010–2012) keretében lehetővé tették számomra a bioetikai kutatások megkezdését. Köszönet illeti e projekt bölcsészkarai menedzsmentjét, név szerint is Csatár Pétert a mindig segítőkész támogatásért. Köszönetem további címzettjei Szatmári István és Tóth Gábor Attila, akik ezen interdiszciplináris alprojekt kivitelezésében együttműködtek a kutatócsoportunkkal. Külön köszönöm Kőműves Sándornak, korábbi munkatársamnak a számos hasznos javaslatot, amivel támogatta bioetikai kutatásaimat, így e könyv elké-

szültét is. Köszönettel tartozom a magyar bioetikus kollégáknak a Debreceni Egyetem Bioetika Kutatócsoportja indulásában és munkájában tanúsított hozzáállásukért, a megnevezettekén túl elsősorban Sándor Juditnak, Kakukk Péternek, Nemes Lászlónak.

A könyv megjelenési költségeinek átvállalásáért köszönet jár a münsteri projekt vezetőinek, Thomas Gutmannak és Michael Quante-nak. Köszönet illeti a Deutsch-Ungarische Gesellschaft/Berlin vezetőit és tagságát a technikai költségekhez való hozzájárulásért, valamint Kovács Gábor volt hallgatómat a szöveg végleges változatának kialakításában nyújtott technikai segítségéért. Végül, de nem utolsósorban köszönöm a Debrecen University Press vezetőjének és munkatársainak a kézirat befogadását, gondozását és megjelentetését.

Berlin–Debrecen, 2017. szeptember

Rózsa Erzsébet

IRODALOM

- Abernethy, V. 1984. Compassion, Control and Decisions about Competency. In *American Journal of Psychiatry* 141, 53–60.
- Ach, J. S. 1993. Embryonen, Marsmenschen und Löwen: Zur Ethik der Abtreibung. In Ach, J. S.–Gaidt, A. (szerk.). *Herausforderung der Bioethik*. Stuttgart, 71–136.
- Ach, J. S.–Anderheiden, M.–Quante, M. 2000. *Ethik der Organtransplantation*. Erlangen.
- Ach, J. S.–Bayertz, K.–Quante, M.–Siep, L. (szerk.) 2016. *Grundkurs Ethik*. 4. teljesen átdolgozott és kibővített kiadás. Münster.
- Ach, J.–Lüttenberg, B.–Quante, M. (szerk.) 2014. *Themen und Positionen der Bioetik*. Münster 2014.
- Ach, J. S.–Runteberg, Ch. 2002. *Bioethik: Disziplin und Diskurs*. Zur Selbstaufklärung angewandter Ethik. Frankfurt a. M.
- Anscombe, G. E. M. 1966. *Intention*. Második kiadás. Oxford.
- Anselm, R. 1999. Jenseits von Laienmedizin und hippokratischem Paternalismus. In *Zeitschrift für medizinische Ethik* 45, 91–108.
- 2003. Partner oder Person. In Fülöp Scheibler/Holger Pfaff (szerk.). *Shared Decision-Making*. Weinheim, 26–33.
- Anstötz, Ch.–Hegselmann, R.–Kliemt, H. (szerk.) 1995. *Peter Singer in Deutschland*. Frankfurt a. M.
- Appelbaum, P. S.–Lidz, C. W.–Meisel, A. (szerk.) 1987. *Informed Consent – Legal Theory and Clinical Practice*. Oxford.
- Arneson, R. 1992. Paternalism. In Becker, L. (szerk.). *Encyclopedia of Ethics*. 2. kötet. Chicago–London, 250–252.
- Baier, A. 1994. *Moral Prejudices: Essays on Ethics*. Cambridge.
- Barmeyer, J. 1983. *Praktische Medizinethik*. Ein Leitfadens für Studenten und Ärzte. Mannheim.

- Bayertz, K. 1987. *GenEthik*. Probleme der Technisierung menschlicher Fortpflanzung. Hamburg.
- (szerk.) 1991. *Praktische Philosophie*. Reinbek.
- (szerk.) 1996. *Konsens*. Technische Eingriffe in die menschliche Fortpflanzung als Modellfall. Frankfurt a. M.
- 2004. *Die menschliche Natur. Welchen und wieviel Wert hat sie?* Paderborn.
- Beauchamp, T. L. 1991. Competence. In Cutter, M. A. G.–Shelp, E. E. (szerk.). *Competency*. A Study of Informal Competency Determinations in Primary Care. Dordrecht, Boston, London, 49–77.
- 1995. Paternalism. In Reich, W. T. (szerk.). *The Enciklopedia of Bio-medical Ethics*. 2. kiadás. New York, 1914–1920.
- 1999. The Failure of Theories of Personhood. In *Kennedy Institute of Ethics Journal* 9, 309–324.
- 2003. A Defense of the Common Morality. In *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13, 259–274.
- 2007. History and Theory in “Applied Ethics”. In *Kennedy Institute of Ethics Journal* 17, 54–64.
- 2009. The Concept of Paternalism in Biomedical Ethics. In *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* Bd. 14. Berlin–New York, 77–92.
- Beauchamp, T. L.–Childress, J. F. 1979, 1989, 2001, 2009 2011, 2013. *Principles of Biomedical Ethics*. New York–Oxford.
- Beauchamp, T. L.–Faden, R. R. 2008. Bedeutung und Elemente des Informierten Einverständnisses. In Wiesing, U. (szerk.). *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Stuttgart, 111–114.
- Beckmann, J. P. 1996. Über die Bedeutung des Person-Begriffs im Hinblick auf aktuelle medizin-ethische Probleme. In Beckmann, J. P. (szerk.). *Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik*. Berlin, 279–306.
- Benhabib, S. 1987. *Feminism as Critique: On the Politics of Gender*. Minneapolis.
- 1992. *Situating the Self: Gender, Community and Postmodernism in Contemporary Ethics*. Cambridge.
- Benn, S. I. 1988. *A Theory of Freedom*. Cambridge.
- Berlin, I. 1990. *Négy esszé a szabadságról*. Fordította: Erős F.–Berényi G. Budapest.

- Bergdolt, K. 1998. Medizinische Ethik -1. Historisch. In Korff, W.–Beck, L.–Mikat, P. (szerk.). *Lexikon der Bioethik*, Band 2, Gütersloh, 647–652.
- Berg, J. W.–Appelbaum, P. S.–Grisso, T. 1996. Constructing Competence: Formulating Standards of Legal Competence to Make Medical Decisions. In *Rutgers Law Review* 48, 345–396.
- Berofsky, B. 1996. *Liberation from self*. A theory of personal autonomy. Cambridge.
- Bickeböller, R. 1999. Die Wahrheit wissen, aber nicht mitteilen dürfen. Zum Problem der Aufklärung am Krankenbett. In *Ethik in der Medizin* 11, 184–186.
- Birnbacher, D. 1988. *Das Prinzip Verantwortung*. Stuttgart.
- 1990a. Gefährdet die moderne Reproduktionsmedizin die menschliche Würde? In Leist, A. (szerk.). *Um Leben und Tod*. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord. Frankfurt a. M., 266–281.
- 1990b. Utilitaristische Ethik und Tötungsverbot. In *Analyse und Kritik* 2, 205–218.
- 1995. *Tun und Unterlassen*. Stuttgart.
- 1996. Ethische Probleme der Embryonenforschung. In Beckmann, J. P. (szerk.). *Fragen und Probleme einer medizinischen Ethik*. Berlin, 228–253.
- 2000. Selektion und Nachkommen. Ethische Aspekte. In Mittelstraß, J. (szerk.). *Zukunft des Wissens*. XVIII. Deutscher Kongress für Philosophie 1999. Berlin, 2000.
- 2003. *Analytische Einführung in die Ethik*. Berlin–New York.
- 2003. Hilft der Personenbegriff bei der Lösung bioethischer Fragestellungen? In Schweidler, W.–Neumann, H. A.–Brysch, E. (szerk.). *Menschenleben – Menschenwürde*. Münster, 31–43.
- Bittner, U. 2014. Telemedizinische Anwendungen. Überlegungen zu möglichen Implikationen für das Arzt-Patient-Verhältnis und die Kommunikationsstrukturen. In Aurenque, D.–Friedrich, O. (szerk.). *Medizinphilosophie oder philosophische Medizin?* Philosophisch-ethische Beiträge zu Herausforderungen technisierter Medizin. Stuttgart, 241–263.
- Bok, S. 1996. *Lying. Moral Choice in Public and Private Life*. New York.

- Brock, D. W.–Wartmann, S. A. (szerk.) 1990. When Competent Patients to Expect from Them? In *New England Journal of Medicine* 322, 1595–1599.
- Brody, B. A. 1988. *Life and Death. Decision Making*. New York.
- 1990. Quality of Scholarship in Bioethics. In *Journal of Medicine and Philosophy* 15, 161–178.
- Brody, H. 1992. *The Healer's Power*. New Haven.
- Brody, H.–Halevy, A. 1995. Is Futulity a Futile Concept? In *The Journal of Medicine and Philosophy* 20, 123–144.
- Buchanan, A. 1978. Medical Paternalism. In *Philosophy & Public Affairs* 7, 370–390.
- Buchanan, A.–Brock, D. 1989. *Deciding for Others*. The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge.
- Bundesärztekammer: Empfehlungen zur Patientenaufklärung. In Wiesing, U. (szerk.) 2008. *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Stuttgart, 114–119.
- Bundesärztekammer 2004. Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. In *Deutsches Ärzteblatt* 101, 1298.
- Bundesärztekammer: Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. In Wiesing, U. (szerk.) (2008). *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Stuttgart, 119–121.
- Callahan, D. 1981. Minimalist Ethics. In *Hasting Center Report* 11, 19–25.
- Callahan, D. 1996. Bioethics, Our Crowd, and Ideology. In *Hasting Center Report*, November–December, 3.
- Caplan, A. L. 1983. Can Applied Ethics be Effective of Health Care and Should it Strive to Be? In *Ethics* 93, 311–319.
- Carse, A. 1991. The Voice of Care. Implications For Bioethical Education. In *The Journal of Medicine and Philosophy* 16, 5–28.
- Cassileth, B. R.–Zupkis, R. V.–Sutton-Smith, K.–March, V. 1980. Informed Consent: Why are ist Goals Imperfectly Realized? In *New England Journal of Medicine* 302, 896–900.
- Charland, L. C. 1998. Appreciation and Emotion. Theoretical Reflections on the MacArthur Treatment Competence Study. In *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8, 359–376.

- Childress, J. F. 1982. *Who Should Decide? Paternalism in Health Care*. Oxford.
- 1990. The Place of Autonomy in Bioethics. In *Hasting Center Report* 20, 12–17.
- Christman, J. 1991. Autonomy and Personal History. In *Canadian Journal of Philosophy* 23, 1–24.
- Clouser, K. D. 1995. Common Morality as an Alternative to Principlism. In *Kennedy Institute of Ethics Journal* 3, 219–236.
- Crittenden, J. 1993. The Social Nature of Autonomy. In *Review of Politics* 55, 35–65.
- Culver, C. M.–Gert, B. 1982. *Philosophy of Medicine*. New York.
- Damasio, A. 1994. *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York.
- Day, J. P. 1977. Threats, Offers, Law, Opinion and Liberty. In *American Philosophical Quarterly* 14, 257–272.
- DeGrazia, D. 1994. The Concept of Precedent Autonomy. In *Bioethics* 16 (2), 114–133.
- Dennett, D. C. 1981. Bedingungen der Personalität. In Bieri, P. (szerk.). *Analytische Philosophie des Geistes*. Hain, 303–324.
- Donagan, A. 1987. *Choice*. The Essential Element in Human Action. London.
- Downie, R. S.–Telfer, E. 1971. Autonomy. In *Journal of the Royal Institute of Philosophy* 46, 293–301.
- Dörner, K. 1990. *Tödliches Mitleid*. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens. Gütersloh.
- Drane, J. F. 1985. The Many Faces of Competency. In *Hastings Center Report* 15, 17–21.
- Drüber, D.–Gutmann, T.–Quante, M. 2015. Paternalismus. In Sturma, D.–Heinrichs, B. (szerk.). *Handbuch Bioetik*. Stuttgart/Weimar, 122–129.
- Duffner, A.–Kőmüves S.–Rózsa E. (szerk.) 2016. *Az autonómia és határai*. Kortárs német és magyar bioetikai írások.
- Düwell, M.–Steigleder, K. (szerk.) 2003. *Bioethik*. Eine Einführung. Frankfurt a. M.
- Dworkin, G. 1970. Acting Freely. In *Nous* 4, 367–383.
- 1972. Paternalism. In *Monist* 56, 64–84.

- 1976. Autonomy and behavior control. In *Hastings Center Report* 6, 23–28.
- 1988. *The Theory and Practice of Autonomy*. Cambridge.
- 1998. Paternalism. In Craig, E. (szerk.). *Routledge Encyclopedia of Philosophy* 7. London–New York.
- 2002. Paternalism. In Zalta, E. (szerk.). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (online: <https://plato.stanford.edu/>).
- Dworkin, R. 1993. *Life's Dominion. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York. Németül: *Die Grenzen des Lebens. Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit*. Reinbek bei Hamburg, 1994.
- Ebbinghaus, A.–Dörner, K. (szerk.) 2002. *Vernichten und Heilen. Der Nürnberger Ärzteprozeß und seine Folgen*. Berlin.
- Eibach, U. 1997. Vom Paternalismus zur Autonomie des Patienten? – Medizinische Ethik im Spannungsfeld zwischen einer Ethik der Fürsorge und einer Ethik der Autonomie. In *Zeitschrift für medizinische Ethik* 43, 215–231.
- Emanuel, E.–Emanuel, L. 1992. Four models of the physician-patient relationship. In *Journal of the American Association* 16, 2221–2226. Németül: Emanuel, E.–Emanuel, L. 2008. Vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung. In Wiesing, U. (szerk.). *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Stuttgart, 101–104.
- Engelhardt, H. T. Jr. 1996. *The Foundations of Bioethics*. 2. kiadás. 1. kiadás: 1986. New York.
- Engelhardt, T. H. 2008. Freies und informiertes Verständnis. In Wiesing, U. (szerk.). *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Stuttgart, 106–108.
- Engelhardt, T. H. Jr. 1996a. Konsens: Auf wie viel können wir hoffen? Eine begriffliche Erkundung, veranschaulicht an neueren Debatten über die Verwendung von Reproduktionstechnologien beim Menschen. In Bayertz, K. (szerk.). *Konsens*. Frankfurt a. M., 30–59.
- 1996b. Ein skeptischer Nachtrag: Einige abschließende Reflexionen über Konsens. In Bayertz, K. (szerk.). *Konsens*. Frankfurt a. M., 270–277.

- Engels, E.-M. 1999. Natur-und Menschenbilder in der Bioethik des 20. Jahrhunderts. Zur Einführung. In Engels, E.-M. (szerk.). *Biologie und Ethik*. Stuttgart, 7–42.
- Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2005. *Zwischenbericht Patientenverfügung*. Berlin.
- Eser, A. és mások 1989. *Lexikon Medizin, Ethik, Recht*. Freiburg.
- Eser, A. 1995. Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen. In Jens, W.–Küng, H. (szerk.). *Menschenwürdiges Sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München, 151–182.
- Faden, R. R.–Beauchamp, T. L. 1986. *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford.
- Fagerlin, A.–Schneider, C. E. 2004. Enough. The Failure of the Living Will. In *Hasting Center Report* 34, 30–42.
- Farley, M. A. 1995. North American Bioethics: A Feminist Critique. In Grodin, M. A. (szerk.). *Meta Medical Ethics. The Philosophical Foundations of Bioethics*. Dordrecht, 131–147.
- Fateh-Moghadan, B.–Sellmaier, S.–Vossenkuhl, W. (szerk.) 2010. *Grenzen des Paternalismus*. Stuttgart.
- Feinberg, J. 1971. Legal Paternalism. In *Canadian Journal of Philosophy* 1, 105–124.
- 1972. The Idea of the Free Man. In Dearden, R. F. (szerk.). *Education and the Development of Reason*. London.
- 1986. *Harm to Self*. New York.
- 1996. Paternalism. In Bochert, D. M. (szerk.). *The Encyclopedia of Philosophy*. New York.
- Feuerstein, G.–Kuhlman, E. (szerk.) 1999. Neopaternalistische Medizin. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern–Göttingen–Seattle.
- Fischer, J. M. 2015. *Szabadság, felelősség és az élet vége*. A magyar kiadást szerkesztette Rózsa E. Társszerkesztő Quante, M. Fordította Sutyák T.–Csatár P. Budapest.
- Frankfurt, H. G. 1971. Freedom of the Will and the Concept of a Person. In *The Journal of Philosophy* 68, 5–20.
- 1981. Willensfreiheit und der Begriff des Person. In Bieri, P. (szerk.). *Analytische Philosophie des Geistes*. Hain, 287–302.

- Frewer, A. 1999. Die Wahrheit wissen, aber nicht mitteilen dürfen. Zum Problem der Aufklärung am Krankenbett. In *Ethik in der Medizin* 11, 187–189.
- Gehlen, A. 1973. *Moral und Hypermoral*. Frankfurt a. M.
- Gert, B.–Culver, Ch. M. 1976. Paternalistic Behavior. In *Philosophy & Public Affairs* 6, 45–57.
- Gert, B.–Culver, Ch. M.–Clouser, K. D. 1997). *A Return to Fundamentals*. New York–Oxford.
- Gesang, B. (szerk.) 2002. *Biomedizinische Ethik*. Aufgaben, Methoden, Selbstverständnis. Paderborn.
- Gewirth, A. 1978. *Reason and Morality*. Chicago.
- 1982. The Basis and Content of Human Rights. In Gewirth, A. (szerk.). *Human Rights*. Essays on Justification an Applications. Chicago, 41–78.
- 1990. Die rationalen Grundlagen der Ethik. In Steigleder, K.–Mieth, D. (szerk.). *Ethik in den Wissenschaften*. Ariadnefaden im technischen Labyrinth? Tübingen, 3–35.
- Gillon, R. 1986. *Philosophical Medical Ethics*. Chichester.
- 2003. Ethics need principles – four can encompass the rest – and respect for autonomy should be 'first among equals'. In *Journal of Medical Ethics* 29, 307–312.
- Grewel, H. 1993. Zwischen Mitleid, Mord und Menschlichkeit – Wider das Mißverständnis der Humanität in der neueren Euthanasiebewegung. In Student, J. C. (szerk.). *Das Recht auf den eigenen Tod*. Düsseldorf, 66–89.
- Grisso, T.–Appelbaum, P. S. 1998. *Assessing Competence to Consent to Treatment*. New York–Oxford.
- Grodin, M. (szerk.) 1995. *Meta Medical Ethics*. The Philosophical Foundations of Bioethics. Dordrecht.
- Gutmann, T. 2001. *Freiwilligkeit als Rechtsbegriff*. München.
- Habermas, J. 2005. *Die Zukunft der menschlichen Natur*. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik. Erweiterte Auflage. Frankfurt a. M.
- Häring, B. 1972. *Heilender Dienst*. Ethische Probleme der modernen Medizin. Mainz.

- Harris, J. 1985. *The Value of Life*. An Introduction to Medical Ethics. London–New York.
- Hasting Center 1987. *Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying*. Bloomington.
- Hegselmann, R.–Merkel, R. (szerk.) 1991. *Zur Debatte über Euthanasie*. Beiträge und Stellungnahmen. Frankfurt a. M.
- Heinrich, K. 1997. Patient und Arzt – gleichrangige Partner. In *Münchener Medizinische Wochenschrift* 139, 723–724.
- Heinrichs, B. 2015. Informierte Einwilligung. In Sturma, D.–Heinrichs, B. 2015. *Handbuch Bioethik*. Stuttgart–Weimar, 58–65.
- Heller Á. 1970. *A mindennapi élet*. Budapest.
- Helmchen, H. 1990. Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Psychiatrie. In Schölmerich, P.–Thews, G. 1990. *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Stuttgart–New York, 93–112.
- Hildt, E. 2001. Vom Nutzen der Ethik für die medizinische Praxis. In Busch, R. J.–Knoepfler, N. (szerk.). *Grenzen überschreiten*. München, 41–52.
- 2003. Prädiktive genetische Diagnostik bei Kindern im Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge. In Wieseemann, C.–Dörries, A.–Wolflast, G.–Simon, A. (szerk.). *Das Kind als Patient*. Ethische Konflikte zwischen Kinderwohl und Kinderwille. Frankfurt a. M., 234–250.
- 2004. *Autonomie*. Von den Implikationen eines politisch-moralischen Ideals in Humangenetik und Neurowissenschaften. In *Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften* 45, 37–60.
- 2005. Vom Miteinander und Gegeneinander der Beauchamp-Childress-Prinzipien. In Rauprich, O.–Steger, F. (szerk.). *Prinzipienethik in der Biomedizin*. Moralphilosophische und medizinische Praxis. Frankfurt a. M., 315–338.
- 2006. *Autonomie in der biomedizinischen Ethik*. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung. Frankfurt–New York.
- Hippokrates 1955. Fünf ausgelesene Schriften. Eingeleitet und neu übertragen von W. Capelle. Zürich.
- Hodson, J. D. 1977. The Principle of Paternalism. In *American Philosophical Quarterly* 14, 61–69.

- Hoffmaster, B. 1993. Can Ethnography Save the Life of Medical Ethics? In Winkler, E. R.–Coombs, J. R. (szerk.). *Applied Ethics*. Cambridge, 366–388.
- Honnefelder, L. 1998. Medizinische Ethik 2. Systematisch. In Korff, W.–Beck, L.–Mikat, P. (szerk.). *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh, 652–659.
- Honneth, A. 1992. Konzeptionen der ‚civil society‘. In *Merkur* 46, 61–66.
- Hossenfelder, M. 2001. Autonomie als Problem der Bioethik. In *Philosophical Inquiry* 23, 31–46.
- Husak, D. 1980. Paternalism and Autonomy. In *Philosophy & Public Affairs* 10, 27–46.
- Illhard, F. J. 1985. *Medizinische Ethik*. Ein Arbeitsbuch. Heidelberg.
- Ingelfinger 1972. Informed (But Uneducated) Consent. In *New England Journal of Medicine* 287, 465–466.
- Irrgang, B. 1997. *Forschungsethik, Gentechnik und neue Biotechnologie*. Stuttgart.
- Jahr, F. 2013. *Aufsätze zur Bioethik 1924–1948*. Werkausgabe. Szerk. Sass, H.-M. Münster.
- Jaspers, K. 1986. *Der Arzt im technischen Zeitalter*. München.
- Jennings, B. 2007. Autonomy. In Steinbock (szerk.). *The Oxford Handbook of Bioethics*. Oxford, 72–89.
- Jonas, H. 1979, 2003. *Das Prinzip Verantwortung*. Versuch einer Ethik für die technische Zivilisation. Frankfurt a. M.
- 1985, 1987. *Technik, Medizin und Ethik*. Praxis des Prinzips Verantwortung. Frankfurt a. M.
- 1989, 2006. Humanexperiment. In Sass, H. M. (szerk.). *Medizin und Ethik*. Stuttgart.
- Jones, J. H. 1993. *Bad Blood*. The Tuskegee Syphilis Experiment. Neu, erweiterte Aufl. New York.
- Juhász A.–Csejtei D. 2010. Új jelenségek és lehetőségek a biomedicinális etikában, különös tekintettel a személyes identításra. Utószó. In Quante, M.: *Személyes élet és emberi halál*. Eger, 296–307.
- Katz, J. 1984. *The Silent World of Doctor and Patient*. New York.

- 2008. *Ärzte und Patienten: eine Geschichte des Schweigens*. In Wiesing, U.: *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Stuttgart, 109–111.
- Kern, A. O.–Beske, F.–Lescow, H. 1999. Leistungseinschränkung oder Rationalisierung im Gesundheitswesen? In *Deutsches Ärzteblatt* 96, 86–89.
- Kinsauer Manifest* 1992. In Rest, F. (szerk.). *Das kontrollierte Töten*. Gütersloh, 171–176.
- Kleinig, J. 2009. Paternalism and Personal Identity. In *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 14. Berlin–New York, 93–106.
- Kolosi T.–Tóth I. Gy. (szerk.) 2010. *Magyarország a világ értéktérképén*. Budapest.
- Komrad, M. S. 1983. A Defence of Medical Paternalism. Maximising Patient's Autonomy. In *Journal of Medical Ethics* 9, 38–44.
- Kopelman, L. M. 1995. Conceptual and Moral Disputes about Futile and Useful Treatments. In Special issue of *The Journal of Medicine and Philosophy* 20, 109–121.
- Korff, W.–Beck, L.–Mikat, P. (szerk.) 1998. *Lexikon der Bioethik*, Band 2, Gütersloh.
- Kovács I.–Dupcsik Cs.–P. Tóth T.–Takács J. (szerk.) 2012. *Társadalmi integráció a jelenkori Magyarországon*. Budapest.
- Kovács J. dr. 1997. *A modern orvosi etika alapjai*. Bevezetés a bioetikába. Budapest.
- 1999, 2006. *A modern orvosi etika alapjai*. Bevezetés a bioetikába. Átdolgozott kiadás. Budapest.
- (2007): *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Budapest.
- Kőműves S. 2012. Technikai eredmények és demokratikus értékek párbeszéde. Utószó. In Quante, M.: *Emberi méltóság és személyes autonómia*. Debrecen, 289–308.
- Kreß, H. 2006. *Medizinische Ethik*. Kulturelle Grundlagen und ethische Wertkonflikte heutiger Medizin. Stuttgart.
- Kuhse, H. 1987. *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*. A Critique. Oxford.
- 1995. Clinical Ethics and Nursing. Yes to Caring, Bat Not o a Female Ethics of Care. In *Bioethics* 9, 207–219.

- Kutzer, K. 1993. Das Recht auf den eigenen Tod. In Student (szerk.): *Das Recht auf den eigenen Tod*. Düsseldorf, 44–65.
- Kühler, M.–Nossek, A. (szerk.) 2014. *Paternalismus und Konsequentialismus*. Münster.
- Labisch, A.–Paul, N. 1998. Ärztliche Gelöbnisse. In Korff, W.–Beck, L.–Mikat, P.: *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh.
- Laufs, A. 1993. *Arztrecht*. 5., javított és bővített kiadás. München.
- Leist, A. (szerk.) 1990. *Um Leben und Tod*. Frankfurt a. M.
- (szerk.) 1994. *Eine Frage des Lebens*. Ethik der Abtreibung und der künstlichen Befruchtung. Frankfurt a. M.
- Lenk, H. 1992. *Zwischen Wissenschaft und Ethik*. Frankfurt a. M.
- Leven, K.-H. 1997. Die Erfindung des Hippokrates – Eid, Roman und *Corpus Hippocraticum*. In Tröhler, U.–Reiter-Theil, S. (szerk.). *Ethik und Medizin: 1947–1997*. Göttingen.
- Lipp, V. 2005. *Patientenverfügung und Lebensschutz*. Zur Diskussion um eine gesetzliche Regelung der „Sterbehilfe“. Göttingen.
- Loewy, E. H. 1989. *Textbook of Medical Ethics*. New York.
- Magyar Nagylexikon* IX. 1999. Főszerkesztő: Bárányi L.-né. Budapest.
- Mahowald, M. 1995. Person. In Reich, W. (szerk.). *Encyclopedia of Bioethics*. New York, 1934–1940.
- Malcolm, J. G. 1988. *Treatment Choices and Informed Consent*. Springfield.
- Maring, M. 1991. Institutionelle und korporative Verantwortung in der Wissenschaft. In Lenk, H. (szerk.). *Wissenschaft und Ethik*. Stuttgart, 133–150.
- Marquard, O. 1982. *Schwierigkeiten mit der Geschichtsphilosophie*. Frankfurt a. M.
- 1986. *Apologie des Zufälligen*. Stuttgart, 11–32.
- 1987. Drei Phasen der medizinethischen Debatte. In Marquard, O.–Staudinger, H.-J. (szerk.). *Anfang und Ende des menschlichen Lebens*. Medizinethische Probleme. Paderborn, 111–115.
- May, A. T. 2001. *Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige*. Münster.
- Mayr, E. 2014. Informed consent, Patientenautonomie und die Technisierung der Medizin. In Aurenque, D.–Friedrich, O. (szerk.). *Medi-*

- zinphilosophie oder philosophische Medizin?* Philosophisch-ethische Beiträge zu Herausforderungen technisierter Medizin. Stuttgart, 219–239.
- Merkel, R. 1999. Personale Identität und die Grenzen strafrechtlicher Zurechnungsfähigkeit. In *Juristenzeitung* 10, 502–511.
- Miller, B. 1995. Autonomy. In Reich, W. T. (szerk.). *Encyclopedia of Bioethics*. New York, 215–220.
- Miller, B. L. 1981. Autonomy & the Refusal of Lifesaving Treatment. In *Hastings Center Report* 11, 22–28.
- Mill, J. S. 1980. *A szabadságról. Haszonelvűség*. Fordította: Pap M. Budapest.
- Mitscherlich, A.–Mielke, F. (szerk.) 2004. *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*. Frankfurt a. M., 16., javított kiadás.
- Morgan, L. W.–Schwab, I. R. 1986. Informed Consent for Senile Cataract Extraction. In *Archives of Ophthalmology* 104, 42–45.
- Morison, R. S. 1984. The Biological Limits of Autonomy. In *Hastings Center Report* 14, 43–49.
- Müller, H. 1996. Wer ist Person? Überlegungen zu einem Grundbegriff theologischer Anthropologie. In *Zeitschrift für medizinische Ethik* 42, 119–127.
- Nationaler Ethikrat 2005. *Pateintenverfügung*. Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme. Berlin
- Nida-Rümelin, J. (szerk.) 1996. *Angewandte Ethik*. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch. Stuttgart.
- Nozick, R. 1972. Coercion. In Laslett, P.–Runciman, W. G.–Skinner, Q. (szerk.). *Philosophy, Politics, and Society*. Oxford, 101–136.
- O’Neill, O. 2002. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge.
- 2003. Some limits of informed consent. In *Journal of Medical Ethics* 29, 4–7.
- Parens, E.–Asch, A. (szerk.) 2000. *Prenatal Testing and Disability Rights*. Washington DC.
- Parfit, D. 1984. *Reasons and Persons*. Oxford.
- Parker, M. 2000. Public deliberation and private Choice in genetics and reproduction. In *Journal of Medical Ethics* 26, 160–165.

- Parsons, T. 1951. *The Social System*. California.
- Paternalizmus-blokk 2009. In *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 14, 73–165.
- Patzig, G. 1989. Gibt es eine Gesundheitspflicht? In *Ethik in der Medizin* 1, 3–12.
- Pellegrino, E. D. 2006. Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin. In Sass, H.-M. (szerk.). *Medizin und Ethik*. Stuttgart, 40–68.
- 2006. Toward a reconstruction of medical morality. In *American Journal of Bioethics* 6/2, 65–71.
- Pernick, M. S. 1982. *The patient's role in medical decisionmaking*. Washington.
- Pickl, V. 1997. Aufklärung aus der Sicht des Patienten. In *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 3, 25–27.
- Pieper, A. 1998. Autonomie. In Korff, W.–Beck, L.–Mikat, P. (szerk.). *Lexikon der Bioethik*. Band 1. Gütersloh, 289–293.
- Platón 1984. Törvények. Negyedik Könyv. Fordította Kövendi D. In *Platón összes művei*. Budapest, 589–627.
- Polanyi, M. 1973. Jenseits des Nihilismus. In Gehlen, A. (szerk.) 1973. *Moral und Hypermoral*. Frankfurt a. M.
- Potter, van R. 1971. Bioethics. In *BioScience* 21, 1088.
- Pöltner, P. 2002. *Grundkurs Medizinethik*. Wien.
- Quante, M. 2002. *Personales Leben und menschlicher Tod*. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik. Frankfurt a. M.
- 2009. Reichweite und Grenzen des Antipaternalismus. In *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 14. Berlin–New York, 73–76.
- 2010a. *Személyes élet és emberi halál*. A magyar kiadást szerkesztette Rózsa E.–Loboczky J. Fordította Juhász A.–Csejtei D. Eger.
- (2010b): *Személy*. A magyar kiadást szerkesztette Rózsa E.–Loboczky J. Fordította Drimál I. Eger.
- (2012a): *Bevezetés az általános etikába*. A magyar kiadást szerkesztette Kőműves S.–Rózsa E. Fordította Drimál I. Debrecen.
- (2012b): *Emberi méltóság és személyes autonómia*. Demokratikus értékek az élettudomány összefüggésében. A magyar kiadást szerkesztette Kőműves S.–Rózsa E. Fordította Drimál I. Debrecen.

- Quante, M.–Schockenhoff, E. 2016. *Autonomie am Lebensende*. Assistierte Suizid aus philosophischer und moraltheologischer Sicht. Münster.
- Rachels, J. 1986. *The End of Live. Euthanasia and Morality*. Oxford.
- Raspe, H. H. 1990. Zur Theorie und Messung der „Lebensqualität“ in der Medizin. In Schölmerich–Thews: *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Stuttgart–New York, 23–40.
- Rawls, J. 1991. *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. 6. kiadás. Frankfurt a. M.
- Raz, J. 1986. *The Morality of Freedom*. Oxford.
- Rehbock, T. 2002. Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizin)ethischer Grundbegriffe. In *Ethik in der Medizin* 14, 131–150.
- Reiser, S. J.–Dyck, A. J.–Curran, W. J. (szerk.) 1978. *Ethics in Medicine*. Historical Perspectives and Contemporary Concerns. Cambridge–London.
- Richter, G. 1992. Autonomie und Paternalismus – zur Verantwortung des medizinischen Handelns. In *Ethik in der Medizin* 4, 27–36.
- Robinson, W. L. 1997. *Monopoly with sick moral strangers*. In Minogue, B. P.–Palmer-Fernandez, G.–Reagen, J. E. (szerk.). *Reading Engelhardt*. Dordrecht, 95–112.
- Rockenbauch, K.–Schildmann, J. 2011. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF): eine systematische Übersichtarbeit zu Begriffsverwendung und Konzeptionen. In *Das Gesundheitswesen* 73/7, 399–408.
- Rózsa E. 1997. *Heller Ágnes – a fronézis filozófusa*. Budapest.
- 2011. Szabadság és természet. A humán jelleg és a személy tematikája a kortárs német bioetikában. In *Meditor* 2011/1, 47–62.
- (2014): Gyakorlati tudás a filozófiai antropológia, a bioetika és az alkalmazott etika perspektíváiban. Reflexiók Biczó Gábor Az alkalmazott antropológia és a gyakorlati értékű tudás: a történeti előzmények, a kritikai fordulat és az etikai önreflexió társadalomfilozófiai hátere című írására. In *Tabula*. A Néprajzi Múzeum online folyóirata (ISSN 2064-7190), 2014, 15/2. (online: [http://tabula.neprajz.hu/neprajz.07.152a.php?bm=1&as=405&kr=A_10_=%222014%2015\(2\)%22](http://tabula.neprajz.hu/neprajz.07.152a.php?bm=1&as=405&kr=A_10_=%222014%2015(2)%22))
- 2015. Bioetika Németországban versus bioetika. In *Századvég*, Budapest, 105–133.

- 2016. Orvos-beteg/páciens kapcsolat – változó medicinális és társadalmi kontextusban. In Duffner, A.–Körmüves, S.–Rózsa, E.: *Az autonómia és határai*. Kortárs német és magyar bioetikai írások. Debrecen, 219–242.
- Rössler, D. 1977. *Der Arzt zwischen Technik und Humanität*. München.
- Sass, H.-M. 1988. *Bioethik in den USA*. Methoden-Themen-Positionen. Mit besonderer Berücksichtigung der Problemstellungen in der BRD. Berlin.
- (szerk.) 1989, 2006. *Medizin und Ethik*. Reclam, Stuttgart, 1989. Javított, a bibliográfiát megújított kiadás: 1999, ennek utánnomása: 2006. Jelen írásban a 2006-os kiadásra támaszkodtam.
- 1992): Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie des Patienten. In: *Medizinethische Materialien*, Heft 78, Bochum.
- (1993): Training in Differential Ethics and Moral Quality-Control. In Bayertz, K.–Stolte, H.–Zimmermann (szerk.). *Ethical Dimensions of Technology Transfer in Biomedicine*. Frankfurt a. M., 145–169.
- Schade, S. G.–Muslin, H. 1989. Do Not Resuscitate Decisions: Discussions with Patients. In *Journal of Medical Ethics* 15, 186–190.
- Schick Tanz, S. 2002. *Organlieferant Tier?* Medizin- und tierethische Probleme der Xenotransplantation. Frankfurt a. M.
- Schildmann, J.–Vollmann, J. 2015. Arzt-Patient-Verhältnis. In Sturma, D.–Heinrichs, B. 2015. *Handbuch Bioethik*. Stuttgart–Weimar, 194–199.
- Schlauffraff, U. (szerk.) 1987. *Ethik in der Medizin*. Heidelberg.
- Schleiden, S. 2014. Individualisieren durch Technisieren? Anmerkungen zur Biomarker-basierten Medizin. In Aurenque, D.–Friedrich, O. (szerk.). *Medizinphilosophie oder philosophische Medizin?* Philosophisch-ethische Beiträge zu Herausforderungen technisierter Medizin. Stuttgart, 265–285.
- Schober, O. 2014. Individualisierte Medizin. In Ach, J.–Lüttenberg, B.–Quante, M. (szerk.). *Themen und Positionen der Bioetik*. Münster, 43–52.
- Schöch, H. 1995. Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen – Zugleich eine Besprechung der Sterbehilfeentscheidung des BGH vom 13. 9. 1994. In *Neue Zeitschrift für Strafrecht* 15, 153–157.

- Schölmerich, P.–Thews, G. (szerk.) 1990. *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin*. Stuttgart–New York.
- Schöne-Seifert, B. 1996. Medizinethik. In Nida-Rümelin, J. (szerk.). *Angewandte Ethik – die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*. Stuttgart, 553–648.
- 1997. Die Grenzen zwischen Töten und Sterbenlassen. In Honnefelder, L.–Streffler, C. (szerk.). *Jahrbuch des Instituts für Wissenschaft und Ethik*. Berlin–New York, 205–226.
- 2007. *Grundlagen der Medizinethik*. Stuttgart.
- 2009. Paternalismus. Zu seiner ethischen Rechtfertigung in Medizin und Psychiatrie. In *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 14, Berlin, 107–127.
- Schöne-Seifert, B.–Krüger, L. 1993. *Humangenetik. Ethische Probleme der Beratung, Diagnostik und Forschung*. Stuttgart–New York.
- Schöne-Seifert, B.–Rippe, K.-P. 1991. Silencing the Singer: Antibioethics in Germany. In *Hasting Center Report* 21, 20–27.
- Schramme, T. 2009. Political Perfectionism and State Paternalism. In *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik*, Bd. 14, Berlin–New York, 147–168.
- Sherwin, S. 1996. Feminism and Bioethics. In Wolf, S. M. (szerk.). *Feminism and Bioethics*. Beyond Reproduction. New York, 47–66.
- Siegler, M. 1987. Schweigepflicht in der Medizin – ein Auslaufmodell? In Schlauffraff, U. (szerk.). *Ethik in der Medizin*. Heidelberg, 121–122.
- Siegrist, J. 1998. Arzt-Patient-Beziehung. In Korff, W.–Beck, L.–Mikat, P. (szerk.). *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh, 238–242.
- Siep, L. (2013): *Moral und Gottesbild: Aufsätze zur konkreten Ethik 1996–2012*. Münster.
- Singer, P. 1980. *Practical Ethics*. Cambridge. Első német kiadás: *Praktische Ethik*. 1984, Stuttgart. Második, javított kiadás: 1994.
- Spaemann, R. 1993. Sind alle Menschen Personen? Über neue philosophische Rechtfertigungen der Lebensvernichtung. In Thomas, H. (szerk.). *Menschlichkeit in der Medizin*. Köln, 261–278.
- 1996. *Personen*. Versuche über den Unterschied zwischen ‚etwas‘ und ‚jemand‘. Stuttgart.
- Stepanians, M. 2009. Die moralischen Grenzen des Strafrechts. In *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 14, 129–146.

- Stössel, J. P. (szerk.) 1991. *Tüchtig oder tot. Die Entsorgung des Leidens*. Freiburg–Basel–Wien.
- Student, J. C. (szerk.) 1993. *Das Recht auf den eigenen Tod*. Düsseldorf.
- Sturma, D.–Heinrichs, B. (szerk.) 2015. *Handbuch Bioethik*. Stuttgart–Weimar.
- Thyen, A. 2017. Kooperation als Lebensform. Eine anthropologische Erläuterung der Rede vom Vorrang der Moral. In Hoffmann, M.–Schmücker, R.–Wittwer, H. (szerk.). *Vorrang der Moral? Eine metaethische Kontroverse*. Frankfurt a. M., 121–134.
- Tong, R. 1996. Feminist Approaches to Bioethics. In Wolf, S. M. (szerk.). *Feminism and Bioethics. Beyond Reproduction*. New York, 67–94.
- Tooley, M. 1983. *Abortion and Infanticide*. Oxford.
- 1990. Abtreibung und Kindstötung. In Leist, A. (szerk.). *Um Leben und Tod. Moralische Probleme bei Abtreibung, künstlicher Befruchtung, Euthanasie und Selbstmord*. Frankfurt a. M., 157–195.
- Tóth I. Gy. 2009. *Bizalomhiány, normazavarok, igazságtalanságérzet és paternalizmus Magyarországon*. Budapest.
- Youngner, S. J. 1996. Medical Futility. In *Post 4*, 1718–1721.
- Valuch T. 2015. *A jelenkori magyar társadalom*. Budapest.
- VanDeVeer, D. 1986. *Paternalistic Intervention*. Thoe Moral Bounds on Benevolence. Princeton.
- Veatch, R. M. 1982. Tree Theories of Informed Consent: Philosophical Foundations and Policy Implications. In *The Belmont Report*, DHEW Publication No. OS 78-0014, 26–28.
- Veatch, R. M. 1984. Autonomy's Temporary Triumph. In *Hastings Center Report* 14, 38–40.
- 1993. Forgoing Life-Sustaining Treatment: Limits to the Consensus. In *Kennedy Institute of Ethics Journal* 3, 1–20.
- Viefhues, H. 2006. Medizinische Ethik in einer offenen Gesellschaft. In H.-M. Sass (szerk.). *Medizin und Ethik*. Stuttgart, 17–39.
- Vieth, A. 2006. *Einführung in die Angewandte Ethik*. Darmstadt.
- Vieth, A.–Quante, M. 2002. Konkrete Ethik. In Gesang, B. (szerk.). *Bio-medizinische Ethik*. Aufgaben, Methoden, Selbstverständnis. Paderborn.

- Vollmann, J. 1995. Der klinische Ethiker – ein Konzept mit Zukunft? Zur Integration von philosophischer Ethik in die praktische Medizin. In *Ethik und Medizin* 7, 181–192.
- 1999. Aufklärung und Einwilligung von Patienten in der Medizin: Klinische Praxis – Medizinethik – Gesundheitsökonomie. In *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 45, 109–117.
- 2000. *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie*. Ein Beitrag zur Ethik der Medizin. Darmstadt.
- 2008. *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit*. Stuttgart.
- Wagner, W. (szerk.) 1993. *Arzneimittel und Verantwortung*. Heidelberg.
- Wald, B. 1996. Über den Mißbrauch des Personbegriffs zur Rechtfertigung von Abtreibung und Euthanasie. In *Zeitschrift für medizinische Ethik* 42, 79–89.
- Wear, S. 1993. *Informed Consent – Patient Autonomy and Physician Beneficence within Clinical Medicine*. Dordrecht.
- Weber, M. 1973. Der Beruf zur Politik (1919). In Weber, M.: *Soziologie. Universalgeschichtliche Analysen. Politik*. Stuttgart, 111–115.
- Weiner, R. B. 1997. Beyond forbearance as the moral foundation for a health care system: Analysis of Engelhardt's Principles of Bioethics. In Minogue, B. P.–Palmer-Fernandez, G.–Reagen, J. E. (szerk.). *Reading Engelhardt*. Dordrecht, 113–138.
- White, B. C. 1994. *Competence to Consent*. Washington.
- Wieland, W. 2006. Strukturtypen ärztlichen Handelns. In H.-M. Sass (szerk.). *Medizin und Ethik*. Stuttgart, 69–95.
- Wiesemann, C. 1997. Das Recht auf Selbstbestimmung und das Arzt-Patient-Verhältnis aus sozialgeschichtlicher Perspektive. In Toellner, R.–Wiesing, U. (szerk.). *Geschichte und Ethik in der Medizin*. Von den Schwierigkeiten einer Kooperation. Stuttgart, 67–89.
- Wiesemann, C.–Frewer, A. 1996. *Medizin und Ethik im Zeichen von Auschwitz*. Erlangen–Jena.
- Wiesing, U. 1995. *Zur Verantwortung des Arztes*. Stuttgart-Bad Cannstatt.
- (szerk.) 2000, 2004, 2008. *Ethik in der Medizin*. Ein Studienbuch. Stuttgart. Jelen írásban a 2008-as, aktualizált kiadásra támaszkodtam.

- 2014. Lebenswelt und Wissenschaft im Arzt-Patient-Verhältnis. In Aurenque, D.–Friedrich, O. (szerk.). *Medizinphilosophie oder philosophische Medizin?* Philosophisch-ethische Beiträge zu Herausforderungen technisierter Medizin. Stuttgart, 197–217.
- Winau, R. 1996. Medizin und Menschenwürde. In Wiesemann, C.–Frewer, A. (szerk.). *Medizin und Ethik im Zeichen von Auschwitz*. Erlangen–Jena, 13–29.
- Wolf, C. J. 1993. Aktive und passive Euthanasie. In *Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie* 79, 393–415.
- 1999. Der intendierte Tod. In Holderegger (szerk.). *Das medizinisch assistierte Suizid. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht*. Freiburg, 77–97.
- Wolff, H. P. 2006. Arzt und Patient. In H.-M. Sass (szerk.). *Medizin und Ethik*. Stuttgart, 184–211.
- Wolff, R. P. 1979. *Eine Verteidigung des Anarchismus*. Wetzlar.
- Wolf, S. 1994. Shifting Paradigms in Bioethics and Health Law: The Rise of a New Pragmatism. In *American Journal of Law & Medicine* XX/4, 395–415.
- (szerk.) 1996. *Feminism and Bioethics*. Beyond Reproduction. New York.
- Wunder, M.–Neuer-Miebach, T. (szerk.) 1998. *Bio-Ethik und die Zukunft der Medizin*. Bonn.
- Zaner, R. M. 1988. *Ethics and the Clinical Encounter*. Englewood Cliffs.
- Zude, H. U. 2010. *Paternalismus*. Fallstudien zur Genese des Begriffs. Freiburg–München.

FÜGGELÉK

Válogatott újabb német nyelvű irodalom a „paternalizmus és jog” témaköréből

- Aaken, A. van 2006. Begrenzte Rationalität und Paternalismusgefahr: Das Prinzip des schonensten Paternalismus. In Anderheiden, M.–Brückli, P.–Heinig, H. M. és mások (szerk.). *Paternalismus und Recht*. In memoriam Angela Augustin. Tübingen, 109–144.
- 2007. Das deliberative Element juristischer Verfahren als Instrument zur Überwindung nachteiliger Verhaltensanomalien. Ein Plädoyer für die Einbeziehung diskursiver Elemente in die Verhaltensökonomik des Rechts. In Engel, C.–Englerth, M.–Lüdemann, J. (szerk.). *Recht und Verhalten*. Beiträge zu Behavioral Law and Economics. Tübingen, 189–230.
- Amelung, K. 1972. *Rechtsgüterschutz und Schutz der Gesellschaft*. Frankfurt a. M.
- 1992. Über die Einwilligungsfähigkeit (Teil I). In *Zeitschrift für gesamte Strafrechtswissenschaft* 104, 525–558.
- Anderleihen, M.–Heinig, H.–Brückli, P. és mások (szerk.) 2006. *Paternalismus und Recht*. Tübingen.
- Benda, E. 1985. Erprobung der Menschenwürde am Beispiel der Human-genetik. In *Aus Politik und Zeitgeschichte*. H. B3: 18–36.
- Birnbacher, D. 2009. Paternalismus im Strafrecht – ethisch vertretbar? In v. Hirsch, A.–Neumann, U.–Seelmann, K. (szerk.). *Paternalismus im Strafrecht*. Baden-Baden.
- Blankenagel, A. 1987. Gentechnologie und Menschenwürde. In *Kritische Justiz* 20, 379–393.

- Bockelmann, P. 1961. Rechtliche Grundlagen und Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht. In *Neue Juristische Wochenschrift*, 945–951.
- Deutsch, E.–Spickhoff, A. (szerk.) 2008. *Medizinrecht, Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*. Berlin.
- Dölling, D. 2006. Zur Strafbarkeit der Tötung auf Verlangen. In Kern, B.-R.–Wadle, E. és mások (szerk.). *Humaniora: Medizin – Recht – Geschichte: Festschrift für Adolf Laufs zum 70. Geburtstag*. Berlin, 767–780.
- Dreier, H. 2007. Grenzen des Tötungsverbotes. In *Juristische Zeitung*, 261–270, 317–325.
- Ebbinghaus, A.–Dörner, K. (szerk.) 2001. *Vernichten und Heilen*. Berlin.
- Eidenmüller, H. 1995. *Effizienz als Rechtsprinzip*. Möglichkeiten und Grenzen der ökonomischen Analyse des Rechts. Tübingen.
- Engel, C.–Englerth, M.–Lüdemann, J. (szerk.) 2007. *Recht und Verhalten*. Tübingen.
- Engert, K. 1999. Aufklärung und Einwilligung. Erfahrungen aus der ärztlichen Praxis. In Feuerstein, G.–Kuhlmann, E. (szerk.). *Neopaternalistische Medizin*. Der Mythos der Selbstbestimmung im Arzt-Patient-Verhältnis. Bern, 27–35.
- Englerth, M. 2007. Behavioral Law and Economics – eine kritische Einführung. In Engel, C.–Englerth, M.–Lüdemann, J. (szerk.). *Recht und Verhalten*. Tübingen.
- Fateh-Moghadam, B. 2008. *Die Einwilligung in die Lebendorganspende*. Die Entfaltung des Paternalismusproblems im Horizont differenter Rechtsordnungen am Beispiel Deutschlands und Englands. München.
- Fischer, E. 2004. *Recht auf Sterben?* Frankfurt a. M.
- Fischer, K. 1997. *Die Zulässigkeit aufgedrängten staatlichen Schutzes vor Selbstschädigung*. Frankfurt a. M.–Berlin–Bern.
- Grundmann, A. 2004. *Das niederländische Gesetz über die Prüfung von Lebensbeendigung auf Verlangen und Beihilfe zur Selbsttötung*. Aachen.
- Gutmann, T. 2001. *Freiwilligkeit als Rechtsbegriff*. München.
- 2005. Paternalismus – eine Tradition deutschen Rechtsdenkens? In *Zeitschrift der Savigny-Stiftung für Rechtsgeschichte – Germanische Abteilung* 122, 150–194.

- 2005. Gattungsethik als Grenze der Verfügung des Menschen über sich selbst? In Daele, W. van den (Hrsg.). *Biopolitik*. In *Leviathan: Zeitschrift für Sozialwissenschaft*. Wiesbaden, Sonderheft 23, 235–264.
- 2006. Zur philosophischen Kritik des Rechtspaternalismus. In Schroth, U.–Schneewind, K.–Gutmann, T. és mások (szerk.). *Paternalismus am Beispiel der Lebendorganspende*. Göttingen, 189–277.
- Gutmann, T.–Schrott, U. 2002. *Organlebenspende in Europa*. Berlin.
- Häberle, P. 2005. *Das Menschenbild im Verfassungsstaat*. Berlin.
- Hägele, R. H. 2004. *Arzneimittelprüfung am Menschen*. Ein strafrechtlicher Vergleich aus deutscher, österreichischer, schweizerischer und internationaler Sicht. Baden-Baden.
- Hefendehl, R.–Hirsch, A. von–Wohlers, W. (szerk.) 2003. *Die Rechtsgutstheorie*. Legitimationsbasis des Strafrechts oder dogmatisches Glasperlenspiel? Baden-Baden.
- Heymann, M. 2002. Die Europäische Menschenrechtskonvention und das Recht auf aktive Sterbehilfe. In *Juristische Schulung* 42/12, 957–958.
- Hillenkamp, T.–Tag, B. 2005. *Intramurale Medizin – Gesundheitsfürsorge zwischen Heilauftrag und Strafvollzug*. Berlin.
- Hillgruber, C. 1992. *Der Schutz des Menschen vor sich selbst*. München.
- Hirsch, A. von 2006. Direkter Paternalismus: Sollten Selbstschädigungen bestraft werden? In Anderheiden, M. és mások (szerk.). *Paternalismus und Recht*. Tübingen, 235–248.
- Hoerster, N. 1998. *Sterbehilfe im säkularen Staat*. Frankfurt a. M.
- Höfling, W. (szerk.) 2003. *Transplantationsgesetz. Kommentar*. Berlin.
- Hufen, F. 2007. *Staatsrecht II – Grundrechte*. München.
- Ingelfinger, R. 2004. *Grundlagen und Grenzbereiche des Tötungsverbots*. Das Menschenleben als Schutzobjekt des Strafrechts. Köln.
- Jarass, H.–Pieroth, B. (szerk.) 2007. *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschlands. Kommentar*. München.
- Kartzenmeier, C. 2002. *Arzthaftung*. Tübingen.
- Kaufmann, A. és mások (szerk.) 2004. *Einführung in die Rechtsphilosophie und Rechtstheorie der Gegenwart*. Heidelberg.
- Kersting, W. 1993. *Wohlgeordnete Freiheit – Immanuel Kants Rechts- und Staatsphilosophie*. Paderborn.

- Klimpel, P. K. 2003. *Bevormundung oder Freiheitsschutz? Vorschriften über das Leben, den Körper und die Sexualität im deutschen Recht.* Frankfurt a. M.
- Koslowski, L. (szerk.) 1992. *Maximen in der Medizin.* Stuttgart.
- Köhler, M. 2006. Die Rechtspflicht gegen sich selbst. In Byrd, B.–Hruschka, J.–Joerden, J. (szerk.). *Jahrbuch für Recht und Ethik.* Berlin, 14, 425–446.
- 2007. Selbstbestimmung im Rechtsverhältnis zwischen Patient und Arzt. In Hettinger, M.–Zopfs, J.–Hillenkamp, T. (szerk.). *Festschrift für Wilfried Küper zum 70. Geburtstag.* Heidelberg, 275–288.
- Kuhlmann, J.-M. 1996. *Einwilligung in die Heilbehandlung alter Menschen.* Frankfurt a. M.
- Kühl, K. 1991. Die Bedeutung der Kantischen Unterscheidungen von Legalität und Moralität sowie von Rechtspflichten und Tugendpflichten. In Jung, H.–Müller-Dietz, H.–Neumann, U. (szerk.). *Recht und Moral.* Beiträge zu einer Standortbestimmung. Baden-Baden, 139–176.
- Laufs, A. 2002. Die ärztliche Aufklärungspflicht. In Laufs, A.–Uhlenbruck, W. (szerk.). *Handbuch des Arztrechts.* München.
- Lindner, J. F. 2006. *Grundrechtsfragen aktiver Sterbehilfe.* In *JuristenZeitung*, 373–383.
- Lippert, H.-D.–Eisenmenger, W. (szerk.) 1999. *Forschung am Menschen.* Der Schutz des Menschen – die Freiheit des Forschers. Berlin.
- Loose, A. 2003. *Strafrechtliche Grenzen ärztlicher Behandlung und Forschung.* Berlin.
- Maatsch, A. 2001. *Selbstverfügung als intrapersonaler Rechtspflichtverstoß.* Berlin.
- Möller, K. 2005. *Paternalismus und Persönlichkeitsrecht.* Berlin.
- Murmann, U. 2005. *Die Selbstverantwortung des Opfers im Strafrecht.* Berlin.
- Neumann, U. 1998. Die Tyrannei der Würde. Argumentationstheoretische Erwägungen zum Menschenwürdeprinzip. In *Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie*, 153–166.
- Neumann, U.–Salinger, F. (szerk.) 2006. Sterbehilfe zwischen Selbstbestimmung und Fremdbestimmung – Kritische Anmerkungen zur aktuellen Sterbehilfedebatte. In *HRRS*, 280–288.

- Pfordten, D. von der 2003. Zum Schutz des Embryos vor gentechnischen Veränderungen durch politische Ethik und Verfassungsrecht. In Schweidler, W.–Neumann, H. A. és mások (szerk.). *Menschenleben – Menschenwürde*. Interdisziplinäres Symposium zur Bioethik. Berlin–Münster, 175–196.
- 2006. Paternalismus und die Berücksichtigung des anderen. In Anderheiden, M.–Heinig, H.–Brückli, P. és mások (szerk.). *Paternalismus und Recht*. Tübingen, 93–108.
- Rieger, K. 2007. Heilversuch, Humanexperimente und Arzneimittelforschung. Die Systematik humanmedizinischer Versuchsbehandlung aus strafrechtlicher Sicht. In Schroth, U.–Roxin, C. (szerk.). *Handbuch des Medizinstrafrechts*. München, 527–580.
- Roxin, C. 2007. Zur strafrechtlichen Beurteilung der Sterbehilfe. In Roxin, C.–Schroth, U. (szerk.). *Handbuch des Medizinstrafrechts*. Stuttgart, 93–119.
- Salinger, F. 2003. Legitimation durch Verfahren in Medizinethik. In Bernat, E.–Kröll, W. (szerk.). *Recht und Ethik in Arzneimittelforschung*. Wien, 124–170.
- Schimikowski, P. 1980. *Experiment am Menschen*. Zur strafrechtlichen Problematik des Humanexperiments. Stuttgart.
- Schmidt-Aßmann, E. 2001. *Grundrechtpositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen*. Verfassungsrechtliche Anforderungen an Entscheidungsgremien in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Transplantationswesen. Berlin–New York.
- Schmidtchen, D.–Weth, S. 1999. *Der Effizienz auf der Spur*. Die Funktionsfähigkeit der Justiz im Lichte der ökonomischen Analyse des Rechts. Baden-Baden.
- Schöch, H. 2007. Die Aufklärungspflicht des Arztes und ihre Grenzen. In Roxin, C.–Schroth, U. (szerk.). *Handbuch des Medizinstrafrechts*. Stuttgart, 47–70.
- Schroth, U. 2006. *Sterbehilfe als strafrechtliches Problem*. Selbstbestimmung und Schutzwürdigkeit des tödlich Kranken. In GA, 549–572.
- Schroth, U.–König, P.–Gutmann, T. és mások (szerk.) 2005. *Transplantationsgesetz. Kommentar*. München.

- Schroth, U.–Schneewind, K.–Gutmann, T. és mások (szerk.) 2006. *Patientenautonomie am Beispiel der Lebendorganspende*. Göttingen.
- Seelmann, K. 1998. Gefährdungs- und Gefühlsschutzdelikte an den Rändern des Lebens. In Zaczyk, R.–Köhler, M.–Kahlo, M. (szerk.). *Festschrift für E. A. Wolff zum 70. Geburtstag*. Berlin–Heidelberg, 481–494.
- 2003. Paternalismus und Solidarität bei der Forschung am Menschen. In Amelung, K.–Beulke, W.–Lilie, H. és mások (szerk.). *Strafrecht – Biorecht – Rechtsphilosophie*. Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003. Heidelberg, 853–867.
- 2006. Selbstwiderspruch als Grund für Rechtszwang. Fremdbestimmung von Lebenssinn? In Hilmer, B.–Lohmann, G.–Wesche, T. (szerk.). *Anfang und Grenzen des Sinns*. Für Emil Angern. Weilerwist, 250–263.
- 2007. Verhaltensdelikte – Kulturschutz durch Recht? In Müller-Dietz, H. és mások (szerk.). *Festschrift für Heike Jung zum 65. Geburtstag*. Baden-Baden, 893–904.
- Sternberg-Lieben, D. 1997. *Die objektiven Schranken der Einwilligung im Strafrecht*. Tübingen.
- Stratenwerth, G. 2006. Zur Legitimation von Verhaltensdelikte. In Hirsch, A. von–Seelmann, K.–Wohlers, W. (szerk.). *Mediating Principles – Begrenzungsprinzipien bei der Strafbegründung*. Baden-Baden, 157–165.
- Sunstein, C. (szerk.) 2007. *Gesetze der Angst*. Frankfurt a. Main.
- Sunstein, C. R.–Thaler, R. 2007. Libertärer Paternalismus. In Sunstein, C. R. (szerk.). *Gesetze der Angst*. Jenseits des Vorsorgeprinzips. Frankfurt a. M., 259–299.
- Tempel, O. 1980. Inhalt, Grenzen und Durchführung der ärztlichen Aufklärungspflicht unter Zugrundelegung der höchstrichterlichen Rechtsprechung. In *Neue Juristische Wochenschrift*, 609–617.
- Thiele, F. (szerk.) 2005. *Aktive und passive Sterbehilfe: Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*. München.
- Vosselkuhl, W. 2007. Ethische Grundlagen ärztlichen Handelns. Prinzipienkonflikte und deren Lösungen. In Roxin, C.–Schroth, U. (szerk.).

- Handbuch des Medizinstrafrechts.* Stuttgart–München–Hannover, 3–20.
- Wachenhausen, H. 2001. *Medizinische Versuche und klinische Prüfung an Einwilligungsunfähigen.* Frankfurt a. M.
- Wessels, J.–Hettinger, M. 2008. *Strafrecht Besonderer Teil/1. Straftaten gegen Persönlichkeits- und Gemeinschaftswerte.* München.
- Wolf, J.-C. 1990. Paternalismus. In *Studia Philosophica* 49, 49–59.
- Wolf, J.-C. 2006. Stellvertretung und Paternalismus. In Janowski, J. C.–Janowski, B.–Lichtenberger, H. P. (szerk.). *Stellvertretung. Theologische, philosophische und kulturelle Aspekte.* Bd. 1: Interdisziplinäres Symposium Tübingen 2004. Tübingen, 267–286.
- Wolf, J.-C.–Leber, D. 1994. Paternalismus und Moralismus. In *Neue Kriminalpolitik* 1, 46–49.
- Zude, H. H. 2003. Paternalismus, Paradigma und Problem der medizinischen Ethik. In Kodalle, K.-M. (szerk.). *Das Recht auf ein Sterben in Würde; eine aktuelle Herausforderung in historischer und systematischer Perspektive* (= Kritisches Jahrbuch der Philosophie, Bd. 4). Würzburg, 115–120.

TELJES TARTALOMJEGYZÉK

A/ ORVOS ÉS BETEG/PÁCIENS

1. Átalakuló orvos-beteg kapcsolat: deficitek, kihívások, esélyek	17
1.1. Értékpluralizmus és autonómia a modern medicina társadalmi keretfeltételei között.....	17
1.1.1. Autonómia: a személy önmeghatározása, a páciens önrendelkezése mint szociokulturális érték és jog	17
1.1.2. A plurális társadalom: különféle életkörök és világnézetek integrálódása az erkölcs bázisán	18
1.2. A könyv célkitűzései	19
1.2.1. Az orvosi paternalizmus és a páciens autonómiája közötti összefüggések: bioetikai és modern orvosi etikai alapvetés	19
1.2.2. A könyv normatív és szociokulturális célkitűzése: esélyek felmutatása az orvos-páciens kapcsolat megújulására – a páciens autonómiája és a gyenge orvosi paternalizmus kettős perspektívájából.....	20
1.3. Problémafelvetés és előzetes fogalmak: morális érzék, erkölcsi habitus, etikai reflexió a medicina cselekvési tereiben és szociokulturális perspektívában.....	20
1.3.1. Az orvosi cselekvések közvetlen interakciós és kommunikációs tere: az orvos-páciens kapcsolat – A medicina szereplőinek normatív és affektív érintettsége.....	20
1.3.2. A medicinális cselekvés normativitásának szubjektív-morális és szociokulturális-erkölcsi aspektusai – az etikai reflexió kritériumai alapján	21

a) A szubjektív-morális aspektus	22
b) A szociokulturális-erkölcsi aspektus és az intézményi beágyazottság	23
c) Morális attitűd és erkölcsi habitus, morál és etika.....	24
1.4. A medicina kitüntetett társadalmi és etikai státusza, ennek megkérdőjeleződése és megkérdőjelezhetetlensége.....	25
1.4.1. Intern/belső etikai önszabályozás vs. extern/külső etikai kompetenciameghatározás a modern medicinában.....	26
1.4.2. A (magyar) medicina – a magas szintű normativitás (társadalmi mintaadó szerep) és a mindennapok etikai deficitjei közötti konfliktusok terében	28
a) Morális közömbösség, közöny	28
b) A „legjobb orvos” mítosza.....	29
c) Etikai semlegesítési kísérletek a medicina mindennapjaiban.....	29
1.4.3. Az orvos-beteg kapcsolat mintaadó szerepének veszélyeztetettsége, ennek társadalmi és medicínális hatásai	31
1.4.4. A morális attitűd és az erkölcsi habitus kiiktathatatlansága a medicinában.....	33
2. A hagyományos/klasszikus orvosi etikától a bioetikához – Az orvos-beteg/páciens kapcsolat etikai aspektusai	35
2.1. A medicina etikai szabályozása az orvosi etikában	35
2.1.1. A hippokratészi hagyomány	35
2.1.2. A hippokratészi hagyomány kiegészülése	37
2.1.3. A klasszikus orvosi etika korlátlan érvényességének megkérdőjelezése a modern medicina új tudományos, technikai és társadalmi keretfeltételei között	39
2.2. Szerkezeti változások a medicinában: az interakciós és kommunikációs terek, illetve a medicina szereplői státuszának átalakulása, ennek kihatása az etikai reflexióra	40
2.3. A bioetika: adekvát reflexió a medicina új, komplex helyzetére és a növekvő kihívásokra.....	41

2.4. A modern medicina lehetőségei és határai az orvos-beteg kapcsolatban – az orvosi etika, a biomedicinális etika és a bioetika perspektíváiban	44
2.4.1. Orvosi etikai perspektíva	44
2.4.2. Biomedicinális etikai perspektíva.....	45
2.4.3. Bioetikai perspektíva	46
2.4.4. A három etikai perspektíva együttműködése.....	49
2.4.5. A bioetika előnyei.....	50
3. A modern medicina előtt álló etikai kihívásokra adható válaszok alternatív modellje: a kortárs német bioetika	53
3.1. A német bioetika múltja.....	53
3.2. Megkésetttség a német (európai) bioetikában.....	58
3.3. A (nyugat)német társadalom történeti tudatának átalakulása és ennek hatása a bioetikai fejleményekre	60
3.4. Változó orvos- és betegidentitás – német elméleti és kulturális kontextusban.....	64
3.4.1. Az orvos változó hivatásbeli identitása	64
3.4.2. Beteg vs. páciens	67
4. A bioetika mint civilizációs kihívás	69
5. Az orvos-beteg kapcsolat átrendeződése és átértékelődése a modern medicinális gyakorlat keretfeltételei között	71
5.1. A technológiai változások kihatása a medicinális gyakorlatra és az orvos-beteg kapcsolat etikai kérdéseire	71
5.2. A hivatásbeli változások hatása az orvos önmagáról alkotott képére.....	74
5.3. A páciens változó önképe és magatartása	76
5.4. Szakmai és etikai orientációvesztés az orvosi magatartási mintában: az apparátusmedicinába való menekülés és a túlkezelés veszélyei.....	77
5.5. A modern medicina újabb keletű szakmai határai és a megfelelő etikai reflexió igénye.....	80

6. Betegből páciens: a modern társadalom autonómiaelvének hatása a modern medicinára és ennek etikai reflexiója	83
6.1. Etikai reflexiók az átalakuló orvos-páciens kapcsolatra	84
6.1.1. Három modell – a medicina „realitására” építve.....	84
a) A hippokratészi modell.....	84
b) A szerződéses modell.....	85
c) A partnerségi modell.....	86
6.2. Cselekvéseméleti modellek az orvos-beteg kapcsolatra	88
6.2.1. Paternalisztikus döntéshozatal.....	88
6.2.2. Tájékoztatáson alapuló döntéshozatal	89
6.2.3. Interpretatív döntéshozatal	89
6.2.4. Deliberatív döntéshozatal	90
6.3. Az orvos-beteg kapcsolat etikai értékelésének releváns empirikus kontextustényezői	91
6.3.1. Értékelés a konkrét empirikus kontextus és a normatív koncepciók összefüggésében	91
6.3.2. Orvosi intézkedés a páciens feltételezett értékpreferenciáival összhangban	92
6.3.3. Az orvos-beteg kapcsolat időtartama	93
6.3.4. További releváns empirikus kontextustényezők.....	94
a) Strukturális keretfeltételek.....	94
b) Kommunikációs kompetencia	95
c) Betegből páciens.....	95
6.4. Esetelemzés (kazuisztika) és etikai értékelés az orvos-páciens kapcsolatban.....	96
6.5. Az esetelemzés határai és a szisztematikus megalapozás erős igénye a német bioetikában: átvezetés az autonómiaelv tematizálásához	97

B/ AUTONÓMIA: A MODERN MEDICINA ETIKAI REFLEXIÓINAK NORMÁJA

B/1. AUTONÓMIA – BIOETIKAI VITAKONTEXTUSOKBAN

I/1. Az autonómia mint közéleti elv	109
1.1. A közéleti elvek szociokulturális kontextusa.....	110

a) Univerzális etikai tartalom és a modern társadalom értékpluralitása.....	110
b) A mindennapi morális képzetek pluralitása és a monolitikus érték-képzetek irrealitása	111
c) A szociokulturális attitűd konzervatív jellege.....	112
d) A globalizálódó világ modern társadalmainak plurális értékvilága és életformái: civilizációs kihívás	113
e) A bioetika: a modern társadalom érték- és életforma- pluralizmusának kifejeződési formája	116
1.2. Középetikai (prima facie) elvek.....	116
a) Elvek bevezetésének szükségessége a bioetikai vitákba – Beauchamp és Childress érdemei	116
b) Racionális diskurzus és mérlegelés.....	118
c) A páciens bevonása és a kölcsönös korlátozás elve.....	118
d) A középetikai elvek előnyei a sikeres alkalmazásban.....	119
1.3. Középetikai elvek bioetikai diskurzusokban – A páciens autonómiájának elve és a konszenzusmodell.....	120
a) A principializmus kritikája.....	120
b) A konszenzusos modell előnyei.....	121
c) A konszenzusos modell határai	123
d) Minősített konszenzus és a bioetika feladata	124
e) A konszenzusos modell kritikája	124
1.4. Az etika minimalizálása és proceduralizálása a „morálisan idegen” posztmodern perspektívájából – Személyesség/ személytelenség	126
a) Morális idegenség a plurális társadalmakban	126
b) Minimális etika és tartalmilag szegényes jöttevés-elv.....	127
c) Az autonómiaelv proceduralizálása: az etikai norma kiiktatása a jog javára.....	128
d) A minimális etika és az orvos morális túlterhelése.....	129
e) A posztmodern minimális etika negatív következményei	129
1.5. Búcsú az autonómiaelvtől? A bioetika technológiai- szolgáltatási fordulata és ennek kritikája.....	130
a) A bioetika mint szolgáltatási diszciplína.....	131

b) Az etikai perspektíva leegyszerűsítésének veszélye	131
c) A „liberális modell” (középelvek) kritikája	132
1.6. Releváns szempontok az autonómiaelv kiegészítésére	
a liberális modell kritikáiban	133
a) Négy kifogás a liberális modell ellen.....	133
b) A kifogások lehetséges hozadéka.....	136
I/2. Az autonómiaelv korrekciójának igénye a bioetika	
paradigmaváltásában	137
2.1. A paradigmaváltás négy oka	137
2.2. A paradigmaváltást sürgető tényezők az orvos-beteg közötti	
kapcsolatban és a középetikai elvek vs. klasszikus	
etikai elvek kérdése	139
2.3. Dilemmák az autonómiaelv körül a modern medicina	
mindennapjaiban.....	142
2.4. Elméleti nyereségek és gyakorlati alkalmazhatóság	143
B/II. AUTONÓMIA – BIOMEDICINÁLIS VITAKONTEXTUSOKBAN	
II/1. A páciens autonómiája fogalmának orvosi etikai aspektusai	151
1.1. A modern orvosi etika szűk autonómiafogalma	152
1.2. Az önrendelkezéshez és a tájékozottságon alapuló	
beleegyezéshez szükséges tudás:	
a páciens kompetenciája	153
1.3. Az autonómiaelvhez kapcsolódó jogok és jogtalan	
igények.....	153
1.4. Elutasítási jog és a páciens autonómiája.....	155
1.5. Kielégítő autonómia és a páciens (döntési)	
kompetenciája	156
1.6. Személyes autonómia és döntési autonómia:	
a páciens intellektuális túlterhelésének	
veszélye vs. reális kritériumok	158
1.7. Az orvos szerepe.....	161
1.8. További autonómiafeltételek	161

II/2. A páciens autonómiájának érvényesítése az élő végrendeletben	163
II/3. Autonómia és személyes identitás	166
3.1. Élő végrendelet és személyes identitás	166
3.2. A személyes identitás irrelevanciája a modern orvosi etikában	167
II/4. Az élet minősége – a páciens autonómiájának biomedicinális perspektívájában	169
4.1. Életminőség	169
4.2. Az életminőség-kutatás nehézségei	170
4.3. „Vélelmezhető akarat”: az élő végrendelet formulája az életminőség kritériumainak bevonására	172
4.4. Az életminőség saját és idegen megítélése	173
II/5. Az élet szentsége – a páciens autonómiájának biomedicinális perspektívájában	175
5.1. Az élet védelmének parancsa és az orvosi hivatás	175
5.2. Az élet szentsége melletti érvelés néhány vitatott kérdése	176
II/6. Megtenni vagy elhagyni	181
6.1. Az eutanázia körüli viták	181
6.2. Idegen és saját halálba segítés	183
II/7. Az orvosetikai perspektíva határai	185
7.1. Az orvosetikai perspektíva kiegészítésének szükségessége a modern medicinában	185
7.2. Autonómia – a bioetikai perspektíva felé nyitott orvosetikai perspektívából	186

B/III. AZ AUTONÓMIA ELVÉNEK SZISZTEMATIKUS KORREKCIÓS JAVASLATA

III/1. Az autonómia szűkebb és tágabb jelentése –

A „gazdagított autonómia”	195
1.1. Az autonómiaelv kitüntetett státuszának elutasítása – az autonómia koncepción belül	195
1.2. Individualisztikus prioritás helyett és mellett közösségi prioritás: az autonómiaelv gazdagítása és az ebből eredő nyereségek	196

III/2. Az autonómiaelv összekapcsolása a tájékoztatáson alapuló

beleegyezés elvével	200
2.1. Autonómia-jelentéskonstellációk: etimológia, fogalomtörténet, fogalmi lehatárolások	202
2.1.1. Etimológia és fogalomtörténet	202
2.1.2. Fogalmi lehatárolások	203
2.1.3. Az autonómiaelv és a személy koncepció szoros összefüggése	204
2.1.4. Koncepcionális és módszertani megfontolások a cselekvéseméleti megközelítéshez	205
2.2. Szabadság és autonómia	206
2.2.1. A szabadság két fogalma: negatív és pozitív szabadság	206
2.2.2. A szabadság képessége – Az autonómia mint önmeghatározási képesség	207
2.2.3. Szabadság és autonómia – Az Odüsszeusz-példa	208
2.3. Autonómia és személy státusz	209
2.3.1. A személy fogalma	209
2.3.2. Személy státusz tulajdonítása	210
2.3.3. Természetes személy és morális személy	211
2.3.4. A személy státusz tulajdonításának és elismerésének jelentősége medicinális kontextusban	212
2.4. Autonómia képesség és az autonómia megvalósítása	212
2.4.1. Az autonómia képesség előfeltételei	213
a) Cselekvési képesség	213

b) A racionális döntéshozatal képessége	214
c) Függetlenség	215
d) A személy első és második szintű identifikációi és az autentikusság	215
2.4.2. Az autonómia megvalósításának előfeltételei konkrét helyzetekben: a tájékoztatáson alapuló beleegyezés kritériumainak tágítása	216
a) A döntési és a cselekvési szint megkülönböztetése	217
b) Más személyek autonómiájának tisztelete és a kielégítő autonómia	218
c) Az autonóm cselekvés három kritériuma	218
d) Az autonóm cselekvés komplexitásának mérlegelési követelménye a tájékoztató beszélgetésben	219
III/3. Az autonómia és megvalósításának előfeltételei – cselekvéseméleti megközelítésben	220
3.1. Cselekvési szabadság	220
3.1.1. Cselekedetek – egyéni cselekvéseméleti perspektívából	221
a) Intenciók, felelősség, propozicionális beállítódás	221
b) Közvetlenül érzékelt kívánság, célirányos vágy és a kielégítéshez alkalmas cselekvés	221
c) A közösségi cselekvésekre irányuló cselekvéseméleti modellek várhatóan emelkedő jelentősége	222
3.1.2. Cselekvések – egy külső személy/idegen nézőpontjából	223
a) Megfontolások a minimalista morális elvárások és a közösségi értékek határmezsgyéjén	223
b) Magánszféra és nyilvánosság	223
3.1.3. A cselekvési szabadság mint külső kényszer hiánya	224

a) A büntetési fenyegetettség mint kiegészítő cselekvési motívum	225
b) Egy személy szabadságának korlátozása egy harmadik személy által	226
c) A szabadság és az elismerés iránti vágy	226
3.1.4. A szabadságot behatároló kényszerek	226
a) A befolyásolás formái: meggyőzés, kényszer, manipuláció	227
b) A kényszer	228
3.2. Választási szabadság	229
3.2.1. A választási szabadság szerkezete	229
a) Választási opciók	229
b) Szituációfüggés, objektív választási előfeltételek és szubjektív-személyes preferenciák	229
c) Beavatkozás a választásba és a szabadságba	230
3.2.2. A választás és a választási lehetőségek értéke: instrumentális érték és önérték	231
3.2.3. A szabadság mértékének öt tényezője a választási lehetőségek vonatkozásában	232
3.2.4. A választási lehetőségek száma	233
a) A több cselekvési lehetőség mindig jobb	233
b) A cselekvési opciók bőségének lehetséges kedvezőtlen hatásai	234
3.2.5. A választási lehetőségek aktualizálásának nehézségei	235
3.2.6. A választási lehetőségek minőségi sajátossága	237
3.3. Döntési szabadság	238
3.3.1. Engelhardt procedurális egyetértés-felfogása	239
3.3.2. Az egyetértési elv procedurális (jogi-eljárási) koncepciójából adódó nehézségek	241
3.3.3. Hitelesség és függetlenség	244
a) Egy személy, egy cselekvés és magatartás hitelessége vs. nem hitelessége	245
b) Kielégítő függetlenség	248

III/4. Az autonómia medicinális-terápiás kontextusban	251
4.1. A páciens autonómiája a medicinában	252
4.2. Autonómia – a változó orvos-páciens kapcsolat perspektívájában	253
4.3. Autonómia: tájékoztatáson alapuló beleegyezés (tab)	255
4.4. A tab jelentősége az orvos-páciens kapcsolatban	256
4.4.1. Tájékozott, világosan kifejezett és önkéntes beleegyezés: a páciens önrendelkezési jogának gyakorlása	256
4.4.2. Kivételek	256
4.4.3. A tab előnyei a modern medicina feltételei között	257
4.4.4. Kritikák	259
4.5. Autonómia – a tájékoztatáson alapuló beleegyezés alapja	262
4.5.1. Az autonómia és a magánszféra tisztelete	262
4.5.2. Az autonómia és a szabadság védelme	263
4.5.3. Az autonómia és a tájékoztatáson alapuló beleegyezés (tab) beszerzése közötti összefüggés	263
4.5.4. A saját test és egészség jelentősége az autonómia számára	264
4.6. Az adekvát és releváns tájékoztatáson alapuló beleegyezés feltételei és elemei	265
4.6.1. A páciens kompetenciája	266
4.6.2. A felvilágosítás tényezői	270
a) Mennyi információra van szükség?	271
b) Veszélyek	271
c) Az információmennyiség és a tájékoztatás sztenderdizálása és személyre szabása	272
d) A megfelelő tájékoztatás akadályai	274
e) Teljes körű felvilágosítás?	275
4.6.3. Az információ megértésének gyakorlati nehézségei	278
4.6.4. Gyakorlati nehézségek és elméleti dilemmák az adekvát és releváns tájékoztatáson alapuló beleegyezés körül	280

C/ PATERNALIZMUS

1. Az autonómia határai és a paternalizmus	291
1.1. Problémafelvetés – szociokulturális és medicinális perspektívában	291
1.2. Fogalomtörténet, jelentések és paternalizmusformák – etikai viták és cselekvéseméleti megfontolások kontextusában	302
1.2.1. A paternalizmusfogalom történetének három állomása és három vitakontextusa	306
1.2.2. A paternalista cselekvések mindig más személyek jóllétére irányulnak	307
1.2.3. A paternalizmusjelenségek komplexitása és a megkülönböztetés eljárása	308
1.2.4. A paternalisztikus cselekvés releváns aspektusai – cselekvéseméleti összefüggésben.....	308
a) Első releváns aspektus: a cselekvés szubjektuma	309
b) Második releváns aspektus: a cselekvést vezető intenció	311
c) Harmadik releváns aspektus: a cselekvés objektuma	313
d) Negyedik releváns aspektus: B jóllétének meghatározása.....	313
e) Ötödik releváns aspektus: a cselekvés objektumának akarata	315
f) Hatodik releváns aspektus: a cselekvés módusza szerinti megkülönböztetés	316
1.2.5. Átmenet a paternalizmus medicinális kontextusához.....	318
2. Orvosi paternalizmus – etikai kontextusokban	321
2.1. (Német) fogalomtörténeti kitekintés.....	321
2.2. Orvosi paternalizmus	323
2.3. Különböző álláspontok a jóttevés és a páciens önrendelkezése normatív elveinek viszonyáról	326

2.4. Igazolási kényszer és a károkozás kérdése a modern orvosi paternalizmusban	331
2.5. Paternalizmus és szabadság: beavatkozás egy személy szabadságába és szabadságmaximalizáló paternalizmus	333
2.6. Paternalizmus – ellátási kötelezettség és a szabadság erősítésének metszéspontján	335
3. Bizonytalansági tényezők és veszteségek a modern medicinában – orvosi perspektívából	339
3.1. Az orvos önmagával szemben megnövekedett kételyei: az orvosi cselekvés autonómiavesztése	339
3.2. Az orvos az „egészségtechnikus” szerepében.....	340
3.3. Az orvosi felelősség elvesztése.....	340
3.4. Autonómia: a felelősség áthárítása a páciensre – a neopaternalista hivatáspolitikáé következménye.....	342
4. Paternalizmus a modern orvosi etikában.....	346
4.1. Paternalizmus – diskurzusetikai, szisztematikus-elméleti és medicínális-gyakorlati dimenziók metszéspontján	346
a) A paternalisztikus cselekvés lényege és etikai értékelése.....	346
b) A paternalizmus szisztematikus tárgyalásának indokoltsága a modern orvosi etikában – az autonómia elvére vonatkoztatva	347
c) Paternalizmus a pszichiátriában.....	347
4.2. A paternalizmus meghatározása, szűkebb és tágabb koncepciója és fajtái	348
a) Paternalisztikus cselekvés: annak a személynek a jólléte érdekében történik, akinek a döntési illetékessége megkérdőjelezhető.....	348
b) A paternalisztikus cselekvés jellemzője az adott személy kívánságának tudatos keresztvezése	349
c) Szűkebb és tágabb koncepció	349
d) Az orvosi paternalizmus fajtái	350

